Rapport d'étude

Rapport d'étude

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Pratiques et perceptions de la prise en charge de l'IVG

à La Réunion

Etude qualitative

Financement GRSP de La Réunion

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Janvier 2010

Etude réalisée par Mélanie PERCHE
chargée d'études en anthropologie à l'Observatoire Régional de la Santé de La Réunion (ORS)

REMERCIEMENTS

Membres du Comité de Pilotage
- M. Daniel
- J. Lombart
- B. Lowinsky
- A. N'Guyen
- D. Royal
- E. Segura

La réalisation de cette étude n'aurait pas été possible sans la précieuse collaboration des professionnel-le-s sollicité-e-s et rencontré-e-s ainsi que des femmes ayant eu recours à l'IVG qui ont accepté de témoigner.

Merci à l'ensemble des relectrices et relecteurs.

Cette étude a été financée par le GRSP de La Réunion.

SOMMAIRE

CONTEXTE **5**

OBJECTIFS **6**

METHODOLOGIE **6**

1 - Recueil des données 6
2 - Analyse 7
3 – Présentation des résultats 7

PARTIE I - L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE : LE «PARCOURS IVG» **8**

I - LE CONTEXTE **9**

1 - Les moyens matériels 9
2 - Les moyens humains 11
3 - La clause de conscience et son usage 13
4 - La question de la langue : français et / ou créole, quelle incidence dans la prise en charge ? 14
5 - Le réseau des intervenants : lien entre les professionnels des services d'IVG et avec les autres acteurs 15
6 - Le coût 16

II - LES ETAPES **17**

1 - Les consultations médicales préalables 17
2 - L'intervention 19
3 - La consultation médicale de contrôle 25
4 - L'entretien psycho-social 26

III - LES DELAIS, LES IMG HORS DELAIS D'IVG ET LES IMG DANS LES CHIFFRES IVG **29**

PARTIE II - VECUS ET PERCEPTIONS ATTACHES A L'EXPERIENCE DE L'IVG **32**

I - DU COTE DES PATIENTES : SOUFFRANCES ET DIFFICULTES OCCASIONNEES PAR LE RECOURS A L'IVG **33**

1 - La douleur physique 33
2 - La charge psychologique 35
3 - Le « parcours IVG » laborieux ? 44

II - DU COTE DES PROFESSIONNELS : LES MOYENS ALLOUES A LA PRISE EN CHARGE DES IVG, LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES DYSFONCTIONNEMENT POINTES PAR LES SOIGNANTES **50**

1 - Les déficits du contexte de travail 50
2 - Un service relégué 54

III - L'IVG DANS LE SYSTEME HOSPITALIER : DES LIMITES INHERENTES AU MODELE DE PRISE EN CHARGE 59

1 - Les limites intrinsèques au système : une prise en charge insuffisante 59

2 - Les patientes ayant recours à l'IVG moins respectées et moins revendicatives que les autres ? 62

3 - Accueil, information, égards, intimité : le respect de la vie privée et confidentialité dans la prise en charge des IVG 63

PARTIE III - STRATEGIE DE PREVENTION ET PERSPECTIVES 69

I - FOCUS SUR LA CONTRACEPTION ET LA MAITRISE DE LA FECONDITE PAR RAPPORT A UNE GROSSESSE NON DESIREE 70

1 - Contraception et maîtrise de la fécondité : connaissance des mécanismes de procréation, connaissance et accès aux moyens de contraception et à la contraception d'urgence 70

2 - Délivrance et éducation à la contraception dans le «parcours IVG» 71

3 - Délivrance et éducation à la contraception chez les médecins de ville 74

4 - Education à la contraception, à la sexualité et rapports de genre 76

5 - Quelques raisons de la grossesse non désirée et des motifs du recours à l'IVG chez les informatrices rencontrées 85

II - LE DEVELOPPEMENT D'UNE VERITABLE ORTHOGENIE AU SEIN D'UNE ACTIVITE DE PLANIFICATION FAMILIALE 91

1 - L'orientation du rapport Nisand : améliorer l'activité d'orthogénie hospitalière 91

2 - Une autre réflexion à mener : vers une activité d'orthogénie et de planification familiale extra hospitalière pluridisciplinaire 93

ANNEXES 101

ANNEXE 1 : GRILLES D'ENTETIEN 102

ANNEXE 2 : SYNTHESE DES ELEMENTS RECUEILLIS SUR LES IVG ITERATIVES 110

ANNEXE 3 : SYNTHESE DES ELEMENTS RECUEILLIS SUR LES IVG CHEZ LES MINEURES 113

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE SUR LES THEMATIQUES DE L'IVG ET DE L'ENFANTEMENT 117

CONTEXTE

En France, en 2005, 206 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été pratiquées, dont 44 % par voie médicamenteuse et 56 % par voie chirurgicale. Avec un taux annuel d'IVG de 14,3 pour 1000 femmes (âgées de 15 à 49 ans), la France se place à un niveau moyen en Europe. Si le nombre d'IVG pour 1000 femmes reste stable depuis plusieurs années, on observe des disparités, notamment, géographiques : les départements d'outre-mer présentent des taux d'IVG plus élevés.

En 2006, à La Réunion, 4575 IVG ont été pratiquées, soit un taux pour 1000 femmes (âgées de 15 à 49 ans) 1,6 fois supérieur à celui de la métropole, soit 23,8 IVG pour 100 conceptions contre 21,2 en métropole. Le niveau de recours à l'IVG est donc plus important à La Réunion qu'en métropole, notamment chez les mineures et concernant les IVG itératives.

Le secteur hospitalier public assure les deux tiers des IVG et concentre, en outre, la majeure partie de la prise en charge des IVG médicamenteuses[1].

Depuis la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, dite loi Veil, le droit français, dans l'actuel article L2212-1 du Code de la santé publique, permet à « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse » de « demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse », soit avant la fin de la quatorzième semaine d'aménorrhée. Seule la femme peut en faire la demande, qu'elle soit majeure ou mineure. Pour la femme mineure non émancipée la consultation préalable proposée à la femme majeure est obligatoire.

N'est pas concernée l'interruption de grossesse pratiquée pour motif médical qui ne connaît pas de délai légal si « la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme » ou s'« il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ».

La pertinence et la qualité de cette prise en charge participent, voire constituent en elles-mêmes une stratégie de prévention, notamment des IVG itératives et des IVG chez les mineures. Dans la perspective de disposer de données actualisées pour adapter et améliorer sa stratégie d'action, la DRASS (Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale) de La Réunion a souhaité la réalisation d'une étude qualitative sur la prise en charge de l'IVG. La réalisation de cette étude a été confiée à l'ORS (Observatoire Régional de la Santé).

[1] LE CORRE, M., THOMSON, E., « Les interruptions volontaires de grossesse », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 69, juin 2000.

OBJECTIFS

- L'objectif principal est de mieux comprendre le contexte, les modalités, les vécus et les perceptions de l'IVG.

- L'objectif spécifique est de recueillir auprès des femmes et des professionnel-le-s de santé concerné-e-s, des données sur le « parcours IVG ».

- L'objectif final est d'améliorer la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG.

METHODOLOGIE

Pour produire un travail de fond de qualité, susceptible d'être exploité directement dans une optique opérationnelle, il a fallu identifier des éléments susceptibles de faire l'objet d'amélioration sur le plan de la qualité des différentes étapes de cette prise en charge. L'étude anthropologique a permis d'obtenir un portrait qualitatif de l'IVG aujourd'hui à La Réunion.

1 - Recueil des données

Une enquête de terrain a été menée, entre janvier et juillet 2009, auprès d'un échantillon prédéfini de femmes et de professionnel-le-s de santé. L'optique qualitative ne comporte pas d'impératif de représentativité statistique mais dans un souci d'équilibrage des échantillons, ils ont été élaborés de façon à diversifier les situations en fonction de plusieurs critères.

Douze patientes et six professionnelles de service d'IVG ont été sollicitées. Au total, ce sont donc dix-huit entretiens individuels semi directifs qui ont été menés à partir d'une grille d'entretien élaborée à l'avance qui a servi de trame à la rencontre[2].

Les deux guides d'entretien, pour les femmes ayant eu recours à l'IVG d'une part, pour les professionnelles de santé, d'autre part, ont été mis au point en s'inspirant largement de recherches déjà effectuées sur le sujet, notamment de l'étude repère réalisée en Martinique[3].

Pour les femmes ayant eu recours à l'IVG : le mode d'IVG (chirurgical ou médicamenteux), le lieu de réalisation de l'IVG (les services IVG des établissements hospitaliers du Sud, de l'Ouest, du Nord), la classe d'âge (moins de 18 ans ; entre 18 et 30 ans, plus de 30 ans).

Pour les professionnelles des services d'IVG[4] : la fonction exercée (infirmière, sage-femme, secrétaire, conseillère conjugale), le lieu de réalisation de l'IVG (les services IVG des établissements hospitaliers du Sud, de l'Ouest, du Nord).

2 Cf. ANNEXE 1.

3 QUELIER, C., Le recours à l'interruption volontaire de grossesse en Martinique. Approche sociologique, DRASS de la Martinique, août 2004.

[4] Ont été privilégiées les interviews avec des personnes à poste dans les services d'IVG. Il s'est trouvé que ces personnes étaient exclusivement des femmes. C'est pourquoi, elles seront désignées comme les informatrices professionnelles et sera utilisé le féminin pour évoquer le personnel soignant rencontré.

Des rencontres informelles avec une conseillère conjugale et deux médecins ont apporté des éclairages supplémentaires.

Les entretiens, placés sous le principe du respect de la personne et de la confidentialité, ont été enregistrés.

Les entretiens avec les patientes se sont déroulés après l'IVG, c'est-à-dire au terme de l'intégralité du parcours d'interruption de grossesse. En fonction de la préférence des interlocutrices, ils ont été conduits à l'hôpital dans un lieu mis à disposition ou à l'ORS. Dans chaque centre une professionnelle a été personne ressource pour le recrutement des informatrices ayant recours à l'IVG.

2 - Analyse

Avec plus de vingt heures d'entretiens, énormément d'informations ont été recueillies. Pourtant, elles ne sont pas suffisantes pour produire une étude purement anthropologique sur les motifs du recours à l'IVG à l'île de La Réunion. En effet, un tel travail aurait supposé de construire la trame d'entretien autour de ce seul sujet et demandé des rencontres encore plus longues, tant la thématique est complexe et intime. Néanmoins, des éléments sont apparus concernant ces motifs et sont ici restitués à titre d'hypothèses et de pistes à explorer plus avant.

Certains éléments ayant trait à l'amélioration de la prise en charge du point de vue du statut des patientes d'orthogénie et de l'organisation des services proprement dits ont été exprimés. C'est pourquoi l'accent sera mis sur des dysfonctionnements et des insatisfactions (des patientes comme des personnels) plutôt que sur les points de satisfaction mentionnés plus rapidement. Bien évidemment, cela ne signifie pas, en termes comparatifs, que ces aspects négatifs sont prééminents. Ils sont concomitants. Principalement au niveau de l'accueil, la plupart des informatrices se sont dites satisfaites voire agréablement surprises par la gentillesse et la compréhension dont ont fait preuve à leur égard les personnes des services.

3 – Présentation des résultats

Le but de cette étude est d'identifier des points d'amélioration de la prise en charge des IVG, c'est dans cette optique que les résultats sont présentés.

La première partie s'attache à présenter le contexte et l'organisation de l'activité à travers les étapes successives du « parcours IVG ».

La deuxième partie est axée sur le vécu de ce parcours par les patientes et les perceptions qu'en ont les professionnelles intervenant dans les services d'IVG.

Enfin, la troisième partie traite plus spécifiquement de la question de la contraception et des perspectives d'amélioration de la prise en charge des IVG dans l'optique d'en faire un outil de prévention effectif et efficace.

PARTIE I - L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE : LE «PARCOURS IVG»

Les informations recueillies auprès des personnes interviewées, corroborées par les observations effectuées sur le terrain, concernent d'abord la cadre et les étapes du recours à l'IVG.

I - LE CONTEXTE

1 - Les moyens matériels

La répartition de l'espace

Deux établissements ont connu des services d'IVG dans des locaux dédiés et indépendants. Actuellement, sur les trois établissements visités, plus aucun des services ne constitue une partie séparée de bâtiment.

« Le service d'IVG était, à un moment donné, dans un petit bungalow au fond de la cour de l'hôpital donc c'était vraiment à part au niveau emplacement et puis après il y a eu un chef de service qui est arrivé qui a trouvé que c'était trop éloigné, trop perdu dans les bois et qui a réintégré donc le petit service au sein de… au sein de la gynéco-obstétrique et puis après on a eu le gros déménagement de l'ancienne maternité… je pense que, de fil en aiguille, on est arrivé au fait que voilà… voilà ».

Avant, « *il y avait une unité qui était située près du bloc obstétrical mais une unité complètement indépendante et insonorisée, bien sûr, mais, si vous voulez, pas en lien, heu… il y avait toujours un anesthésiste et un médecin gynéco directement sur place s'il se passait quelque chose et les praticiens qui venaient, qui sont employés à temps partiel pour cette activité faisaient les interruptions de grossesse directement dans cette unité où il y avait une petite salle de bloc opératoire avec tout l'équipement nécessaire, une chambre avec, je dirais, six ou sept lits, une salle de consultation et une petite salle d'attente avec secrétariat… mais ils étaient autonomes, ça faisait des années que ça tournait comme ça ».*

Deux services utilisent des locaux à part spécialement réservés aux IVG.

Pour l'un, « *ça correspond à un demi étage, en face du bloc opératoire* », qui comprend « *une pièce d'archives, un secrétariat, une salle d'attente, une salle de consultation pour l'anesthésiste, une salle de prélèvement. Il y a beaucoup de centres qui n'évoluent pas comme ça, hein, où la salle de la sage-femme fait office de salle de prélèvement et de salle de consultations pré-anesthésique, une salle de consultation médicale avec un échographe ».*

L'autre est constitué d'un secrétariat, d'une salle de consultation dédiée aux gynécologues et aux anesthésistes, d'une salle d'attente et du bureau des infirmières qui sert de salle de prélèvements. Le service est séparé de la maternité attenante, dont il fait partie, par une porte fermée mais les couloirs et l'accès sont communs. Pour emmener les patientes au bloc opératoire, il faut traverser la maternité et passer devant la nurserie car l'ascenseur est au bout du couloir commun.

« C'est vrai, on a un service à part mais quand on prépare les patientes, on traverse toute la maternité pour aller au bloc opératoire qui est juste en dessous ».

Un service est totalement intégré au service d'obstétrique.

« On n'a pas grand-chose, en local… on utilise le service de gynéco, on n'a pas un local prévu pour, on n'a pas un service prévu pour ».

Un des services, isolé, dispose d'une salle d'attente autonome. L'autre a une salle d'attente commune avec le service de maternité, avec, néanmoins, la possibilité d'utiliser quelques chaises isolées dans le couloir séparé du service IVG : *« maintenant on a une petite salle d'attente, on a essayé d'arranger, d'avoir une petite salle d'attente à nous »*. Le service IVG fondu dans le service obstétrique a une salle d'attente commune et un secrétariat polyvalent, dans l'espace d'entrée du bâtiment.

Dans les deux premiers cas, il existe un secrétariat séparé, dans une pièce dédiée. Dans le troisième, le secrétariat est celui du service obstétrique

Les modalités d'hébergement

Les chambres sont le plus souvent collectives. Un seul service dispose d'une chambre individuelle dont l'attribution pose parfois problème au vu de la sélection, entre les patientes en demande d'un hébergement isolé, qu'elle impose aux professionnelles. Pendant toute la durée du travail de terrain, cette chambre individuelle n'était pas en service car en attente de travaux de réparation de la chasse d'eau et de la climatisation.

Deux services proposent des chambres collectives de quatre et cinq lits. Dans l'un des deux existe un système qui offre la possibilité d'isoler les lits les uns des autres à la demande. *« Ce sont des chambres à quatre lits, heu… quatre lits, on a des rideaux qui séparent »*. Dans le second, la demande d'un matériel de ce type est régulièrement effectuée et n'a pas abouti jusqu'à aujourd'hui. *« La salle d'hospitalisation de jour comprend cinq lits... c'est une salle totalement collective »*.

Dans le troisième service, des chambres identifiées sont réservées aux IVG mais quand il y a besoin, elles servent à autre chose. En effet, « *quand on n'a plus de place et qu'on est surbooké, surbooké de partout et que les trois lits prévus pour l'avortement, on est obligé de les utiliser parce qu'il y a des femmes partout dans les couloirs, toute la nuit, et qu'on ne peut pas laisser trois lits libres… ben, là, le matin, se pose le problème, elles arrivent, il n'y a pas de lit… donc le problème de place… on essaye de trouver… on essaye d'arranger, on met un brancard en plus dans une chambre, elles sont quelquefois trois dans la chambre alors que c'était prévu pour deux, après c'est du rafistolage, hein ! C'est ça qui est un peu… quelquefois, on les héberge en maternité, niveau III, quelquefois, on les héberge même… là où on trouve de la place… là où on trouve de la place, elles sont quelquefois sur le brancard toute la matinée, toute la journée… le service est en suractivité, il n'y a pas assez de lits pour être libéré de la gestion matérielle quotidienne »*.

Dans quelques semaines, s'ouvre une unité de chirurgie ambulatoire et les IVG instrumentales seront faites dans ce nouveau cadre. Ce transfert devrait permettre d'améliorer la prise en charge en répondant au problème de la suractivité du service.

« Déjà, l'histoire de places, de lits, de chambres seules, on a un petit peu, je ne dis pas résolu, parce que les femmes qui viennent pour les comprimés en gynéco, elles sont toujours à deux dans la chambre, hein, quelquefois même trois mais déjà, celles qui font sous anesthésie générale, elles ont leur chambre seule et ça, je trouve que c'est bien ».

Les données budgétaires sont méconnues des professionnels de terrain. Ont néanmoins été rapportées par certains interlocuteurs les dispositions réglementaires selon lesquelles le fonctionnement de l'orthogénie doit occasionner le moins de dépenses possible.

2 - Les moyens humains

La formation des personnels

La loi impose que, dans chaque service d'IVG, au moins une personne soit formée au conseil conjugal et familial. Dans un établissement, ce n'est pas le cas. Dans deux services, une sage-femme a suivi une formation spécialisée dans ce domaine et intervient soit sur vingt pourcents, soit sur trente pourcents de son temps de travail.

« Il s'est avéré qu'il y avait un demi poste de sage-femme que le Conseil général finançait dans le cadre d'une convention entre hôpital et Conseil général et c'était dans le but, en fait, de la planification familiale et donc, j'ai postulé pareil et je l'ai eu et c'est depuis ce moment-là que j'interviens en orthogénie ».

« Par rapport à mon poste, il y a une spécificité, moi, je suis employée par l'hôpital, d'accord, mais j'ai une mission de protection maternelle et infantile au sein de l'hôpital, ça veut dire qu'en pratique, la moitié de mon salaire est reversé, enfin, est versé, est payé, entre guillemets, par le Conseil général et l'autre moitié, c'est effectivement l'hôpital. Donc moi, sur ma fiche de paye, c'est effectivement un salaire hospitalier mais pour le planning familial, il y a une partie, au niveau horaires, il rembourse, en fait, la moitié de mon salaire, le Conseil général rembourse la moitié de mon salaire à l'hôpital donc j'ai un statut un petit peu particulier ».

« J'y suis tous les mardis après-midi et jeudi après-midi et, en fonction des besoins, l'équipe sait que le mardi matin aussi, je peux me déplacer. Toujours pareil, grâce au téléphone, je suis assez joignable, elles peuvent aussi, en fonction… parce qu'elles voient les dames en consultation, elles voient les problématiques parce qu'elles discutent avec les patientes, souvent elles m'appellent : bon, voilà, on a reçu une dame, heu, comme si, comme ça, tel jour, elle vient pour voir l'anesthésiste, tel jour elle a son rendez-vous effectivement pour l'interruption mais on sent qu'il y a quelque chose qui n'est pas très clair, est-ce que tu pourrais venir ? Donc, voilà, je m'adapte, j'essaye de me rendre le plus disponible possible ».

Malgré la volonté des équipes et des responsables de promouvoir une prise en charge adaptée, pour les autres personnels, quelle que soit leur mission, aucune formation spécifique n'est mise en œuvre.

« (Les secrétaires), elles n'ont pas de formation spéciale mais, par contre, elles m'ont sollicité. C'est quoi les papiers ? Qu'est-ce qu'on dit ? Qu'est-ce qu'il ne faut pas dire ? On en a discuté entre nous, et on se fait une petite réunion à chaque fois qu'il y a quelque chose de nouveau au niveau de la loi ».

« *Je pense que, actuellement, hein, on a quand même une équipe qui est sensibilisée à tout ce qui est patiente en situation de vulnérabilité. Donc nous, ici, en gynéco obstétrique, depuis quelques années d'ailleurs, on a eu pas mal de formations, on a eu pas mal d'approche à ce sujet donc c'est la prise en charge globale des femmes médicale, somatique comme psychologique et donc on est quand même, toute l'équipe, que ce soit l'agent, l'aide-soignante, la sage-femme, l'infirmière, on est sensibilisé aux situations de vulnérabilité des femmes et pour nous, une IVG, ça c'est une vulnérabilité sûre et certaine donc, on fait quand même attention. C'est une femme fragile donc on essaye quand même de faire attention ».*

La composition et l'organisation des équipes

Un service fonctionne avec trois personnes : une sage femme, une secrétaire et un agent hospitalier. La sage-femme vient de la maternité. Il y a un roulement mensuel sur la base du volontariat depuis le départ de celle qui était en poste. La secrétaire est remplacée par une collègue d'un autre service quand elle est absente.

« Il y a une secrétaire à plein temps, heu... une secrétaire médicale à plein temps, qui est remplacée, bien sûr, lorsqu'elle est malade ou en vacances par des gens qui ont l'habitude d'y aller, qui sont, en général, des secrétaires remplaçantes de la maternité qui vont donc au centre d'IVG Les sages-femmes ne sont pas obligatoirement réticentes à tourner au centre d'IVG… avant il y avait une sage-femme qui était à plein temps, qui ne faisait que ça mais elle est en congé de longue maladie et je pense qu'elle ne reviendra pas. Donc actuellement les sages-femmes tournent, évidemment sur la base du volontariat, donc elles sont environ un groupe de... un petit noyau de six à ne pas poser de problème pour y aller ».

« Alors, de sages-femmes, avant, il n'y en avait qu'une, là, ça fait neuf mois qu'elles tournent... neuf mois qu'elles tournent… et des volontaires, il doit y en avoir… une ou deux, les autres, ça ne les intéressent pas ».

Un service fonctionne avec deux infirmières dédiées et une secrétaire, le poste d'aide-soignante n'a pas été renouvelé. Quand les infirmières sont en congés, elles sont remplacées par des sages-femmes de la maternité. La secrétaire remplace et est remplacée par celle de la maternité.

« On fonctionne avec deux infirmières, avec des horaires sensiblement pareils, enfin, une qui prend à 8H00, une qui prend à 9H00 mais c'est sensiblement la même chose, une secrétaire qui est à temps plein en orthogénie mais qui aussi travaille avec le secrétariat de maternité quand l'autre est absente. Donc il y a deux secrétariats à gérer. Il y a la sage-femme conseillère conjugale qui intervient deux après-midi, heu, au niveau contraception surtout, après il y a… il n'y a pas d'aide-soignante, ce qui nous pose un gros problème d'ailleurs, et puis, je crois que c'est tout. C'est sûr que les aides-soignantes de la maternité viennent pour faire le ménage, faire les lit mais n'ont pas vraiment de contact avec les patientes, je veux dire, ce n'est que nous, quoi, que les deux infirmières qui sont là ».

Un service fonctionne exclusivement avec des infirmières, celles du service d'obstétrique, un poste d'aide-soignante et une secrétaire dédiée aux IVG au sein du secrétariat global.

« Au niveau du personnel, pendant un bout de temps, depuis que le service a commencé, on avait un poste d'infirmier, un demi poste d'aide-soignant ou un poste, je crois, mais bon, entre-temps il y a eu des chamboulements, ce qui fait que l'activité s'est retrouvée mélangée dans l'activité gynéco, ce qui fait qu'on n'a plus de poste précis pour, c'est mélangé dans l'activité du service… il y a une secrétaire pour l'IVG… qui donne les rendez-vous. Il y a un numéro particulier mais quand les femmes appellent, elles appellent le standard et je ne pense pas qu'elles vont dire, je veux le service IVG, elles doivent dire, je veux le service de maternité parce qu'on n'arrive pas trop, dans le grand public, à dissocier maternité et gynéco donc tout ça, c'est la maternité, hum… je pense qu'elles demandent au standard, et bien, la maternité ou bien peut-être certaines demandent le service de gynéco, peut-être certaines aussi doivent demander le service d'IVG tout simplement. Mais la standardiste, elle ne bascule pas forcément toujours au bon numéro donc elle fait là où c'est libre, le poste et puis la secrétaire qui reçoit l'appel, quand elle voit que c'est une demande de rendez-vous d'IVG, elle bascule automatiquement vers sa collègue qui s'occupe de ces rendez-vous, donc, voilà, l'accueil téléphonique, ce sont les secrétaires, qui donnent les rendez-vous, qui donnent les informations, qui réexpliquent, ben, la loi, le délai des huit jours, qui disent quels papiers emmener le jour du rendez-vous, voilà… les secrétaires, elles ont appris en arrivant donc elles n'ont pas été formées spécialement et donc dans les cinq ou six secrétaires, il y a plus particulièrement deux donc elles se relayent, quand l'une est en congé, on essaye de faire en sorte que l'autre… ce qui fait qu'il y en a deux qui s'occupent plus spécialement de l'orthogénie.

Elle fait beaucoup de choses la secrétaire, par rapport à l'orthogénie du moins, parce que la programmation du bloc, la consultation d'anesthésie tout ça, c'est elle qui prend le rendez-vous et qui donne à la dame, voilà, tel jour, consultation d'anesthésie, tel jour, vous revenez pour le bloc donc elle a quand même un gros rôle d'information ».

Les médecins ne sont pas en poste dans les services IVG. Interviennent par roulement des internes, des praticiens hospitaliers, souvent des assistants, et des médecins de ville vacataires, spécialistes ou généralistes.

« Au niveau médecins, ils sont cinq et là, ils sont sept parce qu'il y a une interne de spécialité et il y en a quatre qui ne veulent pas faire ».

« Alors il y a huit médecins gynécologues-obstétriciens ici, plus trois internes qui changent, tous les six mois, en général, deux internes de spécialité, un interne résident ou deux internes résidents et un interne de spécialité. En général, c'est comme ça, de mai à novembre et c'est deux internes de spécialité et un interne résident de novembre à mai ».

*« Il y a des médecins qui interviennent particulièrement en orthogénie, en l'occurrence, le docteur ***, il y a un autre médecin, le docteur *** qui fait des vacations, ils ont leur cabinet en ville et ils font des vacations dans le service, heu, un jour par semaine pour l'un et pour l'autre et il y a un médecin qui travaille à temps partiel à l'hôpital et qui fait les IVG, le docteur ***. Et le vendredi, ça peut être n'importe quel gynéco, quoi, un praticien hospitalier ».*

Dans un service, des psychologues et un pédopsychiatre interviennent pour les mineures : « o*n fait appel quand même facilement à l'équipe de psychos, pédopsy, l'assistante sociale ».*

Dans les autres, en cas de besoin, les patientes sont orientées vers une consultation psychologique extérieure au service, qui n'en comprend pas.

Dans les trois établissements, il y a des assistantes sociales. Le recours à l'une d'elles est théoriquement possible dans chaque structure mais elles ne semblent intervenir dans les services d'IVG qu'assez exceptionnellement. Deux services offrent réellement cette possibilité pour les mineures, notamment en cas d'abus sexuel.

« C'est vrai que je travaille beaucoup en lien avec l'assistante sociale ici, donc, je leur dis, par rapport à ce genre de situation, nous, on vous encourage à déposer plainte, voilà comment ça se passe, l'assistante sociale peut vous aider en ce sens ».

3 - La clause de conscience et son usage

« De toute façon, c'est dans la loi, légalement, on ne peut pas obliger les gens à concourir à l'IVG sans leur consentement ».

Le dispositif intitulé clause de conscience consiste en la faculté pour les professionnel-le-s de santé de refuser d'accomplir un acte qui, bien qu'il soit autorisé par la loi, est contraire à leurs convictions éthiques ou religieuses. Dans chaque établissement, des personnel-le-s ont invoqué cette clause de conscience, souvent, pour des raisons liées à des convictions religieuses, à l'appui de leur refus à intervenir dans le service IVG. En fonction de la structure, c'est plus ou moins bien accepté. Parfois, l'activité IVG fait partie des activités d'un service et *« les IVG font partie du contrat pour travailler en obstétrique ».*

« On a la clause de conscience qu'on fait jouer, donc ceux ou celles qui sont vraiment bloqués par rapport à l'IVG, je pense qu'elles, qu'ils ne travaillent pas chez nous, ce qui fait que toutes les personnes qui sont là, qui travaillent, heu… même si, intérieurement, ils ne sont pas trop pour

l'avortement, ils… et bien, ça ne se voit pas vraiment… celles et ceux qui ne sont pas à l'aise, d'eux-mêmes, ils ne viennent pas travailler ici ».

4 - La question de la langue : français et / ou créole, quelle incidence dans la prise en charge ?

Les professionnel-le-s de santé ont été interrogés sur leur opinion concernant l'incidence de l'usage du français ou du créole dans la prise en charge. Toutes les professionnelles réunionnaises ont estimé que cela avait une importance et que le recours au créole pouvait permettre d'entrer davantage en relation.

« En général, beaucoup (de patientes) s'expriment en créole … Et du coup, les soignants, s'ils sont Créoles, répondent en créole… sauf s'il s'agit d'un personnel qui est métropolitain, bon, heu, ce personnel va utiliser le français mais il me semble que malgré… je n'ai pas la sensation que même celle qui ne parle que français ne comprend pas le créole. Mais le personnel créole, enfin quand je dis créole, ce sont les gens de La Réunion, hein, honnêtement, il n'y a pas de complexe de dire qu'on utilise le créole, qu'on parle en créole avec les femmes. Et les femmes ne sont pas gênées non plus, je veux dire, il n'y a pas d'espèce de complexe créole, français ».

« Si j'ai quelqu'un qui parle en créole, je parle en créole, oui, ça a peut-être une incidence… je pense que quand la personne parle uniquement en créole, je pense que c'est mieux de… je pense que ça a une incidence… si je me mettais à ne parler que français avec une dame qui parle créole, c'est un petit peu embêtant, je trouve ».

Les intervenantes en orthogénie d'origine métropolitaines ont exprimé l'avis inverse, sauf celle qui comprend et parle créole.

« On n'a pas besoin de parler en créole aux patientes… on n'a pas besoin de parler en créole aux patientes si celles-ci ne s'adressent pas à vous en créole, c'est quand on voit que ça coince qu'on s'y met. Il ne faut pas exacerber le créole, ce n'est pas, ce n'est pas un bon débat je trouve... enfin, j'ai aussi des idées là-dessus, des idées de métropolitain ».

« C'est sûr qu'il y a une incidence parce que pour certaines femmes, heu… on sent que le français, ça peut être une barrière. Donc d'emblée en utilisant le créole, on sent que tout de suite, on se met à la portée et puis elle-même, elle arrive à mieux exprimer ce qu'elle sent, ce qu'elle pense et ce qu'elle veut dire. Donc moi, personnellement, les autres, je ne sais pas, mais, moi, personnellement, je gère aussi bien le créole que le français et donc, bah, j'adapte, j'adapte en fonction de comment je sens les choses et c'est vrai que par rapport à mon expérience, je pense que pour une femme réunionnaise, même celle qui comprend bien le français, pour qui, il n'y a pas de souci, hein, je ne sais pas, le créole apporte un petit côté, heu… un petit peu plus convivial, peut-être… ce n'est pas systématiquement que j'utilise le créole mais je sais que dans certains cas, ça peut débloquer beaucoup la situation parce qu'on se met à portée et puis on utilise ses mots à elle, on ne se met pas sur un statut… je suis, heu, je sais, je suis instruit. Donc on se met à sa portée, moi, je pense que oui, il y a une grosse incidence pour les femmes réunionnaises… je pense que quelqu'un qui s'exprime en créole devant soi, je suis d'origine métropolitaine mais je me dois de répondre en créole, j'ai toujours fait ça. D'abord, je pense que c'est une marque de respect et ça permet de mettre la personne en confiance aussi, voilà. Puis, je pense aussi, c'est au niveau, comment dirais-je, même s'ils parlent en français, je vois dans les yeux que ça ne s'imprime pas donc je le dis en créole et ils continuent en créole. J'ai quand même affaire à des gens parfois jeunes qui ne savent pas lire ou écrire, alors, est-ce que ça peut modifier ? Quand même pour la compréhension… on doit donner une information adaptée et éclairée aux patients ».

5 - Le réseau des intervenants : lien entre les professionnels des services d'IVG et avec les autres acteurs

Les informatrices rencontrées ont évoqué les liens et la circulation d'information au sein des services ou des établissements où se pratique l'interruption de grossesse ou entre les services d'IVG et les autres acteurs.

L'accompagnement psycho-social interne

Le relais d'information sur le recours aux accompagnants psycho-sociaux est plus ou moins (bien) effectué en fonction de l'établissement. Notamment en ce qui concerne la possibilité de bénéficier d'un entretien facultatif avec une conseillère conjugale pour les femmes majeures. Si dans un établissement, la conseillère étant présente dans le service, son intervention est pleinement intégrée au «parcours IVG», dans un autre, il apparaît que lors des consultations il n'est pas systématiquement proposé aux patientes de rencontrer la conseillère conjugale.

« Alors, alors, normalement dans les textes de loi, (l'entretien) c'est pour toute patiente qui souhaite une interruption volontaire de grossesse et il se trouve que la plupart des praticiens travaillant dans le cadre de l'orthogénie ici ne propose pas systématiquement, enfin, ne parle pas de l'existence de cet entretien aux patientes. Donc il se trouve depuis, heu, quasiment 2001, je ne vois essentiellement que des jeunes femmes mineures, voilà. De façon extrêmement occasionnelle des femmes majeures, très, très occasionnelle, à mon grand regret ».

Le relais de la médecine de ville

« Mon médecin, il ne m'a pas bien expliqué comment ça se passait, tout ça ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Selon les professionnels des services d'IVG, les informations sur le « parcours IVG » délivrées par les médecins traitants sont régulièrement approximatives ou erronées. Il arrive souvent, en effet, que les patientes arrivent à l'hôpital *« sans le certificat du médecin, qui contient les mentions légales obligatoires (…) je conseille d'y retourner et si besoin de dire au médecin de m'appeler (…) il y a beaucoup de remplaçants qui ne connaissent pas la procédure pour les IVG ».*

« *Le certificat du médecin traitant ne convient pas car il ne mentionne pas les articles de loi comme le cadre légal. Il faudra qu'elle y retourne avec le formulaire préétabli pour le faire remplir correctement ».*

« Quand elles arrivent, il y a toujours un hic, il manque ci, il manque ça, le médecin n'a pas dit ci, le médecin n'a pas dit ça. Alors que si elles appelaient, ça aurait été clair, ça aurait été du service à elles et d'elles au service ».

« L'assistante sociale de l'école, elle n'avait pas le papier qu'il fallait, du coup, elle a tout écrit à la main et elle m'a dit que ce n'était pas sûr que ça allait passer. Du coup je suis partie à l'AROF, l'assistante sociale était là, elle m'a fait le certificat… et puis, l'assistante sociale m'a donné un papier avec toutes les pièces qu'il fallait parce que ce que m'avait dit mon médecin, ce n'était pas tout à fait ça. Chez le médecin généraliste, si ça avait été organisé autrement ça aurait été plus facile… parce qu'en fait, au niveau des papiers, il m'avait donné une liste mais ce n'était pas tout à fait ça, il y avait des choses en trop, des choses qu'il ne fallait pas et ensuite, l'assistante sociale de l'AROF m'a redonné heu… une autre liste de pièces qu'il fallait ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Le relais avec les structures d'information et de planification familiale extérieures

A plusieurs reprises lors des entretiens, le transfert de l'activité de planification familiale de l'AROF au Planning familial du Conseil général a été présenté comme ayant emporté des conséquences négatives en termes de visibilité et d'accessibilité.

Jusqu'au mois de novembre 2007, l'AROF (Association Réunionnaise d'Orientation Familiale) financée intégralement par le Conseil général assurait les missions d'information, de prévention, d'accueil, d'écoute et de formation des professionnels en matière de contraception, fertilité et sexualité. L'association proposait, en particulier, l'information et les consultations pré et post IVG par des conseillers conjugaux et familiaux. Elle a été dissoute et l'activité a été absorbée par les services du Conseil général. Le personnel et les missions ont été reprises sous le nom de CPEF (Centre de Planning et d'Education Familiale). Les numéros de téléphone des centres AROF (maintenant centres de PMI) sont restés identiques. Cependant, le changement ne semble pas bien connu du public. Il en résulte que malgré trente centres de PMI répartis sur toute l'île, en matière d'actions de prévention et de promotion de la santé, de planification des naissances et d'IVG, nombre de personnes pensent que ces accueils n'existent plus.

« Depuis que l'AROF n'existe plus, je vois, honnêtement, beaucoup moins de femmes qui ont vu un médecin du centre de planification familiale avant de venir ici… il n'y a pas longtemps, il y avait encore l'AROF et… c'était, il me semble, plus… le circuit était, peut-être, plus… elles avaient en tête l'AROF alors que maintenant l'AROF n'existe plus pour certaines ».

D'autant plus que dans le Nord et l'Est, il y a pénurie de candidats aux postes ouverts et financés.

Les relations entre le planning familial du Conseil général et les services d'IVG sont différentes en fonction des établissements concernés. Dans un cas, il y a un bon partenariat, à l'extérieur de l'hôpital, avec l'ex AROF. Dans les autres, il ne semble pas y avoir de lien spécifique permettant un relais et / ou un partenariat organisé. Dans une structure, il y a moins de relations avec la PMI aujourd'hui que par le passé. *« Au tout début, c'était beaucoup en lien avec la Protection Maternelle et Infantile et avec l'organisation des soins, heu… les schémas d'orientation au niveau de l'hospitalisation pour, heu, organisés par la DRASS et l'ARH, voilà mais au début, c'était surtout en lien avec le travail de la PMI qui s'était beaucoup axé sur la prévention de la grossesse non souhaitée, alors plus particulièrement chez les mineures mais aussi chez les femmes majeures mais alors cet aspect-là est un peu petit peu plus… dilué, je dirais, actuellement dans les objectifs de la PMI ».*

Une conseillère conjugale intervient dans les établissements scolaires de proximité. « *Il y a des collèges et des lycées qui ne sont pas très loin alors je travaillais, enfin, je travaille toujours beaucoup, avec les infirmières de ces collèges-là et du lycée, là, juste en face… en général, enfin, elles reçoivent la jeune, les jeunes patientes et puis après elles délèguent, elles m'appellent donc je les reçois ».*

6 - Le coût

Le coût forfaitaire d'une IVG chirurgicale varie en fonction de la durée d'hospitalisation et du mode d'anesthésie. Dans un établissement public ou privé à but non lucratif, il se situe entre 300 et 450 euros. Dans un établissement privé à but lucratif, entre 250 et 390 euros.

Le coût forfaitaire d'une IVG médicamenteuse est de 257 euros à l'hôpital, entre 260 et 270 euros dans un établissement de santé privé et 190 euros dans un cabinet médical. Ce forfait comprend la consultation durant laquelle la patiente remet la confirmation de sa demande par écrit, les consultations d'administration des médicaments, le coût de ces médicaments et la consultation de contrôle et de vérification.

« Ca coûte 238,38 euros en AG et 257,91 euros par comprimé... quatre-vingts pourcents sont pris en charge par la sécu... il y a vingt euros de différence... la Mifégyne est très cher... vingt pourcents, c'est de la poche, enfin, c'est la patiente qui doit régler sauf les gens qui ont la CMU, ils ne payent pas... ne payent rien... maintenant, il faut savoir qu'il y a très peu de mutuelles qui remboursent l'IVG, très, très peu... parce que ça ne fait pas partie de la nomenclature ».

L'IVG est remboursée par la sécurité sociale sur la base du ticket modérateur, le reste est à la charge de la personne assurée ou de sa mutuelle si celle-ci le prévoit. Pour les bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle) complémentaire, la prise en charge est de cent pourcents. L'IVG pratiquée en établissement est remboursée à quatre-vingts pourcents par l'assurance maladie. L'IVG médicamenteuse pratiquée en médecine de ville ou en consultation externe d'un établissement hospitalier est prise en charge à soixante-dix pourcents.

« Enormément de patientes ont la CMU... plus de la moitié en tous cas ».

Pour les mineures non émancipées recourant à l'IVG sans consentement parental, l'IVG est intégralement prise en charge selon des modalités particulières : les documents nécessaires au remboursement des praticiens sont établis selon une procédure spéciale, de façon anonyme. Aucune demande de paiement n'est présentée pour les dépenses relatives aux consultations médicales et sociales, à la consultation pré-anesthésique, aux frais de soins et d'hospitalisation ou relatifs à une IVG par mode médicamenteux.

« La procédure administrative est différente, parce que si c'est le vrai parent, l'hôpital se fait payer par la carte vitale, la couverture sociale de la jeune fille qui est souvent la sécu des parents. Par contre si c'est un adulte accompagnant, un accompagnant majeur, dans ce cas, c'est tout un autre système de facturation, c'est la sécu qui prend en charge entièrement tous les frais donc on n'a pas besoin d'utiliser la carte vitale des parents ».

Les femmes en situation irrégulière qui résident en France depuis plus de trois mois peuvent bénéficier de l'aide médicale de l'Etat.

II - LES ETAPES

Le «parcours IVG» se déroule en plusieurs phases. Il y a, notamment, deux types de consultations, pré-IVG et post-IVG. Se succèdent, en effet, des consultations préalables, l'intervention, éventuellement une consultation de contrôle et des entretiens dits psycho-sociaux.

Un médecin n'est pas tenu de prendre en charge lui-même la demande d'IVG. Il doit dans ce cas en informer immédiatement la femme qui en fait la demande et l'orienter, en lui donnant le nom de confrères susceptibles de réaliser l'intervention, que ce soit en établissement ou en médecine de ville.

La loi distingue entre les femmes majeures et les femmes mineures, celles-ci sont obligées d'être accompagnées.

1 - Les consultations médicales préalables

Une première consultation médicale préalable à l'IVG est obligatoire. Lors de cette première consultation, outre l'examen clinique, la femme fait sa demande d'IVG, reçoit les informations et documents prévus par la loi, la liste des établissements autorisés à pratiquer l'IVG, leurs adresses et la liste des établissements d'information, de consultation et de conseil familial, des centres de planification et d'éducation familiale, des services sociaux et d'autres organismes agréés.

« *Le plus fréquent c'est qu'elles passent par le médecin en ville, c'est le plus fréquemment ».*

« Généralement, on a plus d'appels venant des médecins que des patientes, les médecins (de ville) *les accompagnent jusqu'à la prise de rendez-vous ».*

Au terme d'un délai de réflexion d'une semaine, a lieu une deuxième consultation médicale préalable à l'IVG. Elle est également obligatoire et sert à confirmer, par écrit, la demande d'IVG. La jeune femme mineure doit également présenter l'attestation d'entretien. A l'issue de la consultation une attestation est délivrée. S'il y a risque de dépassement du délai légal de recours à l'IVG, le délai de réflexion peut être réduit à quarante-huit heures.

La deuxième consultation médicale est souvent la première à l'hôpital. Elle est assurée par un médecin gynécologue et un médecin anesthésiste, en cas d'IVG instrumentale. Les consultations gynécologiques sont assurées soit par des internes, dans deux services, soit par des praticiens hospitaliers, souvent des assistants et des médecins de ville vacataires, spécialistes ou généralistes, dans un service. Quasiment systématiquement, une échographie est faite. Une femme peut se rendre à l'hôpital sans être passée chez un médecin de ville, il faut alors une seconde consultation dans le service avant l'IVG.

Les consultations sont assurées, par roulement, soit par des praticiens hospitaliers, soit par des assistants, soit par des internes ou encore des médecins de ville dans un service.

« Généralement, c'est l'interne, ce sont les internes à la place des gynécos, qui, eux, font les blocs, généralement, il faut compter bien, une bon demi-heure par patiente... les gens qui n'ont pas eu de frottis depuis plus de deux ans, on leur fait le frottis... généralement, on revérifie l'écho pour voir s'il n'y a pas de marge d'erreur, s'il n'y a pas une fausse-couche, etc… il y a un dossier médical à remplir sur les antécédents, pour savoir si elles ont déjà des d'enfants, la contraception qu'elles avaient, pourquoi cette fois-ci ça n'a pas marché et qu'est-ce qu'il faut après comme contraception… les prélèvements vaginaux, il y en a uniquement si c'est suspect sinon il n'y en pas. Ca se résume à ça quoi ».

Le choix de l'établissement hospitalier obéit le plus souvent à un critère de proximité géographique. Il arrive, cependant, qu'une femme choisisse à l'inverse une structure éloignée de son lieu de vie dans le but d'éviter d'y rencontrer des personnes qui la connaissent.

« *Déjà, pour certaines, c'est la proximité, si elles habitent dans le coin, elles ne vont pas aller très loin, quoi qu'on a déjà vu certaines qui viennent délibérément pour ne pas retrouver quelqu'un qu'elles connaissent là-bas (…) pour ne pas rencontrer des gens qu'elles seraient susceptibles de connaître dans ces centres hospitaliers ».*

Certaines patientes choisissent également un centre où elles ne se sont encore jamais rendues pour une IVG précédente.

« Comme il y a certaines qui font le tour… le tour des centres d'IVG aussi et qui ne le disent pas, hein … je pense que… bon, il y a des femmes qui le disent facilement que c'est leur troisième, quatrième, cinquième IVG mais il y a d'autres qui… pour nous, c'est la première IVG alors qu'elle a déjà fait le tour… moi, je pense qu'elles sont gênées ! C'est la honte, enfin, je ne sais pas si c'est la honte mais quelque part elles savent que, heu, que ce n'est pas bien de revenir plusieurs fois pour une IVG, je pense que c'est ça hein… et puis peut-être que c'est un petit peu la peur, je ne sais pas, que le médecin ou moi, je fasse une remarque ».

Dans un service d'IVG séparé, toutes les consultations sont regroupées, c'est-à-dire que la consultation pré-IVG comprend les trois passages avec les différents professionnel-le-s intervenants. Elle a lieu le matin et peut se poursuivre l'après-midi en fonction de l'affluence et du temps accordé à chaque patiente. Les heures de rendez-vous ne sont pas forcément respectées par les patientes donc l'ordre de passage dépend davantage de celui d'arrivée dans le service.

« Il faut prévoir la matinée, je pense que ça doit être un peu galère pour les patientes mais c'est la dernière ligne droite, pour moi, j'appelle ça la dernière ligne droite parce que, dans la matinée, elles font le dossier, elles voient le gynéco, il y a la prise de sang, elles voient le médecin anesthésiste et après, tout de suite, elles ont la date de leur intervention ».

Dans l'autre service séparé, les consultations ont lieu dans la maternité, au même endroit que les consultations des autres services mais à une plage horaire réservée. Dans la mesure du possible, le passage avec le gynécologue et l'anesthésiste sont regroupés au même moment, notamment pour les femmes qui viennent de loin.

Les consultations pré-IVG du service fondu dans celui d'obstétrique ont lieu en même temps que les autres consultations de gynécologie à un autre étage que le service où sont par la suite hospitalisées les patientes. Elles présentent comme caractéristique spécifique d'être assurées par l'interne qui est de « porte », c'est-à-dire chargé de gérer les urgences. C'est beaucoup moins systématique de regrouper les rendez-vous gynécologique et anesthésique. Les patientes doivent donc, en général, venir deux fois à l'hôpital avant l'intervention chirurgicale.

2 - L'intervention

Le mode d'interruption de grossesse

A l'issue de cette matinée de consultations, *« on fixe le mode, effectivement, d'interruption de grossesse qui va lui être proposé en fonction des données cliniques, du terme de la grossesse, du souhait de la patiente et des possibilités du centre aussi et la date prévue en ce sens ».* En général, l'intervention a lieu la semaine suivante.

Il existe aujourd'hui deux modes d'interruption de grossesse auxquels correspondent des modalités de prise en charge différentes. Les deux techniques d'IVG disponibles sont l'IVG instrumentale et l'IVG médicamenteuse.

La technique chirurgicale consiste en une aspiration de l'œuf après dilation du col de l'utérus. La durée de l'intervention est d'un quart d'heure à vingt minutes. Elle peut être pratiquée sous anesthésie locale ou générale. En cas d'IVG chirurgicale ou instrumentale effectuée sous anesthésie générale, la consultation pré-IVG comporte un bilan pré-anesthésique et une consultation avec un médecin anesthésiste. La technique est la même quelque soit le mode d'anesthésie. Il s'agit de passer dans le col de l'utérus dilaté des sondes en gomme ou en plastique de calibre croissant jusqu'à un diamètre variable selon le terme de la grossesse. Il sera, ensuite, procédé à l'aspiration par une canule creuse passée dans l'utérus et branchée à un appareil à faire le vide.

La technique médicamenteuse est très différente. Elle ressemble au déroulement d'une fausse couche spontanée mais plus rapide et plus efficace. L'IVG est réalisée en deux prises éloignées de médicaments, l'un interrompant la grossesse, l'anti progestérone, l'autre provoquant des contractions et l'expulsion de l'embryon, la prostaglandine. Elle se déroule en quarante-huit heures. Lors du premier rendez-vous, le médecin délivre la mifépristone (Mifégyne) qui bloque l'action de la progestérone, hormone nécessaire au maintien de la grossesse. Elle favorise également les contractions de l'utérus et l'ouverture du col. L'œuf commence à se décoller (il est composé de tissus annexes qui ont une fonction nourricière pour l'embryon qui est à l'intérieur). Trente-six à quarante-huit heures plus tard, est pris le second médicament : le misoprostol (Cytotec) qui provoque des contractions, des saignements. L'avortement peut survenir dans les trois heures qui suivent l'administration des prostaglandines ou plus tard, au-delà de la période d'hospitalisation. Parmi les caillots qui sont expulsés on peut, parfois, apercevoir l'œuf.

Les IVG pratiquées par technique chirurgicale sont exclusivement réalisées dans un établissement de santé (hôpital ou clinique). Les IVG pratiquées par voie médicamenteuse sont réalisées, soit dans un établissement de santé, soit au cabinet d'un médecin exerçant en secteur libéral.

Si la femme choisit de faire pratiquer l'IVG dans un établissement de santé, l'IVG peut donc être médicamenteuse ou chirurgicale. Si la femme souhaite interrompre sa grossesse sans hospitalisation, l'IVG pratiquée dans un cabinet de ville est obligatoirement médicamenteuse. En effet, depuis la loi de juillet 2001 et la circulaire d'application de novembre 2004, l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse est possible hors établissement de santé. Les médicaments sont alors délivrés par un médecin ayant signé une convention avec un établissement pratiquant des IVG. Il n'y a pas d'hospitalisation.

Le choix du mode médicamenteux ou chirurgical dépend avant tout du terme de la grossesse. L'IVG médicamenteuse peut être pratiquée jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse (sept semaines d'aménorrhée) alors que l'IVG chirurgicale peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 1deuxième semaine de grossesse (quatorze semaines d'aménorrhée). Un choix est donc envisageable quand la grossesse est inférieure à cinq semaines.

Le fonctionnement des services peut également avoir une incidence sur le choix s'il y a des quotas en fonction du mode.

Bien souvent et sauf préférence catégorique de la part d'une patiente, les médecins proposent et déterminent le mode d'IVG. Pour des raisons qui tiennent aux risques liés à l'anesthésie, quand le terme est inférieur à sept semaines d'aménorrhée, ils optent pour le mode par comprimés.

« Un petit terme, elle peut choisir l'intervention chirurgicale ».

Dans un établissement, l'âge de la patiente est déterminant pour le choix du lieu en cas d'IVG médicamenteuse. *« On s'est fixé comme objectif dans l'équipe en ce qui concerne les patientes mineures de les hospitaliser parce qu'on estime qu'il y a plus de risque, pas tellement au niveau clinique mais au niveau psychologique ».*

Le mode d'anesthésie

A La Réunion, aujourd'hui, sauf contre-indication médicale, plus aucune IVG n'est réalisée sous anesthésie locale. Cela n'a pas toujours été ainsi. Des impératifs d'organisation et de fonctionnement des services semblent être à l'origine de cette situation.

« Chez nous, ici, je sais qu'à un moment donné, on a commencé à faire quelques anesthésies locales mais locales, la vraie locale, c'est-à-dire le bloc… enfin, l'anesthésie où on faisait une piqûre au niveau des nerfs du petit bassin et tout mais ça a été très vite abandonné parce que ça demandait beaucoup plus heu… c'était au niveau du bloc, donc ça se faisait au bloc, ça prenait trop de temps parce que une fois qu'on a fait l'injection, il fallait un temps de latence, il fallait que la femme… bon, déjà, on ne pouvait pas la faire, cette piqûre anesthésique, on ne peut pas la faire dans le lit, on est obligé de la faire au bloc donc femme installée, toute l'équipe là, il fallait attendre un petit temps de latence, il me semble que c'était au moins un quart d'heure, vingt minutes avant de pouvoir faire l'intervention donc là, ça n'allait pas du tout avec l'organisation du bloc parce que ça prenait trop de temps. Donc chez nous, c'est anesthésie générale, il n'y a pas de choix possible mais vous savez que, quand on a commencé les IVG, il n'y avait pas du tout d'anesthésie générale, hein, c'était, heu, l'antalgique, c'était le Valium, enfin, heu, c'était ce genre de médicament… juste avant qu'elle ait son aspiration donc ce n'était pas une vraie anesthésie, c'était plus comme une prémédication ».

« *Ce ne sont que des anesthésies générales depuis que l'activité d'orthogénie a été transférée. Avant quand on avait une activité (à deux endroits), l'un, c'était anesthésie générale, l'autre, c'était anesthésie loco régionale… il y a des patientes qui préféraient ce mode d'anesthésie plutôt que d'être endormies de façon, heu, globale. Mais maintenant… si vous me demandez qu'est-ce qui*

serait le mieux, moi, je… après avoir vu comment ça se passait sous anesthésie loco régionale et savoir comment ça se passe sous anesthésie générale parce que j'en ai vu quelques unes dans mes études mais surtout avec le vécu des patientes, je ne suis pas sûre que l'anesthésie générale est opportune et je pense aussi que, pour certaines patientes, l'anesthésie loco régionale n'est pas opportune non plus donc je crois que c'est vraiment à voir en entretien. Justement, à l'époque l'entretien était obligatoire pour toutes et on essayait d'entrevoir ce qui était important pour elles et ça nous permettait, nous, alors là, la bipolarité servait, si je puis dire, en ce sens. Il pouvait y avoir des patientes qui me disaient, non, non, moi, je ne veux rien voir, je ne veux rien entendre, ici, je sais qu'on fait sous anesthésie locale, non, moi, ça ne me dit rien, et cetera, voilà, donc, c'était en fonction de comment elles, elles envisageaient de se voir prises en charge… en sachant qu'on ne voit pas grand-chose et qu'on n'entend pas grand-chose quand on est sous loco régionale… enfin, ils donnaient aussi, comment on appelle… bon, un médicament qu'on prenait un petit peu avant l'intervention, qui vous shootait un petit peu. Donc, moi, je suis un peu… partagée, je dirais mais partagée, non pas qu'il y a une méthode mieux ou moins bien, je pense que c'est plus confortable pour, heu, pour le praticien qui réalise l'interruption de grossesse que la personne soit sous anesthésie générale, ça, c'est clair. Par contre, pour les patientes, ben, ça dépend de la patiente, voilà, et on ne s'intéresse pas forcément à ce que la patiente souhaite dans ces cas-là s'il n'y a pas de notion de santé particulière, voilà. Donc maintenant, il n'y a plus le choix, on va dire, c'est directement sous anesthésie générale. Sauf, quand même, il y a eu quelques anesthésies, pour des femmes asthmatiques, heu, qui avaient des soucis, des gros soucis, ou des femmes épileptiques, on a fait une loco régionale. Il y en a eu quelques unes là alors c'était vraiment une indication médicale pure. Selon eux, apparemment, il y avait des contre-indications. Mais de façon quasi générale, c'est l'anesthésie générale ».

L'hospitalisation et le déroulement de l'intervention chirurgicale

Les interventions sont effectuées par des praticiens hospitaliers ou des vacataires. « *Les patientes ne savent pas quel médecin elles vont voir en consultation, ni quel médecin va les opérer… on ne sait trop, ça peut être n'importe quel gynéco, quoi ».* Le médecin qui a effectué la consultation n'est jamais celui qui assure l'intervention. Dans un service, le médecin qui fait la consultation assure en même temps l'accueil des urgences gynécologiques.

Le déroulement et l'organisation des interventions varient selon le mode et l'établissement. Tout se fait en hospitalisation ambulatoire.

Pour les IVG instrumentales, selon les services, il y a cinq IVG par aspiration chaque lundi, mardi et jeudi, ou cinq IVG instrumentales par jour du lundi au vendredi ou la possibilité de faire trois IVG par jour, plus trois en urgence (quand le délai est limite et qu'il n'est pas possible d'attendre).

« C'est les deux modes tous les jours sauf que les premiers jours de la semaine, les lundis et mardis, c'est que des chirurgicales et les autres jours, ça peut être les deux ».

« Les interventions ont des jours bien spécifiques… les lundis, mardis et jeudis ».

« On va dire, au niveau du bloc opératoire, ils ne peuvent accueillir que… cinq aspirations par jour, sauf grosse urgence, avec des termes où on ne peut pas attendre, bon, à ce moment-là, on va mettre six. Après, il y a peut-être deux ou trois IVG médicamenteuses mais heu, on va dire pas plus de sept ».

Les patientes arrivent vers 7h30, elles sont préparées puis emmenées au bloc opératoire. L'anesthésie et l'intervention durent entre dix et quinze minutes. Après le passage en salle de réveil, elles reviennent dans le service pendant quelques heures avant la sortie vers 15h00 ou 16h00. Les IVG se font sous anesthésie générale sauf contre-indication médicale.

« Le jour de l'intervention, elles rentrent donc vers 7h15 ou 7h30, elles sont préparées pour passer au bloc, elles ont pris chez elles la douche de Bétadine, elles ont mis l'ovule, arrivées ici, elles ont leur Cytotec pour préparer le col et elles passent au bloc. Ca commence à 8h00 et, en gros, à 9h30 c'est terminé. Bon, elles restent en salle de réveil une bonne heure, après, elles reviennent dans notre salle d'hospitalisation de jour et là, on vérifie beaucoup, bon, la tension, les saignements. A 12h00, ben, elles mangent, et on leur parle de la contraception qu'elles vont avoir à la sortie ».

« Elles rentrent généralement vers 7h15, 7h30 et elles sortent vers 15h00. L'intervention elle-même, elle dure dix minutes et, après, elles sont en observation, heu... elles sont en observation et il faut que quelqu'un vienne les récupérer car elles ont été endormies ».

Les protocoles comportent, néanmoins, quelques différences. Dans deux établissements, du Cytotec est délivré à toutes les patientes pour préparer le col. Elles doivent le prendre la veille au soir et le matin de l'intervention.

« En fait, elles l'ont à la consultation et on leur dit de prendre chez elles. On leur dit de prendre vers 5H00, 5H30… du matin… pour être à 7H00… ça, il faut bien qu'on vérifie qu'elles l'aient pris avant et qu'elles ne l'aient pas vomi car il y en a beaucoup qui le vomissent, qui vomissent le Cytotec, oui, donc du coup quand c'est comme ça, on en remet en intra-vaginal et ça retarde le geste opératoire parce qu'il faut attendre que ça agisse et il faut au moins une heure, une heure et demi pour que le col se dilate ».

Dans un autre établissement, la délivrance du Cytotec n'est pas systématique.

Une structure utilise un ovule de désinfection vaginale. Dans deux sur trois services, les patientes sont perfusées.

« Il y a un protocole qui a été mis en place ici où il faut qu'on les perfuse… c'est parce que… pour que ça aille plus vite… comme ça, dès qu'elles arrivent au bloc, c'est par là qu'ils passent l'anesthésie, on les perfuse ici en fait, comme ça après… c'est juste pour que ça aille plus vite ».

Pour un bloc, les petits termes passent en premier. « *Généralement, la première ils commencent par la petite, la plus petite jusqu'à la plus grosse grossesse, de la moins avancée à la plus avancée ».* Pour les autres, il ne semble pas y avoir d'ordre.

La pose d'un stérilet ou d'un implant au moment de l'IVG instrumentale

La pose du stérilet ou de l'implant au moment de l'intervention fait débat. Elle est donc proposée et effectuée, ou pas, en fonction de l'avis du praticien qui prend en charge l'intervention.

Dans un établissement, *« quand la femme décide d'adopter le stérilet comme mode de contraception, il est posé lors de la seule et même intervention ».*

Dans deux établissements, il est procédé de façon similaire « *pour l'implant ». « L'Implanon, par exemple, on leur pose en même temps, elles ne partent pas d'ici sans ».*

Dans deux autres, la pose du stérilet n'a pas lieu lors de la même intervention ou rarement. *« ca arrive, c'est rare mais ça arrive. Là aussi, c'est une question de choix médical, terme de la grossesse également parce que, bon, on ne pose pas un stérilet chez une femme qui a une grossesse trop avancée. Et il y a des médecins qui ne sont pas du tout pour poser un stérilet au décours d'une IVG, alors qu'il y en a d'autres… là, c'est une question de choix du médecin ». « Le stérilet… le stérilet… en général, ils évitent de le mettre en même temps parce que le col n'est pas assez refermé ».*

« Normalement on devait mettre le stérilet de suite mais le problème c'est que le col était beaucoup trop ouvert et donc j'ai dû revenir deux à trois semaines plus tard pour remettre le stérilet ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

L'hospitalisation et le déroulement de l'intervention médicamenteuse

Pour interrompre une grossesse par voie médicamenteuse, après les consultations préalables, les patientes reviennent pour la prise des premiers comprimés. La première prise de comprimés a lieu lors d'une troisième visite, éventuellement lors de la deuxième consultation si le délai de réflexion de sept jours a été respecté et si une place est disponible quarante-huit heures plus tard pour l'hospitalisation qui correspond à la seconde prise de comprimés entraînant l'expulsion de l'œuf.

Dans un service, l'hospitalisation de jour pour les IVG médicamenteuses a lieu le vendredi. Les patientes viennent donc le mercredi prendre les premiers comprimés. Le mercredi étant le seul jour où le service ne reçoit pas le public, elles se rendent au bureau des surveillantes qui leurs délivrent les cachets. Auparavant, la prise des premiers comprimés s'effectuait aussi le lundi en vue d'une hospitalisation le mercredi. S'il y a, exceptionnellement, une IVG médicamenteuse le lundi ou le mardi, les patientes viennent prendre les comprimés durant le week-end. Dans les autres, les IVG médicamenteuses ne sont pas réalisées dans des plages spécifiques.

« Pour la prise du médicament, moi, quand je planifie, il y a des jours bien spécifiques pour les petites grossesses. Généralement je m'arrange pour que ce soit le mardi pour qu'elles viennent prendre leur comprimé le mercredi et quarante-huit heures après, l'hospitalisation ».

L'entrée s'effectue vers 7h30, une heure environ après la prise des comprimés, elles peuvent commencer à avoir des contractions. Dans un service sur trois, il y a deux types de médicaments différents. L'expulsion n'a pas toujours lieu pendant les heures d'hospitalisation. Après une collation vers midi, les patientes sortent en début d'après-midi.

« On les prend, on regarde le dossier et heu… après, soit, c'est les comprimés de Cytotec, donc, là, on donne plus par la bouche, soit, c'est… heu… l'ovule de Servagem donc, là, ça se prend comme une ovule, en chambre, et là, c'est un peu délicat… on leur dit qu'à chaque fois qu'elles ont envie d'aller aux toilettes, de faire sur le bassin en fait pour qu'on vérifie si elles ont expulsé ou pas et heu… maintenant … enfin, ça ne fait pas très longtemps, on doit récupérer pour envoyer à la morgue… alors qu'avant, c'est vrai, on mettait un peu dans les… enfin, moi, je mettais dans le vide-bassins… et pareil, on attend un petit peu au niveau des saignements, on leur donne à manger, elles partent quand même, relativement plus vite qu'une IVG par aspiration ».

« Par voie orale, on peut aussi si la dame, vraiment, ne tolère pas ses comprimés. Elles ont, des fois, envie de vomir et tout ça, ça peut se faire aussi en voie vaginale, mais c'est plutôt du per os, hein, plutôt… il y a… disons, pas vraiment deux modes médicamenteux, c'est deux… deux produits, oui, deux produits… en fait, le premier comprimé reste le même, c'est la Mifégyne, ça, c'est toujours le même, ça, ça agit… c'est un anti hormone de grossesse et après la deuxième prise de médicament, ça, ce sont des prostaglandines dans notre langage médical et ce sont des produits qui font expulser donc qui provoquent des contractions terribles, qui font dilater le col et qui font saigner et partir. Jusqu'à très dernièrement, le Cytotec, c'était le seul produit qu'on utilisait, deux comprimé qu'on donnait en per os, par la bouche, soit on mettait en intra-vaginal et, éventuellement, à renouveler au bout de… je ne sais plus, six heures, je crois, je vois que quelquefois quand rien ne se passe, on renouvelle une deuxième dose, le même jour, hein… et puis, depuis à peu près… deux, trois mois, enfin, c'est tout récent, hein, on a eu une autre conduite à tenir, donc de sept à neuf semaines, elles peuvent encore prétendre à l'IVG médicamenteuse mais, là, les prostaglandines, ce n'est plus du Cytotec, c'est un autre produit, une autre molécule, le Servagem, qui a le même effet de prostaglandine, c'est en ovule et puis c'est un peu plus puissant en dosage donc c'est un ovule qu'on met en intra-vaginal et là, c'est vrai que les

femmes, rapidement, elles ont quand même très mal, hein, je trouve que les effets secondaires sont quand même… plus… violents… hum… donc elles ont plus mal et les saignements, par contre, Cytotec ou l'ovule, c'est à peu près pareil mais beaucoup plus mal, il me semble, hein, avec l'ovule et puis l'expulsion se fait… en entier… c'est ça qui est… dur… alors que le Cytotec, ça se fait quand même plus en… bon, quelquefois, l'œuf sort en entier aussi mais souvent c'est en… bon… en… ouais… alors qu'avec l'ovule, soit l'œuf est entier, soit l'embryon, il sort entier, on le voit, c'est ça qui est un petit peu perturbant pour les femmes, beaucoup perturbant ».

Une femme qui vient pour la deuxième consultation médicale obligatoire ne peut pas savoir à l'avance si la prise des premiers comprimés aura lieu ce jour-là ou ultérieurement. *« Quelquefois, ça se fait en même temps que la fois où elle vient pour sa consultation mais du moment où la procédure est respectée, il y a eu la première consultation, le délai de sept jours et puis le délai de sept jours déjà c'est obligatoire, hein, donc soit, ça peut être ce jour-là, soit ça peut être un autre jour. On redonne un rendez-vous et vous savez c'est en fonction de quoi ça ? C'est par rapport à l'hospitalisation quarante-huit heures après parce que si on n'a plus de places, on est obligé de jongler avec les places ». « Les gens croient que c'est systématiquement ce jour-là qu'on va prendre le premier cachet et elles sont souvent déçues quand on leur dit, bah, non, ce n'est pas possible, on n'a pas de place pour l'hospitalisation quarante-huit heures après, là, elles sont déçues parce que dans leur tête, on va prendre tout de suite le premier cachet ».*

Dans un établissement, depuis quelques semaines, la prise en charge est différenciée en fonction du mode d'IVG. Les IVG instrumentales sont, en effet, désormais, effectuées dans une nouvelle unité ambulatoire. Seules les IVG médicamenteuses restent dans le service initial de gynécologie et continuent à être réalisées selon les modalités antérieures. Dans l'établissement où les IVG chirurgicale ont été transférées en chirurgie ambulatoire, dorénavant, les patientes se présentent au secrétariat de gynécologie où elles effectuent les démarches administratives puis elles sont prises en charge dans le service de chirurgie ambulatoire jusqu'à la sortie.

Les risques liés à l'IVG

Comme toute intervention médicale, l'interruption volontaire de grossesse présente des risques, *« des risques médicaux, oui, on va dire, le… il n'y a en pas beaucoup parce que, bon, les conditions sont bonnes mais je veux dire… d'ailleurs, la patiente, elle signe, les pourcentages de risque au bas de la feuille, elle le signe. Bon, la perforation utérine est un risque qui est quand même… ce n'est pas courant, pas du tout, mais c'est un des risques qu'on peut voir… comme pour tout acte médical ».*

Ces risques ne sont pas les mêmes en fonction du mode. L'IVG instrumentale qui est une intervention chirurgicale effectuée sous anesthésie générale en comporte davantage*. « Les risques sont quand même plus grands dans l'IVG chirurgicale parce qu'on va directement dans l'utérus, on intervient directement donc les risques sur le col, sur la muqueuse utérine, les risques de perforation utérine, c'est plus… l'IVG médicamenteuse, bon, on a déjà en moins, il n'y a pas de perforation utérine parce qu'on ne va pas directement, la dilation du col se fait, entre guillemets, un peu plus… doucement ». « L'hémorragie* (est un risque)*, moins normalement quand même par aspiration, après, le risque en aspiration, c'est la perforation utérine, ça arrive, pas souvent mais ça arrive et après, heu, il y a quand même, heu… enfin, je trouve que beaucoup de dames qui font des fausses-couches ont déjà eu un, deux voire trois IVG… je ne sais pas ».*

Pour résumer les risques, *« il y a en a quatre : l'infection, la perforation, l'hémorragie, les risques liés à l'AG, je vous les détaille, l'infection, s'il y a une bonne couverture antibiotique... la perforation, c'est un imbécile qui fourre... l'hémorragie, c'est la même chose, d'ailleurs, elles ne saignent pas en cas de perforation... les risques liés à l'AG, ça majore les risques, ça augmente la co-morbidité ».*

Au-delà du somatique, plusieurs informatrices ont abordé le traumatisme au moment de s'exprimer sur les risques et les complications possibles. *« Je pense, heu… qu'il y a quand même des risques psychologiques ».*

3 - La consultation médicale de contrôle

La consultation post-IVG est réalisée entre le quatorzième jour et le vingt-et-unième jour qui suit l'interruption de la grossesse. Elle n'est pas obligatoire mais absolument nécessaire, notamment en cas d'IVG médicamenteuse, pour vérifier que la grossesse est interrompue et s'assurer de l'absence de complication. Elle consiste en une rencontre avec un médecin gynécologue. Si la patiente a expulsé à l'hôpital, un examen clinique est suffisant. Si la patiente n'a pas expulsé à l'hôpital, il faut pratiquer une échographie pour s'assurer de la vacuité utérine. L'échographie est aussi nécessaire pour diagnostiquer une rétention en cas de métrorragies abondantes ou de fièvre. Selon certains interlocuteurs rencontrés, si la visite de contrôle n'est pas imposée par la loi, elle fait, cependant, partie intégrante du forfait IVG.

Dans un service, un rendez-vous est systématiquement donné quel que soit le mode de l'intervention, à quinze jours pour les IVG chirurgicale, à un mois pour les IVG médicamenteuses (les règles suivant l'intervention permettent, en effet, d'évacuer ce qu'il peut rester de produits).

« Systématiquement, elles ont un contrôle quinze jours après quand c'est sous anesthésie générale et quatre semaines après quand c'est par comprimé. Quatre semaines pourquoi ? Parce qu'on a essayé au départ au bout de dix jours, quinze jours mais on s'est rendu compte qu'il restait toujours une petite rétention donc on s'est dit, bon, on va attendre les règles pour que s'il reste des choses, ça ait le temps de s'évacuer avec les règles… donc elles viennent au bout de quatre semaines... bon, le problème qu'il y a, c'est que… là, elles commencent à être un petit peu plus sensibilisées, ça dépend sur quelle sage-femme elles tombent, sur quel médecin elles tombent en leur disant qu'il faut continuer le parcours jusqu'à la fin, en leur disant qu'un contrôle c'est bien, pour vérifier s'il n'y a pas d'infection, s'il n'y a pas de rétention, pour savoir si la contraception se passe bien et tout ça. Mais il y en a beaucoup quand elles ont eu leur IVG, c'est terminé, elles ne veulent plus en entendre parler, elles ne veulent plus en entendre parler... donc heu, il n'y a pas beaucoup de gens qui viennent au contrôle mais ça dépend, ça dépend sur qui elles tombent. Si elles sont tombées sur une sage-femme qui les sensibilise, elles viendront au contrôle, sinon... elles ne viennent pas. C'est fini, c'est fini ».

Dans les deux autres services, cette visite n'est pas prévue pour les IVG instrumentales. Il est demandé aux patientes d'aller voir leur médecin traitant, un courrier leur est remis à cet effet. Une échographie de contrôle est prescrite après l'IVG médicamenteuse. Les patientes ont, alors, le choix de revenir à l'hôpital ou de se rendre dans un cabinet en ville pour l'effectuer. Dans ces deux établissements, la consultation post-IVG a existé mais a été supprimée. Les patientes n'y venaient pas assez du fait de la longueur du délai entre l'horaire de rendez-vous et le passage avec le médecin. Cela mobilisait donc pour rien des médecins déjà en sous effectif.

« Hum… peut-être que ce n'est pas utile. Moi, je leur demande toujours de refaire le point un petit peu avec leur médecin mais pas de visite de contrôle échographique. L'IVG instrumentale est faite sous contrôle échographique en bas, peut-être que ça pourrait être utile, je n'en sais rien… ceci dit, elles voient le médecin ».

Il est à noter que plusieurs professionnels ont fait remarquer que la présence des patientes à la visite de contrôle était grandement tributaire de la présentation qui en était effectuée auparavant : quand la prise en charge inclut un accompagnement soutenu, les patientes reviennent pour un contrôle. Dans le cas contraire, elles partent avec une ordonnance pour une échographie de contrôle accompagnée d'un courrier.

« Pas de contrôle systématique, non, l'échographie de contrôle, oui, dans le forfait d'IVG par comprimés hein, mais on laisse le choix à la patiente. On ne leur dit pas non plus qu'on ne fait pas, on laisse le choix parce que pour certaines femmes, c'est plus facile quand même de faire chez l'échographiste du quartier hein… d'autant plus qu'ici le temps d'attente est quand même long, il y

a ça qui bloque souvent les femmes, hum ! Donc on laisse le choix mais pour un avortement au bloc, ce n'est pas compris. Déjà, il n'y a pas de visite obligatoire prévue par la loi, c'est conseillé, c'est conseillé, ce n'est pas obligatoire et ce n'est pas prévu dans le forfait donc si elles reviennent c'est une consultation en plus. Mais vous savez que, à l'époque, enfin je dis à l'époque mais ce n'est pas si vieux que ça quand même (rire), quand j'ai commencé à travailler en IVG, à un moment donné, systématiquement, on leur donnait un rendez-vous de consultation post-IVG. A l'époque, il n'y avait pas les comprimés, il n'y avait que les AG, hein, et donc systématiquement, on leur donnait, en partant, un rendez-vous, voilà, une petite visite de contrôle, Madame, tel jour. Et bien, vous savez, les femmes ne venaient pas, on a fonctionné comme ça pendant plusieurs mois, elles ne venaient pas donc après, du coup on a abandonné… enfin, c'était la première raison mais je pense que… enfin, je vous parle de ça, il y a quinze ans, hein, maintenant, je pense que difficilement, on pourra peut-être remettre ces consultations parce que… le manque de praticiens et ça mobilise et du monde et… nous, ici, en tous cas le matin, on a des problèmes de salles, il manque des salles de consultation, il y a certains après-midi où tout est plein aussi donc il y a le problème de locaux et puis la disponibilité des médecins mais c'est surtout car… à l'origine, on a arrêté parce qu'elles ne venaient pas ».

Le dispositif prévoit qu'à l'occasion de la visite de contrôle, le médecin ou la sage-femme envisage avec la patiente un moyen de contraception adapté à sa situation. La réalité du terrain ne corrobore pas cette modalité. Si la contraception est évoquée avec un médecin ou une sage-femme, c'est au moment des consultations préalables. En pratique, le sujet est bien davantage abordé lors de l'entretien psycho-social quand il a lieu.

4 - L'entretien psycho-social

Depuis la loi du 4 juillet 2001, cet entretien doit être systématiquement proposé aux femmes majeures ou mineures émancipées mais il est devenu facultatif. En revanche, il reste obligatoire pour les mineures non émancipées, et fait alors l'objet de la remise d'une attestation d'entretien, indispensable pour procéder à l'IVG.

Prévu par le dispositif et mené par une personne qualifiée, il s'agit d'un entretien de « counseiling » qui a vocation à aborder toutes les questions relatives à l'IVG que peut se poser la femme souhaitant y avoir recours, ainsi que des questions sur elle-même, le couple, cette fécondation imprévue, les suites, les raisons des difficultés de choix et de décision, les éventuelles répétitions d'IVG... chaque fois que cela est possible, celle-ci est invitée à s'y rendre avec son compagnon. Le professionnel formé pour ce type d'entretien ne donnera pas de conseils mais facilitera par son écoute la mise en mots et la compréhension psychique de ce qui s'est passé. Parfois, il s'agira d'aller un peu plus en profondeur si la personne le demande. Cet entretien peut être unique, il peut en appeler d'autres pour approfondissement. Il se déroule sur les lieux d'exercice de personnes habilitées par la loi à mener cet entretien, conseillères conjugales et familiales, assistantes sociales et sages-femmes. Il peut ainsi avoir lieu en Centre de Planification et éducation familiale (CPEF), en circonscription d'actions sanitaires et sociales (CASS), en établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, en centre de planification ou d'éducation familiale, en service social ou dans un autre organisme agréé. Les coordonnées de ces lieux sont répertoriées dans les mairies, à la délégation aux droits des femmes et à l'égalité, à l'observatoire régional de santé ou directement dans les structures précitées.

Cette consultation psycho-sociale a lieu, en principe, dans le courant de la semaine suivant la consultation médicale. Réalisé sous forme d'entretien individuel, elle peut donc se dérouler entre les deux consultations médicales préalables ou après l'intervention à la demande de la femme.

La durée d'un entretien *« va de, minium quarante-cinq minutes, à une heure et le maximum que j'ai fait, c'est deux heures et demi, parce que vous avez des patientes qui pleurent, il y a des temps de silence ».*

« Avec moi, c'est quand même, minimum, minimum, un quart, vingt minutes et puis après, ça peut être… mais je limite quand même parce qu'on ne peut pas garder une femme en entretien deux heures, déjà parce qu'il faut une limite et parce qu'il y a d'autres qui attendent aussi, hein donc je pense que maximum au bout d'une heure, soit je propose de revoir mais je pense qu'il faut quand même qu'il y ait une limite… mais minimum, honnêtement, même celle qui est le plus pressée, même celle qui n'a rien à dire, aucune question, il me faut quand même le quart d'heure au moins, minimum. Même si elle me dit qu'elle connaît tout parce que je fais quand même le point, bah, la loi, les méthodes, ben j'explique et puis la contraception fait partie aussi, c'est quand même un gros point que j'aborde au niveau de l'entretien donc tout ça fait que, comme je vous dis, il faut minimum un quart d'heure, vingt minutes, c'est vraiment le minimum, hein ».

Dans les hôpitaux publics, les centres d'IVG sont tenus d'accueillir en leur sein des permanences destinées à ce type d'entretien, afin de permettre à la femme enceinte d'accomplir l'ensemble des démarches, consultations et intervention.

De tels entretiens psycho-sociaux existent dans deux sur trois services, assurés par une sage-femme conseillère conjugale. S'il existe une trame qui commande leur déroulé, ils sont, surtout, modelés « sur mesure » en fonction des situations individuelles et des demandes des patientes.

« Vous savez un entretien, ce n'est jamais le même, c'est en fonction. Il y a mille et une façons de mener un entretien mais dans mon entretien, j'ai quand même ma trame en tête, je sais que je dois parler de contraception, que je dois aborder la loi, qui est un cadre à l'IVG, je dois aborder toutes les questions pratiques, à quelle heure on entre, à quelle heure on sort et puis je sais que quelque part il faut que je dise quand même, est-ce qu'elle au courant qu'il y a des risques pour ne pas banaliser l'IVG quand même. Pour les mineures, j'ai quand même en trame, attention aux abus, donc, heu… attention qu'il y ait un abus, enfin, voilà… c'est quand même des petits clignotants que j'ai en tête, hein… donc heu … femme majeure aussi, il peut y avoir un abus mais mineure. On est en devoir quand même de protéger donc je… à un moment donné ou à un autre, j'arrive à glisser dans mon entretien quand même, est-ce que… il y a la loi quand même, la loi qui protège les mineures, en particulier contre les abus, est-ce que sa grossesse n'est pas la suite d'une histoire d'abus, de viol… enfin, je dis le terme, hein, de viol, d'abus sexuel, de chantage ou autre… donc j'ai ma trame en tête et les risques font partie ».

« J'ai une trame que je n'applique pas forcément, je vois d'abord à qui j'ai affaire. Je veux dire, si j'ai affaire à une patiente qui me dit, bon, ben, voila, au niveau de cette grossesse, ça tombe mal parce que j'ai des projets professionnels ou c'était une aventure, je veux dire quelque chose qui est déjà défini, c'est déjà clair dans sa tête que cette grossesse n'a pas de place dans sa vie, je ne vais pas lui parler des prestations sociales ou de l'accouchement sous X, je vais peut-être revenir sur les méthodes. Je pense que c'est un temps où elles peuvent se poser. J'essaye de voir si dans l'entourage, il y a du soutien ou si c'est des femmes isolées parce que ça m'interpelle si elles vivent ça vraiment toutes seules, enfin, je veux dire, personne n'est au courant, bon, j'essaye de voir s'il y a au moins une personne au courant, je vais un peu dans ce sens… bon, maintenant, si j'ai affaire à une patiente qui me dit, on m'a dit de venir vous voir, je ne sais pas encore ce que je veux, on m'a dit que je pouvais revenir sur ma décision, je vois que c'est ambigu, j'essaye de revenir sur ça. Est-ce que c'est par rapport à elle-même ou est-ce qu'elle subit des pressions ? Et j'essaye de voir avec elles, qu'est-ce qui est le plus important pour elles, faire l'interruption de grossesse, bon, le contexte est important mais elles, après, comment elles vont gérer ça et leur faire comprendre, tout doucement, que, oui, cette grossesse-là, elles vont devoir faire le deuil. J'amène tout doucement et j'essaye aussi de voir cette grossesse, dans quel contexte elle s'inscrit, un problème de contraception, une situation familiale difficile donc revoir ce qui pourrait être utile pour elles pour une contraception plus adaptée, les orienter… donc la trame c'est de voir au niveau environnemental cette grossesse-là où elle s'inscrit dans la famille, dans la fratrie, dans le couple… enfin, il y a plein de choses, en fait, cet entretien, c'est plus adapté à comment elles, elles l'orientent… l'aspect du… du, du… géniteur, je n'ose pas dire papa. Avec moi, systématiquement, c'est évoqué ou elle l'évoque d'elle-même et ça permet de voir si c'est quelqu'un avec qui elles sont en lien amoureux ou ont été en lien amoureux ou s'il y a quelque chose plus de l'ordre de l'inceste, comme ça, pour moi, c'est assez facile à repérer car ce n'est pas du tout la même

attitude ou la même manière de s'exprimer qu'elles peuvent avoir, heu, c'est très vite reconnaissable à mon sens… je leur dis, par rapport à ce genre de situation, nous, on vous encourage à déposer plainte, voilà comment ça se passe, l'assistante sociale peut vous aider en ce sens, on a un pôle médico-judiciaire avec des médecins que vous pouvez rencontrer si vous le souhaitez. Bon, OK, là, vous avez décidé de faire l'interruption de grossesse mais je les incite à ne pas en rester là et je leur dis que, moi, en tant que citoyenne, pas forcé sage-femme, je me dois de signaler la situation au Procureur de la République alors c'est vrai que là, souvent, ça monte sur des grands chevaux, elles invoquent le secret médical, oui, mais ce ne sont pas des données médicales qui vont être divulguées, ce sont des données par rapport à votre agression, alors je leur resitue aussi le contexte de la loi ».

Dans un cas, la conseillère conjugale est dans le service en permanence et reçoit les patientes quand elles viennent en consultation pré ou à un autre moment à la demande. Bien que l'entretien ne soit plus obligatoire pour les femmes majeures depuis la réforme de 2001, la majorité des patientes d'IVG la rencontre. Elle se rend également dans le service le jour de l'hospitalisation avant ou après l'intervention et à la demande.

« Les avortements, enfin, les femmes qui viennent demander une IVG, je les vois systématiquement parce que c'est dans le cadre de la consultation que je travaille et je travaille donc avec l'interne, avec la secrétaire donc ça fait un peu comme… comme un parcours systématique si on peut dire. Alors que le pédopsychiatre et les psychologues interviennent plus quand il y a… plus quand c'est un peu plus ciblé. Déjà le pédopsychiatre, lui, il voit systématiquement aussi toutes les mineures… donc, je vois les femmes en entretien, donc, heu, pré-IVG et depuis quelques mois, j'élargis un petit peu mon activité auprès de ces femme, c'est-à-dire que je les vois également dans le service le jour de leur hospitalisation en fait, heu, ce n'est plus vraiment le temps de l'entretien à ce moment-là c'est plus, ben, pour dire bonjour, pour faire le lien entre consultation et hospitalisation, enfin, qu'elles aient un visage déjà vu, enfin, voilà… c'est systématique, bah, la secrétaire, elle dit, bon, voilà, Madame, quand elle a fini le dossier et tout, bon, écoutez Madame, patientez parce qu'il y a le médecin et la sage-femme conseillère qui vont vous… heu, vous… vous rencontrer… c'est rare les refus, honnêtement. Par contre les rares fois où elles refusent c'est parce que, bon, elles ont vu l'interne en premier et moi, entre temps je suis avec une autre dame donc il faut encore attendre et là, par contre… et la secrétaire, elle évalue aussi quand même, elle voit, parce que si elle sent que cette dame, elle a vraiment besoin d'être heu… un petit peu plus… heu, un soutien un petit peu plus… peut-être, un peu plus approfondi donc elle ne propose même pas, elle dit, bon, écoutez, il y a la sage-femme qui va vous rencontrer donc patientez, alors que… vous savez, c'est du cas par cas tout ça, on est heu, on est avec de l'humain comme on dit, et après, heu, dans les cas où elles ont vu le médecin et qu'elle voit que la femme a l'air, quand même, d'être très au clair et puis surtout, la femme, elle lui dit, ah, je ne peux pas attendre plus, j'ai besoin d'aller récupérer mon enfant ou je ne sais pas quoi ou j'ai besoin de reprendre mon travail à telle heure, bon, elle propose quand même, il y a la sage-femme qui peut vous rencontrer tout de suite après, dès qu'elle a fini avec la personne avec qui elle est, est-ce que vous ne pouvez pas attendre quand même un petit peu et tout, bon, maintenant, on n'oblige pas les gens de rester et d'attendre puisque ce n'est plus obligatoire ».

Dans l'autre établissement, la conseillère conjugale n'est pas sur place, elle peut être contactée et sollicitée tous les jours. Elle se rend dans le service deux après-midi par semaine pour faire de la planification auprès des femmes hospitalisées et dont la grossesse vient d'être interrompue. Depuis que l'entretien n'est plus obligatoire pour les femmes majeures, elle reçoit principalement les mineures pour lesquelles c'est une obligation.

« J'interviens beaucoup plus pour ce qui est entretien post, enfin, après l'interruption volontaire de grossesse et éventuellement les entretiens pré-IVG… en fait, je m'adapte aux consultations médicales, à savoir que c'est les lundis, les jeudis et les vendredis donc si dans le cadre des consultations des médecins qui, heu, viennent pour ces consultations-là, il y a des jeunes, bon, comme je vous dis, c'est essentiellement des jeunes femmes mineures depuis quelques années, qui n'ont pas fait l'entretien et qui souhaitent le faire ici, au niveau hospitalier. Les médecins me

contactent directement ou les secrétaires, hein, elles sont bien au courant des papiers alors elles me disent, tiens, la jeune femme, elle n'a pas fait son entretien, est-ce que tu peux la voir ? »

Dans l'établissement où il n'y a pas de conseillère conjugale, *« si une patiente a besoin, on peut lui proposer également une discussion avec notre psychologue attaché à la maternité et notre psychiatre... parce que dans le plan Périnatalité, donc la Région ou la DRASS ou l'ARH ou je ne sais qui, a mis des sous pour le plan Périnatalité Petite Enfance donc nous avions une psychologue qui devait venir je pense, c'était au tout début où j'étais là, une fois par an, non, par mois, heu, non, heu, pardon, une fois par semaine... et un psychiatre venait le jeudi et depuis le Plan Périnatalité, on a une équipe, patati, patata, qui s'occupe de nous et de la pédiatrie, il y a eu des moyens mis pour ça* ».

Le jour de l'intervention, quel que soit le mode de l'intervention, les patientes ont un entretien avec la sage femme, principalement pour évoquer la contraception avec laquelle elles vont repartir et le vécu immédiat de l'IVG. Si besoin, elles sont orientées vers une véritable consultation psychologique en dehors du service qui n'en comprend pas. Il peut, en effet, même si c'est très rare, être fait appel à l'équipe d'intervenants du service de périnatalité de la maternité.

Depuis la loi de 2001, beaucoup moins d'entretiens ont lieu dans les services d'IVG pour les femmes majeures. Les entretiens avec les mineures sont donc devenus la majorité des cas. Elles ont le choix de la personne qualifiée à rencontrer et du lieu. « C'est *moitié, moitié, je dirais, moitié, moitié. Il y en a quand même beaucoup qui voit l'assistante sociale ou les sages-femmes de PMI mais je dirais moitié, moitié ».*

Dans un service interviennent systématiquement pour les mineures, un pédopsychiatre et une équipe de psychologue.

« Depuis l'an dernier, des psychologues et pédopsychiatres interviennent pour les mineures… c'est le pédopsychiatre qui voit les mineures systématiquement. Par contre les majeures, si je sens qu'il y a un besoin, si je sens, hein, je n'impose pas, je n'impose pas même qu'elle a grand besoin, je donne les coordonnées et donc je propose : est-ce que vous voulez que je vous mette en contact avec ces gens-là tout de suite ? Est-ce que vous voulez que je vous donne un rendez-vous ? Est-ce que je vous oriente vers la secrétaire qui donne les rendez-vous ? Ou sinon, ben sinon, je donne le petit document et je leur dis que n'importe quand elles peuvent appeler, il y a le numéro de téléphone pour prendre rendez-vous. Par contre les mineures, systématiquement, j'informe que c'est dans notre façon de travailler, il y a le pédopsychiatre qui la voit dans la foulée ».

Dans un établissement, l'équipe du service d'IVG peut solliciter l'intervention du psychologue ou orienter les patientes en grande détresse vers le CMP.

III - LES DELAIS, LES IMG HORS DELAIS D'IVG ET LES IMG DANS LES CHIFFRES IVG

Deux questions relatives aux délais ont été évoquées : celle des alternatives à l'IVG quand le délai légal est dépassé et celle des IMG (interruptions médicales de grossesse) réalisées et comptabilisées comme des IVG.

En métropole, quand le délai légal est dépassé, une femme souhaitant avoir recours à l'IVG a encore la possibilité de se rendre dans un pays voisin où l'IVG est autorisé au-delà de quatorze semaines. Qu'en est-il à La Réunion où une telle alternative n'existe pas ?

« A La Réunion, une femme qui dépasse les délais légaux, (elle peut faire), par exemple, un accouchement sous X, mais pour l'IVG… ah… alors ici, je ne sais pas comment elles font… comment elles font ? C'est curieux quand même que l'on n'ait pas pensé à se pencher sur ce problème… on ne peut pas dire que les Réunionnaises vont aller à Maurice ou à Mayotte… »

« Je terminerai sur le fait qu'on est confronté quand même beaucoup dans le département, enfin, nous, en tous cas, ici, à des gens qui sont heu… hors délai d'IVG et heu… qui passent, en fait, par le biais des raisons psychologiques maternelles pour bénéficier d'une interruption médicale de grossesse… il y en pas mal, enfin, pas autant que les IVG mais je peux vous dire que sur l'année dernière… bon, je ne suis pas tenue au courant de tous les dossiers parce que c'est souvent étudié en staff réduit et que je ne fais pas partie des gens qui… je pense que c'est au cas par cas mais, si vous voulez, il y a, en gros, une filière qui s'est constituée mais ça pose le problème, entre guillemets, moi, j'appelle ça, pour un certain nombre de patientes, d'IVG tardives ».

« A La Réunion, quand le délai légal est dépassé… celles qui ont les moyens, elles vont en Europe mais, enfin, elles ne sont pas nombreuses mais majoritairement, que ce soit pour des femmes mineures ou majeures d'ailleurs, le problème est pareil. Un certain nombre, un petit nombre, un certain nombre utilisent heu… sont conseillées en la matière pour réclamer une interruption médicale de grossesse pour raisons psychologiques maternelles et comme la loi a changé par rapport à ça, heu… à partir du moment où il y a la signature de deux professionnel-le-s de santé dont l'un est expert, deux professionnel-le-s de santé médecins, si possible un gynécologue et un psychiatre, ça passe… ça reste entre les gens qui se sentent de faire ça, c'est-à-dire qu'au niveau de leur clause conscience, ça va… pour avoir rencontré certaines patientes qu'on m'a demandé de voir en entretien parce que, les médecins, il y en a aussi qui se posent des questions, elles n'étaient pas plus psy que vous et moi, enfin, je veux dire, dans le sens psychiatrique du terme, c'était vraiment une demande d'interruption de grossesse parce que la grossesse posait problème sûrement alors après la question, pourquoi être à seize semaines ou dix-sept semaines ou dix-huit semaines, après, c'est au cas par cas… on voulait mais on ne veut plus, j'étais avec quelqu'un et je ne suis plus avec, finalement, j'ai un stage que je ne vais pas pouvoir faire parce que je suis enceinte, il y a de tout, il y a de tout. Donc ça, moi, ça m'interpelle, ça m'interpelle d'autant plus quand (…) quelqu'un pose des questions sur l'IVG, la contraception, les IST tout ça et puis, oui, il paraît qu'on fait des IVG à n'importe quelle date, est-ce que vous pouvez nous en parler ? Alors, je dis non, non, on ne fait pas à n'importe quelle date, les IVG, ça reste toujours jusqu'à quatorze semaines … ou alors, il y a des gens de la PMI ou de certains collèges, des infirmières, qui disent, écoutez, on a une jeune fille qui est à dix-neuf semaines qui ne veut pas garder sa grossesse et il paraît que c'est possible… je dis, attention, ce n'est pas possible dans le cadre de l'IVG, le cadre légal de l'IVG, évidemment, moi, je reviens sur la terminologie. Là, on me parle d'une IVG et je dis, non, c'est le cadre d'une interruption médicale de grossesse, voici les termes de la loi et voilà les médecins qui, au niveau clause de conscience, sont OK pour ça, c'est Docteur Untel, Docteur Untel et un psychiatre en ville, Docteur Untel. Je connais la filière donc je donne les renseignements mais voilà, après, une fois que le dossier est monté, ça passe en réunion donc je ne laisse pas non plus, je veux dire, ce n'est pas sûr que ce soit accepté. Il se trouve que jusqu'à maintenant, ça a toujours été accepté mais il se pourrait très bien qu'un des individus n'accepte pas donc… j'explique quand même… il faut se rendre compte un petit peu de ce que ça donne comme image dans le public, non pas qu'il faille réviser ça mai (il faut se poser des questions peut-être plus pertinentes et donc, pour l'instant, ça n'a pas fait beaucoup de remue-ménage mais moi, je suis très en doute par rapport à cet aspect des choses… donc ça, chaque année, on en a de plus en plus alors si on me demandait un nombre global, heu… je ne suis pas au courant de tous les dossiers mais, l'année dernière, il y en a eu au moins dix, et cette année, on est au mois de juin, on en a déjà eu cinq… au moins. Et je ne suis pas au courant de tous les dossiers puisque je ne vois pas forcément toutes les personnes… bon, à côté des mille IVG… mais n'empêche que… alors ça aussi, je pense qu'il faut se poser la question, quand les gens sont juste limite, comment peuvent-ils faire ? Comment peut-on orienter la filière plutôt que de… parce qu'autant, moi, je trouve, dans les statistiques d'interruptions médicales de grossesse, ces interruptions médicales de grossesse ne devraient pas apparaître à mon sens, autant dans les IVG, les gens qui font l'IVG par rapport à l'annonce d'un handicap fortement

suspecté, ça rentre dans les statistiques des interruptions volontaires de grossesse mais ça ne devrait pas faire partie des IVG, vous voyez ? »

« Vous voyez, je ne vous ai pas tout évoqué, il y en a certaines dont on s'occupe parce qu'elles posent un risque très significatif par rapport à l'anesthésie, même une anesthésie loco régionale, et j'ai en tête, d'ailleurs, une dame, qui, bon, visiblement, va faire une interruption de grossesse sur une grossesse qui est tout à fait incompatible avec ses problèmes de santé, et, en fait, parce qu'elle est encore dans les délais légaux, elle va faire une IVG, mais si elle dépassait le terme, ce serait une interruption médicale de grossesse ».

Le «parcours IVG» ainsi déroulé est vécu d'un côté par les femmes y ayant recours en tant que patientes et d'un autre, par les professionnel-le-s de santé intervenants. C'est donc leur appréciation du recours à l'interruption volontaire de grossesse qu'il convient d'examiner à présent.

PARTIE II - VECUS ET PERCEPTIONS ATTACHES A L'EXPERIENCE DE L'IVG

Pour les femmes y ayant recours, l'IVG signifie, pour au moins une part, un parcours de souffrance, qu'il s'agisse de douleur physique ou psychologique, auxquelles s'ajoutent parfois des démarches compliquées ou pénibles à mettre en œuvre. Concernant les informatrices soignantes, leur appréciation relève nombre de points d'amélioration dans la prise en charge qui génèrent chez certaines de la souffrance au travail. Au final, les limites à la qualité de l'accompagnement constituent une conséquence logique de l'intégration de la prise en charge des IVG dans le système hospitalier.

I - DU COTE DES PATIENTES : SOUFFRANCES ET DIFFICULTES OCCASIONNEES PAR LE RECOURS A L'IVG

1 - La douleur physique

La douleur physique ressentie dépend principalement du mode d'IVG. Concernant les IVG instrumentales, les ressentis semblent assez mitigés. Le plus souvent, elles sont présentées comme quasiment indolores par les patientes, comme par les professionnelles même si pour certaines femmes, elles occasionnent de fortes douleurs.

La douleur physique en fonction du mode d'IVG

«De la douleur physique, moi, comme je les vois surtout après, ce que je peux dire c'est que c'est surtout les contractions utérines qu'elles peuvent avoir, surtout quand c'est une grossesse proche de quatorze semaines (ce qui suppose une intervention chirurgicale)*, je les vois, hein, dans leur lit se tortiller, elles sont relativement pâles, elles ne sont pas bien ».*

« En fait, je n'ai rien senti, en fait ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« Dans les IVG chirurgicales, je dirais qu'elles n'ont pas mal, je dirais qu'elles ont mal ailleurs mais pas physique, oui, les IVG médicamenteuses physiquement, c'est difficile ».

« Les femmes qui ont une aspiration sortent en étant bien, celles qui ont une IVG médicamenteuse sont pliées en deux ».

« En moyenne, il y a quand même des douleurs, hein, ça fait mal mais, maintenant, vous savez, la douleur, c'est subjectif. Mais par rapport au bloc, il y a quand même plus parce que le bloc, bon, quand elles reviennent du bloc, elles ont des petites douleurs mais ce sont comme des coliques de règles, bon, je veux dire, c'est supportable, honnêtement, je n'ai pas vu de retour de bloc avec une femme qui s'est plainte de grosses douleurs où il faut absolument intervenir, non, non… mais avec les comprimés, ah oui ».

Ainsi, unanimement, les IVG médicamenteuses sont décrites, par comparaison, comme très douloureuses.

« Mon ventre me faisait mal, oui, c'était quand même fort la douleur, mon dos aussi me faisait mal, j'avais un peu mal à la tête ».
Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Dans un établissement, deux types de molécule sont utilisés pour les IVG médicamenteuses en fonction du terme. Il semble que l'une occasionne des douleurs plus importantes que l'autre.

« (Avec le Servagem)*, c'est vrai que les femmes, rapidement, elles ont quand même très mal, hein, je trouve que les effets secondaires sont quand même… plus… violents… hum… donc elles*

ont plus mal, beaucoup plus mal, il me semble, hein, avec l'ovule et puis l'expulsion se fait… en entier… c'est ça qui est… dur… alors que le Cytotec, ça se fait quand même plus en douceur ».

« Des petits tiraillements, quoi, ce n'est pas… par contre, elle, elle avait mal donc j'ai eu peur, j'ai dit, merde, ça arrive mon tour (rire) mais elle, apparemment, ce n'était pas un ovule, non, moi, ce n'était pas un comprimé, c'était une ovule, une ovule et elle, c'était par comprimé alors peut-être que ce n'est pas la même chose ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Pas spécialement mal… c'est comme les douleurs quand on accouche… pour moi, c'est normal… mais pour les autres, il y avait une fille avec nous qui a eu des supers douleurs et je trouve qu'elle était super accablée quoi… donc heu… moi, comme je supportais la douleur, ça va pour moi… mais pour les autres je ne pense pas quoi ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

Bien sûr, cette perception de la souffrance physique, quel que soit le mode d'intervention, est éminemment subjective donc variable d'une personne à l'autre.

« Physiquement, des toutes petites contractions le jour même, voilà, c'est vrai, je vous dis, j'avais peur d'avoir les contractions de l'accouchement que je ne connaissais pas, c'est ça qui me faisait peur. Je me disais, purée, je ne sais pas à quelle sauce je vais être mangée mais quand j'ai vu que c'était des petites douleurs, machin, que c'était supportable, je me tortillais un petit peu… après… on a des petites contractions, quelques petites douleurs mais c'était supportable… j'avais beaucoup d'appréhensions, j'avais peur, moi, en fait, mes accouchements, c'était toujours par césarienne, programmée donc la douleur de l'accouchement, les contractions, tout ça, je ne connaissais pas. Je n'ai pas des règles douloureuses et du coup, j'avais peur, je me disais, si je me retrouve avec… parce que, quand on entend des femmes qui racontent leur accouchement, ce n'est vraiment pas terrible… si c'est des contractions comme ça, ça fait mal mais finalement, non, c'est supportable, des petites douleurs ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

« Ca s'est bien passé… à part que les médicaments m'avaient donné des vomissements… en fait, les cachets ont déclenché des contractions… mais peu importantes ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Parce que des fois, il y a certaines qui ont très mal mais qui vous disent que, non, ça va, elle n'a pas besoin de médicament et d'autres qui… qui n'ont peut-être pas très mal mais qui ont quand même besoin du médicament… ouais, ouais, ouais, ouais, donc c'est l'infirmière qui juge en fonction de la demande et propose mais on n'oblige pas non plus parce que je vous dis, il y a des femmes qui… je ne sais pas, qui… ne veulent pas de médicament antidouleur ».

La prise en charge de la douleur physique

Si une ou deux informatrices professionnelles ont émis des doutes sur la bonne prise en charge de la douleur, on constate que c'est une préoccupation forte dans les équipes en poste. En fonction du service, la douleur est prise en charge différemment et en fonction de chaque patiente.

« Je trouve que ce n'est peut-être pas forcément bien pris en charge… pratiquement toutes les patientes ont mal, ça donne quand même des grosses contractions… après, il n'y en a pas beaucoup qui disent qu'elles n'ont pas mal, il y en a quand même mais ça reste heu… après, je pense que c'est aussi un peu dans l'acceptation et je pense, du coup, ces personnes-là ont, en général, beaucoup plus mal que celles qui s'en moquent, entre guillemets, même si… enfin, je ne sais pas si on s'en moque complètement ».

Dans un service *« il y a des antalgiques, oui, on donne… ce n'est pas un protocole systématique, voilà, elle a son comprimé, on lui met sa perf antidouleur et tout, hein, mais c'est… après c'est l'infirmière, c'est l'infirmière qui juge en fonction de ce qu'elle dit, comment elle le vit ».*

« On a essayé de mettre un protocole en place au niveau de la douleur pour pouvoir les perfuser si elles ont mal et qu'on n'ait pas forcément besoin qu'il y ait un médecin qui nous prescrivent, pour que ça aille plus vite ».

« On a beau me dire le contraire... l'AG, les dames elles n'ont pas mal, elles sortent de là, elles sont pimpantes, toutes bien, sans fatigue, sans rien… la méthode médicamenteuse, elle est moins fiable, sûr, et, deuxièmement, pour moi, elle est plus traumatisante ».

« De la douleur physique, sous anesthésie générale... très peu... très, très peu, même si elles ont un petit mal au ventre à la sortie comme des douleurs de règles... un doliprane suffit... elles n'ont vraiment pas mal... maintenant, médicamenteuse, c'est autre chose, elles ont mal, elles ont mal, heu... dès le moment où elles saignent... et même psychologiquement, je pense, comme je vous ai dit heu... saigner sur des jours et des jours pour pouvoir expulser, pour moi, ça, c'est traumatisant... voir le truc tomber, ça, c'est traumatisant... et ça m'énerve quand j'entends les médecins dire que le bloc, c'est... enfin, que le médicament, c'est moins traumatisant ».

« Vous avez aussi plusieurs, quand elles sortent d'ici, elles disent, si j'avais su, j'aurais fait sous AG, parce que les contractions, les saignements, les échecs, venir, revenir parce que généralement pour le contrôle au lieu de venir trois fois, elles viennent quatre fois, cinq fois et ben, après, elles se disent j'aurais dû faire au bloc ».

Outre, la souffrance physique, l'aspect psychologique est fondamental. Le choix de recourir à l'IVG n'est pas toujours aisé à effectuer et à assumer, l'expérience, elle-même, peut être pénible à vivre.

Il est à noter que pour certaines patientes, seul le mode chirurgical définit l'interruption volontaire de grossesse. Certaines femmes font, en effet, valoir que le mode médicamenteux s'apparente à provoquer une fausse-couche et ne constitue pas vraiment une IVG. Une explication culturelle est fournie, sur cet aspect, par Laurence Pourchez pour qui la représentation du processus de maturation de l'embryon, c'est-à-dire le développement du « zèf » en plusieurs étapes, et la possibilité de faire revenir les règles lors des premières, rend parfois difficile la distinction entre la contraception et l'avortement[5].

« En règle générale, elles pensent que… mon Dieu, donnez-moi la méthode médicamenteuse, donnez-moi la méthode médicamenteuse… elles veulent à tout prix des comprimés… parce que les gens disent, pour eux, c'est moins traumatisant, vous ne passez pas au bloc et, pour elles, ce n'est pas une IVG parce que souvent, j'ai des cas, je demande, avez-vous déjà eu une IVG ? On me répond, non, heu, j'en ai eu une ou deux par comprimé mais par comprimé, ce n'est pas une IVG... ça doit être une fausse-couche, elles ont avalé un comprimé, c'est une fausse-couche, ce n'est pas une IVG et elles se bagarrent pour avoir la méthode médicamenteuse ».

La douleur physique se conjugue avec l'aspect psychologique. L'expérience de l'IVG est généralement considérée comme difficile à vivre. La peur, quel qu'en soit le motif, occupe une place importante, la culpabilité également.

« J'ai des saignements. Je ne devrais pas en avoir. J'ai aussi mal, j'aimerais savoir pourquoi. J'ai un peu mal et ça saigne. Ca s'arrête, ça saigne, ça s'arrête... c'est le fait que j'ai tout le temps mal au ventre… je suis repartie voir le médecin, il m'a donné des comprimés pour que ça s'arrête de saigner mais ça n'arrête pas… ça m'inquiète ».
Vanessa, 16 ans (première IVG, mode instrumental)

2 - La charge psychologique

[5] POURCHEZ L., TABUTEAU, J., « Vierge noire et déesse Karli. Chronique d'un désir d'enfants à La Réunion », *L'Autre. Clinique, cultures et sociétés*, vol. 3, n° 2, 2002, pp. 257-276.

« Dans mon cœur, c'est dur, dur, dur, dur. Des fois, quand j'en parle là, là, comme avec vous… (elle pleure). C'est compliqué une IVG, hein, comment dire… il faut enlever, c'est un gros truc quoi. C'est dur... c'est dur d'enlever un enfant... une IVG, ça reste une IVG... donc il n'y a rien à changer ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

« Bon, ça fait un peu mal. Ca fait mal quand tu sais que tu vas faire ça mais c'est un choix aussi… J'ai réfléchi, je faisais les démarches mais je réfléchissais… Faire un gosse pour le laisser malheureux… il faut être présent aussi, il vaut mieux que je laisse même si ça fait mal. C'est un peu dur quand même, parce que tu sais que tu vas tuer quelqu'un, un enfant. Même si tu prends la décision, ça reste, tu y penses toujours, tu vis… quand je suis venue ici pour faire ça, j'ai vu la scène de la première fois, tu vis avec… mais c'est comme ça. Ca fait un peu mal quand même, parce que tu sais que tu fais un truc qu'il ne fallait pas faire donc il vaut mieux éviter… ça prends du temps pour oublier ça ».
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)
« C'était plutôt une expérience dure ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Je ne voulais pas garder de souvenirs vraiment, je ne sais pas pourquoi et je pense que peut-être une fois endormie, on oublie plus facilement certaines choses et ça ne m'a pas dérangé que ça se soit passé sous anesthésie générale ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

« Pour moi, c'est un peu dur quand même parce que je n'étais pas trop soutenue… ben, heu, j'aurais voulu qu'on parle un peu de ça avec moi, qu'on… par exemple, ma maman… ou n'importe qui… qu'on parle un peu de ça avec moi, qu'on fasse un peu plus attention à moi parce que j'étais dans une période difficile et… à ce moment-là … Personne n'a pas fait un compte avec moi ».
Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« C'est éprouvant… psychologiquement, je pense que c'est toujours dur pour une femme, en général, hein ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

« Dans la majeure partie des cas, bon, elles viennent pas très à l'aise, heu, je ne dirais pas, pas rassurées, ce n'est pas le mot mais pas à l'aise, dans le sens où elles ne savent pas ce qu'on va faire ce jour-là, il y en a quand même certaines qui pensent que, tout de suite, ce jour-là, on va passer au bloc, on va prendre le cachet, on va tout faire donc il y a un peu d'appréhension et puis beaucoup de, heu… de questions en suspens, qu'est-ce qu'on va faire ? C'est quoi ? Qu'est-ce qu'on va faire ? Et là-dedans, il y a la peur, bon, heu, la peur, hein, et… je pense que la culpabilité y est également mais, ça, c'est plus au moment de l'entretien qu'on le perçoit. Mais au moment où elle arrive, elle vient se présenter au secrétariat, voilà, j'ai rendez-vous, c'est l'appréhension, c'est la crainte, de découvrir, je ne sais quoi, qu'est-ce qu'on va faire aujourd'hui ? Qui je verrai ? Qui va me consulter ? ».

« Sur le plan psychique, pour les rares que j'ai revu plus tard, oui, elles n'ont pas digéré. La culpabilité revient, la peur du jugement, tout ça ».

La culpabilité, la honte et la peur du jugement chez les patientes

Même si certaines d'entre elles entendent assumer leur choix, pour les femmes, recourir à l'IVG revient à mettre en œuvre un acte peu avouable. Certaines informatrices ont très clairement exprimé un positionnement anti IVG et le sentiment de culpabilité d'y recourir.

« Ils n'ont pas le droit de me juger, c'est mon choix. Personne ».
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« Je suis contre l'IVG… parce qu'en fait, quand on décide de faire un bébé, ben, on décide de faire un bébé mais moi aussi, comme je vous ai expliqué, hein, c'est quand on se retrouve dans le cas que… ce n'est pas pareil après… mais franchement, contre… psychologiquement… ça fait quelque chose quand même… c'est comme un poids sur la conscience… on dit, autour de moi, aussi, on dit que… ben, que quand on est enceinte, il faut assumer, il ne faut pas enlever parce qu'on parle de crime donc… c'est pour ça que je vous parlais que moralement, ça fait quelque chose ».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« Déjà, pour moi, c'est un crime… c'est un crime… je n'avais pas le choix mais, finalement, mais, personnellement, c'est un crime envers un petit être qui n'a pas demandé d'être là. Des fois, ça donne à réfléchir parce que… il n'a demandé à être là… mais bon, c'est fait… et puis… c'est fait, c'est fait, c'est fait ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

« Je suis plutôt contre l'IVG… c'est un problème… oui… d'être obligée d'avorter, oui… mes parents sont plutôt contre, je pense… heu, ma mère, elle est également contre l'avortement et de plus, elle n'aime pas mon copain… en fait ce qui me dérange, c'est que… je me sens un peu coupable d'avoir ôté la vie à un enfant ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Parfois, cette position de principe, a priori et générale, est modifiée par l'expérience personnelle. Le refus de l'IVG connait, désormais, une exception individuelle légitimée par une situation personnelle obligeant à interrompre la grossesse. La culpabilité demeure, cependant, importante. D'autres femmes sont favorables à l'interruption volontaire de grossesse et l'assument vis-à-vis d'elles-mêmes tout en redoutant le regard des autres qu'elles imaginent désapprobateur.

La peur ou le malaise éprouvés face au jugement ne sont pas systématique mais ils sont prégnants.

« Maintenant que les autres le sachent et qu'ils me jugent, ça je me… franchement… très franchement, ça m'est égal ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Mon gynéco, quand je lui en ai parlé… d'avorter, je veux dire ce que j'ai aimé, c'est qu'il ne m'a pas jugée en me disant, oh, ce n'est pas bien et tout, il m'a dit, et bien, écoutez, vous avez déjà deux enfants, si ce n'est pas votre souhait de leur imposer encore un enfant, ça va être quand même difficile pour vous. Il m'a quand même soutenue dans ce sens-là. A l'hôpital, pareil, je n'ai pas ressenti forcément de… de jugement, voilà… je veux dire, elle… elle ne m'a pas soutenu en me disant, c'est très bien et tout, elle m'a quand même expliqué les risques et tout. C'est sûr que c'est mieux de ne pas faire une IVG si on a le choix mais en aucun cas, je n'ai subi de jugement ou j'ai vu un jugement dans les yeux des gens. Contrairement à la première fois, en fait, la première fois quand c'était par cachets, en fait, j'étais allée voir une gynéco mais femme (rire) et donc elle, par contre, j'ai vu quand même dans sa façon de parler un jugement parce qu'elle m'avait… quand je lui ai dit que je voulais avorter, en quelque sorte, elle m'a un peu… peut-être engueulée en me disant : vous savez, un enfant, ce n'est un animal dont on se débarrasse comme ça ! Donc j'ai senti quand même une agressivité ou un jugement ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« J'appréhendais, quand même, beaucoup l'acte en lui-même et, la première fois, c'est vrai que la dame de l'hôpital, elle était froide, elle me faisait peur et puis même la dame du Planning familial, à peine, si elle ne vous faisait pas un procès parce que vous êtes tombée enceinte par accident, je vous dis. La petite dame, là, je me souviens toujours d'elle, han, on dirait qu'elle vous torturait quoi… la première fois que j'avais fait, je trouvais… déjà, les gens avaient, je ne sais pas, ils étaient peut-être contre, c'était peut-être des personnes qui étaient contre l'IVG. Ils vous regardaient comme des pestiférées presque, ben, à ce moment-là, je pense qu'ils ne devraient pas faire ce métier-là ou travailler à ce poste-là, changer de branche, hum, parce que nous, quand on

vient faire cette démarche-là, ce n'est pas facile, hein, on est déjà dans un état psychologique où on n'est pas bien donc on ne s'attend pas à ce qu'on vous regarde en truc et à ce qu'on vous juge, non, on attend un minimum de… de compréhension, de truc, de patience, je ne sais pas moi… et ici, c'est vrai, autant pour ma deuxième que celle-là, dans l'ensemble, c'était bien… elles étaient bien, très gentilles, bien ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

Une culpabilité accrue en cas d'IVG répétée

Elle est encore plus évidente quand ce n'est pas le premier recours à l'IVG.

« Quand ce n'est pas la première IVG, ah bah là, elle va vous trouver une excuse du tonnerre ! Elle a vomi, elle était en voyage, elle a oublié sa pilule, on trouve toujours... des fois, le stérilet, elles ont enlevé parce qu'elles ne supportaient pas... là, elles vont trouver une excuse parce qu'elles ont trop peur qu'on les juge, qu'on fasse une remarque... si ce n'est pas la première fois… parce que quand je leur pose la question, est-ce qu'il y a déjà eu des IVG ? Elles disent, oui, je crois, oui, je crois, pour moi, ce n'est pas plausible… pour moi, on sait... c'est quelque chose qu'on ne peut pas oublier donc oui, pour moi, elles se culpabilisent un peu et elles tournent autour du pot... et souvent aussi, on me dit, je n'ai jamais eu d'IVG et quand je classe la fiche, elles ont eu, elles mentent, donc il y a effectivement... il faut sauver la face et après moi, je ne la vois plus de toutes façons, je ne la vois plus, elle se dit, elle ne va plus me reconnaître, après, c'est terminé, j'aurais eu mon IVG... ça arrive très fréquemment ».

« Quand elles en ont abusé, elles ont honte, pas la première fois, pas la deuxième fois mais au-delà, oui... au-delà, oui... heu, parce que ça arrive souvent quand même ».

« Je pense qu'elles sont gênées ! C'est la honte, enfin, je ne sais pas si c'est la honte mais quelque part elles savent que, heu, que ce n'est pas bien de revenir plusieurs fois pour une IVG ».

L'impact du contexte de la décision de recourir à l'IVG sur la détresse psychologique

« J'étais… désespérée, désespérée de tout ce qui allait arriver ensuite parce que je savais qu'il y avait une IVG etc. C'est quand même une grosse décision à prendre et… c'est irrémédiable donc on réfléchit quand même un peu mais de toutes façons… quand j'ai fait une prise de sang, dès qu'on m'a confirmé que c'était une grossesse, j'avais déjà fait mon choix, sans hésitation, je ne veux plus d'enfant. C'était douloureux ! Après, psychologiquement ça va parce que mon choix était fait depuis le début et j'étais prête donc ça allait. C'était physiquement que c'était un peu plus difficile… quand même, ça marque la vie quand même. On a fait un choix, après, ce sera toujours là mais on assume, on fait avec ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Le vécu psychologique est nettement en lien avec le contexte de la prise de décision de recourir à l'IVG. Dans le cas où la décision est une « *décision de raison pas de cœur* » ou a été prise sous une certaine contrainte, la souffrance psychologique et le mal-être sont prégnants et peu maîtrisés. C'est, bien évidemment, poussé au paroxysme quand il y avait projet d'enfant et que la rupture ou le refus par le compagnon après le début de la grossesse amène la femme à y mettre un terme.

« Je ne sais pas pourquoi, elles ont un sentiment de culpabilité, très souvent… peut-être pour se déculpabiliser, elles parlent, elles donnent leurs raisons, soit trop d'enfants, soit un enfant trop petit. Ce qui est difficile, c'est quand le choix n'est pas fait à deux, elles disent, ah, moi, je suis obligée, je suis obligée de faire parce que mon ami veut absolument et elles ne veulent pas, là, c'est très, très, dur… quand le choix est fait, même seule, quand elle a vraiment pris sa décision, c'est plus facile ».

« Quand j'ai découvert, j'ai pleuré, je savais ce que j'allais faire, je savais déjà ce que j'allais faire parce qu'avant, je disais ouvertement, de toutes façons, si ça m'arrivait, un troisième, non, ce n'est pas possible, ma décision, elle est prise, mon mari aussi, je veux dire, il était d'accord avec moi…

on le dit mais c'est un peu à la légère… mais quand ça nous tombe dessus, c'est autre chose, c'est autre chose… ma sœur, c'est son mari qui le voulait l'IVG et elle, elle voulait le garder quoi… c'était plus, enfin plus dur, je ne sais pas et je ne dis pas que c'était facile pour moi, hein, mais je pense qu'elle a vécu très difficilement cette période-là ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

En effet, le recours à l'IVG décidé sans hésitation, assumé n'en est pas moins essentiel dans l'histoire de vie mais permet plus de sérénité et il reste que la décision de recourir à l'IVG n'est jamais anodine. Elle s'apparente à un choix contraint douloureux.

« Il y a la culpabilité, il y a souvent des patientes qui disent, vous savez, je ne suis pas pour les IVG mais là, je suis obligée de faire ».

« En fait, je suis contre l'IVG, vous vous imaginez ? Mais je suis obligée… mais j'ai été obligée dans ma vie d'avoir recours parce que voilà, c'est arrivé ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

« Quand on n'a pas le choix, quand on n'a vraiment pas le choix, comme ce que je… quelque part on est obligé de faire ça ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

Le silence des femmes sur leur recours à l'IVG

« C'est personnel, je n'aime pas parler, j'assume, heu, ce que j'ai et voilà… les parents et les autres aussi, je ne dis rien. C'est personnel. Par moi-même, j'assume... ça ne regarde personne, voilà... et puis c'est mon problème aussi, des fois, je serais, comment dire, gênée d'en parler... je suis venue toute seule... comme si de rien n'était ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

Ce choix qui relève de l'intime est donc souvent dissimulé totalement ou partiellement au-delà d'un cercle proche.

« C'est mes affaires, ça ne regarde personne… parce que je suis quelqu'un qui ne dit jamais rien, surtout mes problèmes ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

« Je ne veux pas que tout le monde le sache et je ne veux surtout pas que mes enfants le sachent… parce que moi, je… enfin, je veux dire… si ma fille, un jour, si elle sait que j'ai fait ça, elle va trouver peut-être une facilité… de dire, bon, je peux coucher avec un garçon et bon, il y a l'IVG au bout, maman, elle a fait, pourquoi pas moi… et puis, je ne veux pas aussi, enfin, elle comme elle veut un frère ou une sœur, elle va peut-être m'en vouloir, voilà, il y a un tas de trucs ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« J'ai préféré dire… parce qu'en fait, mon cercle d'amies, ce sont plutôt des femmes musulmanes aussi, je ne dis pas qu'elles aussi n'ont jamais fait mais c'est un peu tabou donc heu… j'ai préféré dire que j'ai perdu l'enfant… j'ai pensé que ce serait peut-être un peu mal vu plutôt donc c'est un secret pour tout le monde… j'ai préféré ne pas dire… c'est le fait d'être jugée quoi, voilà et puis, je trouve qu'ici à La Réunion, les gens regardent beaucoup la vie des autres et jugent des fois sans savoir, sans comprendre donc des fois, il vaut mieux garder pour soi ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)
« Je préfère ne pas trop en parler parce que c'est personnel. Et puis les gens vous jugent pas mal sur ce genre de choses-là donc heu, moins les gens sont au courant mieux c'est… autour de moi, les gens très proches, je n'ai pas envie de les décevoir là-dessus parce que… ici surtout, à La Réunion, ça reste un sujet assez tabou. Donc je n'avais pas forcément envie de parler à tout le monde de ça. L'entourage proche, la famille-même… la religion… nous, on a été… heu… on nous a inculqué que l'IVG, ce n'est pas bien, tout ça, Jésus, il n'est pas content, pfft, voilà (rire) ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

La place des convictions religieuses

Souvent, en effet, les informatrices ont abordé la question des valeurs et de leurs convictions religieuses. Quand la religion est évoquée, elle apparait comme fondamentale mais jamais comme opérante pour faire obstacle à la décision de recourir à l'IVG.

« Normalement, c'est interdit de faire une IVG… mais comme j'étais un peu obligée… à ce moment-là, on n'a pas pensé à la religion … mais c'est un peu embêtant parce que normalement, on n'a pas le droit de le faire ».
Vanessa, 16 ans (première IVG, mode instrumental)

« Ca compte beaucoup, beaucoup, en sachant que de toutes façons, celles pour qui la religion comporte un précepte de non recours à l'IVG, on ne les voit pas… ce n'est pas souvent directement évoqué dans les entretiens pré IVG mais on le voit avec le poids de la culpabilité, quand les patientes disent, je ne suis pas pour l'IVG, elles rajoutent souvent, je suis chrétienne ou je ne sais pas, je suis musulmane ou ma religion, elle n'est pas pour ça ».

« J'ai déjà eu des gens qui m'ont fait la remarque, au niveau religieux, bon, j'ai du mal parce que je suis croyante et que je suis en train de faire un crime qu'elles disent ».

« Quand nous sommes chrétiens, on a toujours fait des péchés, toujours. Les péchés sont là, partout... ce n'est pas quand on enlève un enfant que c'est un péché, hein... non, un péché… frapper une personne, ça c'est un péché… un péché, c'est plein de choses. Ce n'est pas rien que pour une IVG... bah oui, c'est un péché... mais pas plus grave ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

Certaines ont même expliqué très clairement comment elles concevaient la conciliation entre les deux sous la forme de ce que l'on pourrait appeler « un arrangement ».

« Au niveau des femmes, bon, c'est sûr qu'il y a beaucoup d'influence, mais, même si la religion est importante, quand il y a besoin, elles le font quand même, hein, maintenant avec des dégâts psychologiques, tout ce que vous voulez mais bon, elles le font quand même… en tous cas, ce n'est pas la religion… j'ai très rarement vu, en tous cas, une femme qui vienne et après qui ne fait plus parce que sa religion est trop hein… mais elle l'exprime, elle le dit, c'est contraire à ma religion, je ne sais pas comment je vais être après, il faut que j'aille voir le prêtre, il faut que j'aille faire une… il y en a une qui me disait, il n'y a pas longtemps, qu'elle va aller faire une cérémonie après… donc on sent que la religion a un gros, poids mais la religion n'empêche pas, hein ».

« Sur le point de vue religieux, moi, je suis catholique, chrétienne, j'ai quand même des convictions religieuses… bah, en fait, je vais vous dire, le premier IVG, pour moi, je me suis dit, ah merde, c'est fichu pour moi, le bon dieu ne va plus m'aimer parce que j'ai fait ça et que ce n'est pas bien et, en fin de compte, je me suis rendue compte, après, que ce n'était pas ça du tout… j'ai été me confesser, et ben oui, il fallait, même pour le deuxième… pour moi, il n'y a pas d'intermédiaire entre dieu et nous, quand j'ai besoin de parler à dieu, je lui parle directement… donc, moi, en fait, je sais que c'est contre la religion mais, aujourd'hui, je ne me sens pas coupable de quoi que ce soit, en fait, je sais que le bon dieu, en fait, il te, comment dire, il ne va pas te juger là-dessus, si toi… parce que je regarde mon entourage, je fais toujours de mon mieux pour aider les gens, dans ma profession, dans ma vie de tous les jours, si tu es à l'écoute des autres, tu leur donnes de l'amour, de la compréhension, tu les aides, les gens qui sont vraiment dans le besoin, et bien, le bon dieu, en fin de compte, il te rend ça multiplié par je ne sais pas combien ! Je sais que Dieu existe, je ne sais pas sous quelle forme parce que, bon, on se pose plein de questions mais je sais qu'il est là et, dans ma vie de tous les jours, en fait, il me témoigne, il me montre qu'il est là, avec moi, même si je fais des trucs qu'on dit qu'ils ne sont pas forcément bien, dont l'IVG ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

« Par rapport à la religion… moi, ça ne me pose pas de problème en fait, parce que c'est vrai que c'est interdit mais c'est comme dans les autres religions aussi, je pense que c'est interdit aussi

dans les autres religions mais je veux dire, ne pas suivre à la lettre ce qu'on dit et après avoir une vie heu… compliquée à côté parce que la religion peut comprendre ça aussi… Dieu peut comprendre ça aussi ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Finalement, comme l'a exprimé une professionnelle, la religion*, « je pensais que ça allait compter beaucoup et je me suis rendue compte que ça ne comptait pas du tout, que la plupart du temps, les femmes évitaient d'en parler à leur confesseur ou à leur directeur de conscience quelque soit la religion qu'elles aient… je pense que quand une femme ne veut pas d'une grossesse, elle trouvera toutes les solutions possibles et imaginables pour ne pas la garder ».*

Au-delà d'une décision difficile à prendre, quand bien même, elle n'a pas suscité d'hésitation, l'expérience de l'IVG est en elle-même perturbante sur le plan psychologique.

Par voie médicamenteuse, un traumatisme accentué à cause de l'expulsion et de l'échec

« J'ai eu du mal à prendre le premier cachet, pas du mal mais, je veux dire, psychologiquement, quand je l'ai pris, ça m'a fait quelque chose mais après l'expulsion… c'est le premier cachet, deux jours avant, qui interrompt et qui, heu… on vous dit, son évolution va s'arrêter là, ça vous fait quelque chose, bien sûr… on prend le premier comprimé, l'évolution s'arrête, de toutes façons, on ne peut plus faire arrière, ben, là, il est mort, donc, heu… c'est là, après quand il y a l'expulsion, je ne dis pas que ce n'est pas impressionnant, c'est impressionnant mais de toutes façons, on ne peut pas faire autrement, de toutes façons, on ne peut pas laisser un bébé mort dans son ventre… et puis c'est plus traumatisant pour une femme aussi, anesthésie générale, aspiration… enfin, j'ai vu le truc qui tombe dans le bassin, ce n'est pas mieux… c'est impressionnant quand même… ouais, ouais, j'ai regardé et même, on voit la forme du fœtus à l'intérieur, c'est… moi, je ne pensais pas ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Le traumatisme semble accru en cas de l'IVG médicamenteuse qui comporte l'expulsion de l'œuf.

« L'expérience, elle est difficile parce que ce n'est pas facile, quand on voit tomber comme ça. Quand on voit dans la bassine, ce n'est pas facile… j'ai regardé et je n'ai pensé à rien, j'ai… j'étais triste de regarder ça… ça… ça m'a touché quoi, quand je voyais tout ça dans la bassine, ça m'a touché ».
Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Pour *« l'expulsion, elles vont aux toilettes… des fois, il y a un petit peu de trafic… elles vont aux toilettes, je leur dis si elles remarquent quelque chose de particulier, je leur explique un peu comment ça se passe mais disons, je mets plus l'accent sur le fait que, des fois, ça s'élimine progressivement, qu'il ne faut pas en faire une fixation même si on n'a pas vu vraiment… une expulsion et que c'est l'écho qui nous dira si c'est bon, enfin, j'essaye de leur expliquer comme ça mais elles n'expulsent pas dans un bassin, non, non, on surveille, je leur demande de nous appeler si elles voient quelque chose de particulier. C'est difficile de leur expliquer d'ailleurs, très souvent, comme c'est une petite grossesse, des fois ça se voit, mais en général, on ne voit pas grand-chose, le médecin le dit que dans les saignements, si elles n'ont pas vu, ce n'est pas grave, voilà ».*

« Je ne crois pas que j'avais eu l'expulsion ici, c'est vrai que j'avais eu beaucoup de sang qui sortait, des caillots et tout, j'avais appelé l'infirmière et elle m'avait dit, non, elle a regardé la consistance et elle m'a dit, ce n'est pas ça, et je crois que ça s'est produit quand j'étais au volant en train de remonter chez moi avec ma fille, j'étais partie pour aller faire des courses et la récupérer et, là, j'avais tellement saigné que ça avait traversé mon pantalon et tout, j'étais obligée de m'arrêter pour mettre une serviette sous mes fesses pour pouvoir arriver jusqu'à chez moi ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

Nombreuses sont, en effet, les patientes qui choisissent une IVG médicamenteuse et le regrettent par la suite n'ayant, au préalable, pas imaginé ce qu'elles auraient à endurer.

« Elles préfèrent les médicaments parce qu'il n'y a pas le bloc, parce que dans leur tête, il y a moins de risque, c'est plus facile… après quand elles sont dans le lit, je crois qu'il y en quelques unes qui pensent autrement, hein… parce qu'elles n'imaginent pas que c'est aussi douloureux ».

« Bon, quelquefois, l'œuf sort en entier aussi, l'embryon, il sort entier, on le voit, c'est ça qui est un petit peu perturbant pour les femmes, beaucoup perturbant… je précise aux femmes que je préfère les prévenir pour que vous ne soyez pas… choquées ou surprises à ce moment-là ».

« Il ne faut pas croire non plus que les IVG médicamenteuses, c'est plus facile... moi, je trouve que ce n'est pas obligatoirement plus facile, ça consiste quand même à faire une fausse-couche à la maison, disons ça comme ça... à la maison, pas vraiment, puisqu'ici on les hospitalise mais il faut avoir le courage de supporter ça, quoi, et je ne sais pas si toutes les dames sont bien prévenues, c'est une question que je me pose ».

En conséquence, si prochaine IVG il y a, quel que soit le terme de la grossesse, elles excluent le mode par comprimés et demandent une intervention chirurgicale.

« C'est pour ça que, quand une IVG médicamenteuse ne se passe pas très, très bien et si, s'il y a une autre demande d'IVG après, elles ne veulent plus parce que c'est une expérience qui… enfin, moi, personnellement, je perçois l'IVG médicamenteuse comme un peu plus traumatisante que l'IVG chirurgicale, c'est bête parce que l'IVG chirurgicale, c'est un geste quand même, avec tous les risques que ça comporte, avec l'anesthésie et tout ça, c'est pour ça que ce serait mieux l'IVG médicamenteuse, c'est vrai, mais c'est quand même des grosses douleurs, hein… ça dure une heure de temps, on va dire, une heure, pas chez tout le monde mais chez la plupart des gens, ça dure une petite heure mais une petite heure qui est difficile, malgré les antalgiques. Je dirais, bon, ça c'est l'expérience que j'ai, moi, mais quand j'en parle aux médecins, ils disent, non, ça va, on donne des antalgiques… bon, c'est des hommes aussi, les médecins, très souvent, hein (rire), ils ne se rendent pas trop compte, je crois, voilà ».

Le risque ou la survenance d'un échec constitue également une donnée qui peut faire préférer le mode chirurgical. En effet, par voie médicamenteuse la grossesse peut être interrompue mais l'expulsion ne s'étant pas déroulée correctement, un curetage est nécessaire pour évacuer les résidus, la grossesse peut également ne pas avoir été interrompue et une IVG chirurgicale s'impose.

« Elles viennent, elles sont obstinées, elles veulent médicamenteuse pour elles, j'avale un comprimé et je vais expulser et… le médecin, s'il est pour la méthode médicamenteuse, il ne va pas insister sur le fait que… que ça se peut que ça ne marche pas, qu'il peut y avoir des rétentions… ils ont tellement peur que la dame elle change d'avis qu'ils n'insistent pas sur les côtés négatifs et quand ça arrive, elles sont ef-fon-drées... les échecs... c'est par période mais il y en a deux ou trois sur les vingt par mois... oui... la grossesse est arrêtée mais il n'y a pas expulsion totale ou la grossesse n'est pas arrêtée… on redonne un traitement de Cytotec sur quarante-huit heures pour les faire saigner... ça marche très peu mais on essaye quand même pour ne pas arriver au bloc ».

« Le médecin m'a dit : on était encore dans les temps pour une médicamenteuse donc il m'a dit que ce serait médicamenteuse. Ca m'arrangeait parce qu'apparemment par aspiration, c'est un peu plus… contraignant. Donc, ça m'allait. Maintenant… maintenant, je me pose des questions parce que tout n'est pas ressorti donc, là, il va falloir refaire un traitement, refaire une échographie et tout ça. On va voir, en espérant ne pas aller jusqu'au curetage parce que c'est de nouveau une hospitalisation ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Une autre des informatrices a eu une IVG médicamenteuse à six semaines d'aménorrhée, elle est venue en consultation de contrôle le mois suivant, puis la semaine suivante puis quinze jours plus tard. C'est donc la quatrième fois qu'elle revient depuis l'intervention. Elle n'a pas saigné, ni au moment de l'hospitalisation, ni par la suite. Elle a eu les deux traitements possibles, Cytotec et Méthergen, pour évacuer les résidus mais aucun n'a atteint l'objectif. Il va falloir une hospitalisation et une aspiration. *« Si moi, je savais que par les médicaments, ça n'allait pas toujours marcher, j'aurais fait l'aspiration, ça c'est sûr… parce que là, ça fait la quatrième fois que je viens, ça commence à être un petit peu pesant… comme les médicaments, ça ne marche pas sur tout le monde et dans ce cas, l'aspiration c'est plus sûr. Je n'avais pas d'idée vu que je n'ai jamais fait ça donc je ne sais pas quel est le moyen qui va bien marcher… ben, on m'a dit de faire ça donc j'ai fait ça… peut-être sinon, j'aurais fait l'aspiration. Au moins, ça aurait évité les complications, je crois ».*
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)
Autrement dit, s'il existe une préférence a priori chez les patientes pour le mode par comprimés, a posteriori, les femmes ayant eu recours à l'IVG médicamenteuse sont beaucoup plus mitigées. Elles font état, d'une part, de douleurs importantes voire très importantes, les échecs qui surviennent parfois constituent un aspect très défavorable et, enfin, le moment de l'expulsion de l'œuf, parfois en une seule fois et avec des saignements considérables, est impressionnant et, pour toutes, vécu comme un traumatisme.

La représentation des risques et des dangers de l'IVG chez les patientes

Interrogées sur l'idée et le rapport qu'elles avaient eu aux risques liés au recours à l'IVG, les patientes ont peu fait référence à l'anesthésie générale pourtant invoquée, a contrario, à l'appui de la préférence pour le mode médicamenteux. Elles ont, par contre, généralement parlé des conséquences en termes de fertilité.

« Personnellement, je pense qu'au niveau des cachets, comme on n'est pas endormi et on voit, en fait, on est là et on attend et après, on nous dit, dès que vous sentez quelque chose, vous allez sur les toilettes donc vous sentez que ça sort et vous voyez le sang, je trouve que la première fois, avec les cachets, ça a peut-être été plus… je ne dirais pas difficile mais ça m'a peut-être plus choquée qu'en faisant par chirurgicale parce qu'en fait comme on est endormie, on ne voit pas... avec les cachets… j'ai eu mal au ventre le jour même, le jour de l'expulsion mais après, une fois que c'était sorti, non. Mais si c'était tôt, si c'était encore tôt, c'est sûr que j'aurais choisi les cachets au lieu d'aller… quand même, chirurgicale, c'est une anesthésie, c'est quand même rester à l'hôpital longtemps quoi, c'est vrai si ça avait été au début j'aurais pris par cachets ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Les professionnels ont également rapporté cette donnée. *« Est-ce qu'elles pourront être enceintes après ? Est-ce que ça a un impact sur la fertilité ? Et des fois, certaines d'entre elles, elles ne retiennent que ça. Même si on dit que c'est très rare que ça ait un impact majeur sur la fertilité, quand elles mettent du temps à être enceintes au moment où elles le veulent, elles repensent à ça, ça fait boomerang… parfois aussi, ça donne des enfants malformés avec l'idée, comment dire, que l'utérus, il ne sera plus comme avant, ».*

« On nous fait quelque chose à l'intérieur du corps donc heu… voilà, si, moi, je pense qu'il y a des risques, déjà, voilà, je ne sais pas… heu, je pense que peut-être au niveau… si je veux faire d'autres enfants après, peut-être qu'il y aura un problème ou sinon faire une IVG à certain moment, je ne sais pas, un cancer de l'utérus ou je ne sais pas, plein de trucs, quoi, oui, quand même ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Quelles qu'en soient les raisons, le recours et le moment de l'IVG inquiète.

« Je suis repassée chez le généraliste parce que j'avais toujours mal, on m'a dit qu'on ne pouvait rien faire tant que je n'avais pas fait l'échographie de contrôle… j'ai saigné pendant trois semaines,

trois semaines et demie… parce que j'ai… enfin, quand je suis sortie de l'hôpital après avoir fait l'IVG, on m'a donné un papier, c'était écrit que s'il y avait trois symptômes qui persistaient, cela voulait dire que ce n'était pas bon, si je saignais trop, heu, plus que mes règles habituelles, si j'avais de la fièvre ou si j'avais des douleurs et comme je saignais plus que mes règles habituelles et que j'avais des douleurs, ben heu… là, je suis inquiète quand même ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

3 - Le « parcours IVG » laborieux ?

« Ce n'était pas compliqué, c'était vite fait, quoi, je suis arrivée lundi et il a fallu que je revienne jeudi, c'est rapide ».
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« C'est difficile… beaucoup de questions, beaucoup d'examens avant de faire une IVG... et puis ce n'est pas moi toute seule, il y a beaucoup de personnes aussi, c'est pour ça, on fait beaucoup de choses au rendez-vous, il faut qu'on aille voir le médecin, examiner... il y a beaucoup de personnes aussi ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

L'appréciation globale : un bon accueil mais des démarches parfois considérées comme ardues

« Je m'attendais… enfin, les gens vous disent : oui, tu vas faire une IVG, elles ne sont pas très sympas parce que c'est quelque chose de… que les gens, ils voient comme un péché… enfin, oui… quelque chose de mal du moins. Donc on s'attend à ce que les gens soient fermés mais c'est vrai qu'ici, non, on est bien accueillie. On n'a pas l'impression de faire quelque chose de mal, il n'y a pas de reproche ou quoi que ce soit dans la façon de faire des infirmières… c'était très bien ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Bien accueillie, oui, ils sont très gentils, très accueillants, ils sont très… oui, j'ai remarqué ça, toutes les femmes qui travaillent ici que j'ai croisé ».
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

L'appréciation du «parcours IVG» par les femmes qui y ont eu recours est globalement plutôt positive, notamment grâce à l'accueil reçu dans les services. Sur le plan humain, cet accueil est, en effet, presque toujours considéré comme satisfaisant par les femmes interrogées.

« La secrétaire… la secrétaire, ici, elle est accueillante ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

« Avec tout le monde, j'ai été bien accueillie, ils ont été gentils, ils m'ont posé des questions, tout ça, quand j'étais dans la chambre, ils ont fait un compte avec moi, ils ne m'ont pas laissé comme ça, c'était bien ».
Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Cependant, pour quelques unes l'ensemble des démarches s'avèrent compliqué, surtout pour les plus jeunes.

« Les démarches… heu, ce n'était pas facile… parce qu'il fallait… heu… parce qu'il y avait des démarches à faire dans tous les sens… j'ai comme l'impression qu'il y avait plus de démarches à faire pour une IVG que si on avait gardé l'enfant ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Quand vous arrivez, vous êtes un peu perdue parce que les salles d'attente sont dispersées, on ne sait pas où il faut attendre, pour quoi… à un moment donné, vous êtes perdue ».

Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

Des difficultés pour prendre un rendez-vous par téléphone ont été rapportées pour un établissement.

« Je suis allée voir le gynéco que je vais voir souvent, quoi, il m'a dit de faire quand même assez vite parce que le temps était restreint donc je suis allée voir sa secrétaire pour prendre rendez-vous au CHD, le problème, c'est qu'elle ne pouvait pas joindre le CHD donc elle m'a dit, étant donné que je conduis, est-ce que ce serait possible que vous y alliez directement donc j'y suis allée… pour moi, c'était plus ou moins facile quand même, enfin, je veux dire comme je conduis, c'est facile pour moi de me déplacer, c'est sûr qu'une personne qui doit prendre le bus ou qui est à pieds, ça aurait été plus compliqué ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« On en a beaucoup qui arrivent là, à notre étage… des appels téléphoniques… mais c'est parce que le standard ici, c'est un peu spécial ».

Certains éléments aussi sont pointés comme générant des difficultés et désagréments.

« Sincèrement, je pense qu'il n'y a pas beaucoup de gens qui sont mécontents, bon, il y a des mécontents partout, mais en règle générale, moi, je pense que ça se passe bien, que ça se passe bien ».

« En règle général, ça se passe bien, je copine enfin le contact passe bien ».

Le poids de l'attente pendant le délai de réflexion

L'attente est un point d'effort évoqué aussi bien par les patientes que par les professionnels. Elle concerne d'abord le délai de réflexion légal.

« Elles découvrent la grossesse et elles aimeraient, excusez-moi d'utiliser le terme mais c'est ce qu'elles disent comme ça, elles voudraient en être débarrassées tout de suite, là, ce qui est difficile, c'est le temps de latence entre la décision et l'intervention ».

« Au moment de la demande, il faut tirer, enlever, là, tout de suite, ça aussi, c'est un terme qu'elles utilisent de façon très spécifique ».

« J'ai trouvé ça long, c'est vrai qu'il y avait le délai de réflexion mais, moi, je me disais, l'embryon a le temps de grossir et après, je ne sais pas, il va me dire qu'il ne peut plus faire par cette voie-là, médicamenteuse, il faudra peut-être changer donc, voilà, c'était mon interrogation. Déjà, j'avais les symptômes, je vomissais le matin, pour moi, être enceinte, c'est un vrai calvaire, je ne supporte pas l'idée d'être enceinte en fait… et du coup, ce délai d'attente a été assez pénible pour moi… quand le médecin m'a dit, ouais, il y a un délai de réflexion, j'ai dit, non, pas de délai, je veux en finir au plus vite, ma décision, elle est prise vous savez… parce que c'est pénible, je vais vous dire, quand… moi, à partir du moment où l'expulsion avait eu lieu, le lendemain quand je me suis réveillée, je ne vomissais plus, j'avais retrouvé la forme, ben, moi, c'était du temps que je ne pouvais pas consacré vraiment à mes enfants… voilà, je n'avais pas besoin de réfléchir, j'étais tellement pas bien que c'était sûr que je ne changerai pas d'avis, de toutes façons, c'était sûr que je n'allais pas faire un procès à l'hôpital, moi, s'il faut signer des décharges, je signe une décharge de responsabilité, voilà, on peut, on peut passer outre ce délai des fois… c'est ça qui est dur, il y a des cas où les gens sont sûrs, ils disent, voilà, je n'en veux pas, peut-être au cas par cas, peut-être qu'il faudrait étudier ça ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

« L'attente, l'attente, par rapport à la décision et au moment de le faire… ouais c'était l'attente qui était le plus dur… j'étais pressée et c'est ça que je reprochais, c'est que ça tarde, je suis restée,

heu, quinze jours en sachant que j'étais enceinte, il fallait vivre avec ça et attendre l'IVG, c'est ça qui est dur, c'est ça qui a été le plus dur pour moi, le plus éprouvant… oui… au début oui, pendant les dix jours d'attente, c'était difficile ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Le poids de l'attente au moment des consultations

D'après plusieurs professionnel-le-s de santé intervenant dans les services d'IVG, les délais pour obtenir un rendez-vous de consultation et, par conséquent, pour les interventions sont plus rapides à La Réunion qu'en métropole. Le problème du mois d'août en métropole, où il est très difficile d'avoir recours à l'IVG à cause de la période des congés estivaux, n'existe pas à La Réunion.

« J'ai fait des statistiques sur les délais, entre la grossesse et l'appel et entre l'appel et la consultation, les délais sont quand même très... les délais sont quand même très minces, en métropole, il y a quelquefois des délais de quinze jours à trois semaines hein...avant d'avoir un rendez-vous dans un centre d'IVG, bon, c'est le maximum, je noircis le tableau mais quelquefois... en général, c'est huit jours mais ici, les délais sont vraiment courts... parce qu'en plus, si vous voulez, on n'a pas affaire à ce problème du mois d'août auquel on a affaire en métropole... en métropole, c'est extrêmement problématique... je dirais qu'ici le problème pourrait se poser au mois de décembre mais ce n'est pas vraiment le cas ».

« Au niveau de l'accueil, on est très, heu, relativement rapide, par rapport à la demandes des patientes, heu, elles n'attendent pas très longtemps pour un rendez-vous, voilà, ça, je pense que c'est quelque chose de plutôt positif, à mon sens ».

« Généralement, le rendez-vous, c'est dans la semaine qui suit, ça ne va pas au-delà ».

L'attente a aussi trait aux modalités de consultation et d'intervention à l'hôpital. Toutes les patientes, avec plus ou moins de grief, ont souligné la longueur de l'attente au moment des consultations, qu'il s'agisse des consultations anesthésiques ou gynécologiques.

« C'est long, c'est long… parce que là, quand on arrive à 8h00, qu'on a rendez-vous à 8h00 et pas avant 10h00, on voit le médecin… c'est long ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

« C'est l'attente, quoi, on attend beaucoup pour pouvoir voir les gens mais pour moi, c'est normal quoi... je suis allée le mardi pour faire les prises de sang, pour… heu, revoir le gynéco de l'hôpital et pour faire… pour voir l'anesthésiste aussi donc ça m'a quand même duré la journée… et peut-être le seul hic, c'est que pour pouvoir faire la… l'échographie, en fait, il n'y avait pas de salle disponible avec l'ordinateur donc j'ai dû quand même suivre le gynéco partout, on m'a dit, ah non, ce n'est pas ici, il faut redescendre et tout, on a dû prendre l'ascenseur pour aller au niveau trois et tout, pour pouvoir enfin trouver une salle pour pouvoir faire l'échographie, c'est ça qui m'a semblé un peu… »
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)
« C'est vrai qu'elles rouspètent la première matinée parce qu'elles trouvent que c'est long, mais, moi, je précise bien, vous êtes là pour la matinée, prenez un livre, vous verrez le médecin, l'anesthésiste, c'est normal que ce soit long mais c'est la dernière ligne droite, je précise bien mais il y en a qui rouspètent ».

« Sans compter pendant l'attente… on était depuis 9h00, on est resté jusqu'à 15h00 ».
Vanessa, 16 ans (première IVG, mode instrumental)

Dans un établissement, le médecin qui assure les consultations est le médecin dit de porte, c'est-à-dire celui qui assure en même temps l'accueil des urgences gynécologiques. Cela induit naturellement la priorité donnée aux urgences dans l'ordre de réception des patientes.

« Le médecin peut être appelé pour une urgence au bloc, heu, ça peut être n'importe quoi, ça peut être un accouchement difficile, une césarienne ou autre, donc, il lâche tout, parce qu'il peut être d'astreinte à ce moment-là, ça arrive qu'il ne soit là que pour les consultations donc ça va mieux mais s'il est d'astreinte, c'est un petit peu plus embêtant… en fait, ça ne devrait pas se faire mais ça peut arriver, pour le gynéco, bon, on essaye de s'arranger pour que, quand il est en consult, il est en consult, mais l'anesthésiste, ça arrive que, puisque, lui, il est d'astreinte donc il peut être appelé à tout moment ».

« Ils pourraient quand même avoir au moins deux ou trois médecins parce que j'ai attendu au moins deux heures de temps avant que le médecin m'appelle ? C'était long. Le médecin était en urgence, je crois… ils auraient pu prévoir un autre médecin quand même au cas où parce que deux heures, c'est long quoi ».
Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Le fait que ce soit le même médecin qui fait l'orthogénie et les urgences, le jour où on a dix urgences et de vraies urgences qui ne peuvent pas attendre, et bien, c'est l'orthogénie qui attendra, alors qu'elle a son rendez-vous pris, elle a son heure de rendez-vous, voilà le gros problème que je peux remarquer, ici, en consultations… si c'est une grosse urgence, l'urgence passe avant mais bon si c'est des petites urgences enfin, bon, les urgences, c'est jamais des petites urgences mais enfin, bon, on arrive quand même à faire des priorités mais dans ce cas la secrétaire, elle a une manière de fonctionner, elle met au fur et à mesure des arrivées, les urgences et là-dedans s'intercalent donc les orthogénies, bon, si les urgences ne sont pas si urgentes que ça, bon, le médecin prend comme ça au fur et à mesure des arrivées parce que les dossiers sont posés comme ça au fur et à mesure, celle qui arrive en premier au-dessus et puis ainsi de suite mais après quand il y a des grosses urgences, une qui arrive en train de saigner sur la civière et tout, ben, elles attendent ».

« Elles ont peur, elles sont tellement culpabilisées qu'elles ne vont pas se faire remarquer encore plus en râlant, en… donc elles sont obligées de se… d'attendre et puis, en même temps, on a toujours cette histoire de terme, après quatorze semaines, on ne fait plus donc heu, on est toujours, enfin, les femmes, je ressens qu'elles sont toujours dans cette angoisse de dire, si je n'attends pas, je repars chez moi après si c'est trop tard donc elles sont un petit peu… je dirais… obligées, obligées de subir entre guillemets, les attentes ».

De la même manière, quand le médecin anesthésiste est occupé dans un autre service, les consultations IVG n'étant pas prioritaires, les patientes doivent attendre qu'il soit disponible.

« Il faut qu'elle attende un moment malgré un autre rendez-vous prévu auquel elle doit renoncer, car l'anesthésiste fait une péridurale et viendra quand il aura terminé ».

Du fait d'une information insuffisante ou mal reçue, il arrive fréquemment que les patientes viennent en consultation en pensant que l'IVG va être effectuée à ce moment-là. Bien sûr, cela occasionne des déceptions ou des tensions.

« La plupart du temps, quand elles arrivent, elles pensent que c'est pour l'IVG ».

Cela peut être le cas. Si, pour une IVG médicamenteuse, la consultation à l'hôpital est la deuxième consultation obligatoire et que le délai de réflexion est écoulé, la prise de comprimés peut, en effet, avoir lieu. Mais bien souvent, ce n'est pas le respect de ces conditions légales mais la disponibilité d'un lit quarante-huit heures plus tard qui est déterminante. Le fonctionnement du service l'emporte donc sur d'autres considérations, notamment le confort des patientes dans l'organisation qu'elles ont pu mettre en place pour effectuer leur IVG.

« C'est par rapport à l'hospitalisation quarante-huit heures après parce que si on n'a plus de places, on est obligé de jongler avec les places. Elles rentrent à la maison, quarante-huit heures après, hospitalisation en gynéco, hein, il n'y a pas d'autre lieu… officiel du moins parce que le problème se pose ».

« Pour la première consultation donc j'ai vu l'interne de gynéco, j'ai emmené mon écho et tout, bon, bah, j'étais en salle d'attente, j'ai fait mon dossier et tout, heu, et puis là, on ne savait si on pouvait me donner le premier comprimé ou pas parce qu'on ne savait pas si on pouvait me recevoir le mercredi, l'interne me dit, bon, bah, on verra s'il y a de la place mercredi, alors quand il m'a dit ça… pour moi, c'était obligé que ce soit mercredi, quoi, je veux dire, j'avais pris mes congés ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

La question de l'accompagnement lors de l'hospitalisation

Enfin, certaines patientes ont déploré l'impossibilité, induite par les modalités d'hébergement et d'organisation, d'être accompagnées et présenté leur solitude comme une difficulté supplémentaire dans le vécu de leur IVG.

« Les mineures sont obligées d'être accompagnées et les majeures n'en ont pas le droit ».

En effet, les femmes mineures sont légalement tenues d'être accompagnées par une personne majeure. A l'inverse, les femmes majeures peuvent ou doivent, en cas d'anesthésie, se faire accompagner au moment de l'entrée et avoir quelqu'un qui vient les chercher à la sortie.

« Il y a de tout… il y a celles qui sont seules parce que le conjoint ou l'ami ne veut pas venir et qu'il est démissionnaire dans… dans ce rôle-là et puis, il y a celles qui, volontairement, veulent venir toutes seules, qui ne… soit elles n'ont pas dit à leur conjoint, soit elles ont dit et elles ont dit ouvertement, non, ce n'est pas la peine que tu viennes, je préfère être seule ».

« Toute seule, il y a ma copine qui m'a proposé, j'ai dit, non, ce n'est pas la peine, non, je voulais être seule ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« C'est très mitigé, il y en a qui viennent toutes seules et qui ne disent vraiment rien à personne, d'où notre souci également, car, pour sortir, il faut qu'elles soient accompagnées donc on essaye de s'arranger, vous dites d'attendre dans la salle d'attente, je ne sais pas trop comment elles se débrouillent… et, très souvent, elles sont accompagnées, c'est un peu les deux, mais je dirais qu'elles sont plus accompagnées que seules mais ça arrive qu'on ait des personnes seules, il peut y en avoir ».

« Souvent, c'est le copain, des fois, heu, non, c'est très variable… elles ne sont pas tellement accompagnées par leur partenaire, c'est plus une amie, les jeunes, des fois, ce sont par les par... heu, la tatie, quelque chose comme ça, les jeunes, ça arrive qu'elles informent mais très souvent, les jeunes, elles n'informent pas leurs parents et elles sont accompagnées, par exemple, par la maman du copain si elles ont dit au copain. Les jeunes, les très jeunes sont accompagnées de leur copain, très souvent, pratiquement et les moins jeunes, elles font cette démarche plutôt seules, elles n'ont pas mis leur partenaire au courant, du moins souvent, pas toujours, bien sûr, mais souvent … Là, encore, moi personnellement, je ne comprends pas trop la démarche ou le principe parce que, moi, je me dis j'aurais demandé une IVG, j'aurais bien aimé avoir quelqu'un avec moi, je trouve, mais ça ne regarde que moi. Mais ici, peut-être de la façon dont c'est organisé, on ne peut pas se permettre de garder un accompagnant toute la journée avec nous donc par principe, on a préféré dire, vous rentrez le matin à 8H00 et vous dites à la personne de revenir vous chercher mais elle est toute seule. Les femmes sont toutes seules au moment de… enfin, bon, je n'aime pas trop, enfin peut-être que chez certaines femmes, ça doit bien se passer mais, au fond… on a déjà eu des remarques, des femmes qui disent, j'aurais bien aimé que ma mère soit là ou mon mari, c'est un peu… mais bon, pour moi, là, il y a un souci, j'aurais bien aimé que la personne soit accompagnée, au moins une partie de la matinée, je ne sais pas, dans ce sens-là ».

Mais il n'est pas possible que la personne qu'elles ont choisie reste durant la journée d'hospitalisation quand la chambre est collective.

« Et puis le fait qu'elles n'aient pas le droit à un accompagnant, je trouve que… enfin, je ne comprends pas trop pourquoi… enfin, si je comprends dans une chambre double parce que la personne n'est pas censée savoir pourquoi l'autre personne est là à côté, quoi, parce que c'est quelque chose de difficile et je pense qu'il y en a plein, elles aimeraient bien que leur copain soit là, quoi… ça, c'est vrai que ce serait bien à revoir ».

« C'est vrai que nous, des fois, on est là, on a peur, c'est vrai que si on est accompagné, on discute avec une personne qu'on connaît, voilà, mais sinon, à part la sage-femme qui venait avant et après, mais à part ça, si on n'est pas accompagné, on se retrouve seule dans la chambre et on attend quoi… c'est vrai que comme moi, je n'étais pas accompagnée, je me suis sentie, en attendant, en attendant qu'ils viennent me chercher, je me suis sentie… quand même… seule ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« C'est dommage qu'on est seule, qu'on n'a pas le droit d'emmener quelqu'un avec soi… je trouve ça dommage parce que… là, on se sent seule, il n'y a personne… je dirais un peu… parce qu'on se sent seule et comme il n'y a personne... ça devient un petit peu… comment dire… ça devient pesant… du coup, là, on est seule et quand on rentre, on rentre seule chez soi… donc, ça devient un petit peu pesant… (dans la chambre), *personne ne parle avec personne, quoi… non, personne ne parle avec personne ».*
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

Les rapports ou l'absence de communication entre les patientes hébergées en chambres collectives et l'impossibilité d'être accompagnées, sont, à cet égard, assez révélateurs : malgré la promiscuité et la solitude, les femmes communiquent peu entre elles le jour de l'hospitalisation.

« Chacun était dans son coin, je pense que chacun a son histoire et ne veut pas que l'autre connaisse, voilà, c'est un peu dommage d'ailleurs parce que, moi, j'aurais aimé qu'on discute… ça dépend des gens, des gens n'ont pas vraiment envie de communiquer peut-être des fois… mais ça permet d'être mieux si vous vous parlez, c'est vrai que ça détend un peu le truc, ça se passe mieux que si chacun est dans son coin, ressasse son truc, sa douleur, je ne sais pas quoi, moi, j'étais mal, ben, après, à un moment donné, j'ai une amie qui m'a appelé, c'est vrai que là, je lui ai raconté mon truc devant les deux autres, je n'avais pas besoin de sortir de la chambre pour raconter pourquoi je le faisais, pourquoi j'étais là et tout ça, je lui disais donc, elles, elles ont entendu ce que je disais… une, quand son téléphone a sonné, elle est sortie, elle est partie aux toilettes pour discuter, vous voyez, donc les gens n'ont pas forcément envie de se confier ou de dire pourquoi ils ont mal, des trucs comme ça, moi, j'ai besoin d'extérioriser, c'est comme ça ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

L'hébergement en chambre individuelle, notamment, dans le nouveau service de chirurgie ambulatoire autorise la présence d'une personne accompagnante et, en ce sens, constitue un progrès dans la prise en charge.

« Pour les avortements, bon, c'est institué depuis le début, donc nos dames d'IVG, elles sont toutes dans des chambres seules parce qu'ils ont des chambres seules comme des chambres à deux lits, je crois, donc c'est institué comme ça, quand c'est une orthogénie, elles sont dans une chambre seule, ce qui permet à l'accompagnant de rester avec elles dans la chambre, ce qui permet, même si ce n'est pas, heu, à une femme majeure qui a envie d'être accompagnée par son mari, bon, dans une chambre seule, il n'y a aucun souci. Mais si elles sont dans des chambres à deux lits, comme ici, en gynéco, c'est embêtant, c'est gênant pour l'autre dame ».

Comme l'illustre leurs propos cités, les professionnel-le-s interrogé-e-s ont fait état d'éléments identiques à ceux rapportés par les patientes concernant des difficultés qui les touchent elles : souffrance physique et psychologique, modalités parfois contraignantes… ils et elles ont, par

ailleurs, pointé d'autres dysfonctionnement davantage relatifs à leur propre pratique et vécu de l'activité IVG.

II - DU COTE DES PROFESSIONNELS : LES MOYENS ALLOUES A LA PRISE EN CHARGE DES IVG, LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES DYSFONCTIONNEMENT POINTES PAR LES SOIGNANTES

« La loi dit que tout établissement hospitalier public qui a un service de chirurgie et / ou de maternité, le directeur est tenu d'ouvrir un service d'IVG. Il n'y a pas de questions existentielles à se poser, c'est obligatoire. Mais il n'empêche que l'activité a toujours des bâtons dans les roues ».

Les personnels de santé interviewés rapportent que l'organisation et le fonctionnement satisfaisants des services IVG ne constitue pas une préoccupation de premier ordre des instances de décision des établissements.

1 - Les déficits du contexte de travail

Les professionnelles interrogées déplorent de ne pas être dotés, sur le plan matériel et humain, et pour des motifs qui ne leur paraissent pas légitimes, des moyens qui leur permettraient d'assurer la prise en charge qu'ils se représentent satisfaisante.

Le volume et la pertinence des moyens financiers dédiés à l'IVG

En termes financiers, en même temps que des dépenses jugées pertinentes ne sont pas mises en œuvre, d'autres le sont pour des raisons étrangères à la qualité de la prise en charge des patientes. Alors que pourraient converger des impératifs de bonne gestion et de priorité donnée à la qualité de l'accompagnement, paradoxalement, des dépenses vues comme excessives et inutiles sont engagées sur certains postes.

A cet égard, le mode d'anesthésie est un bon exemple. L'anesthésie générale coûte plus cher que l'anesthésie locale, or, malgré le principe selon lequel le fonctionnement des services d'IVG doit être le moins onéreux possible, *« toutes les IVG ont lieu sous anesthésie générale ».*

« Un petit livret émanant du ministère, il y a quelques années disait que l'IVG, enfin, qui nous recommandait à nous, personnel hospitalier, si vous voulez, il fallait que l'IVG, ça coûte le moins possible, il fallait que ça rapporte et que ça coûte le moins possible donc heu… donc, en fait privilégier l'anesthésie locale parce que si vous voulez ça mobilise moins de monde, pas besoin de le faire au bloc opératoire… c'est toujours sous AG, je n'arrive pas à… c'est toujours mon… j'achoppe là-dessus ».

« C'est un facteur de co-morbidité associée qui me semble insupportable... les IVG n'ont pas besoin d'être effectuées sous anesthésie générale en plus on les fait écho-guidées... non, mais c'est d'une lourdeur... une IVG doit être une intervention simple, heu... et qui n'a pas besoin d'anesthésie générale et qui doit être faite sous anesthésie locale mais seulement ça nécessite que l'on parle à la patiente pendant ce temps-là...alors effectivement sous anesthésie générale c'est plus vite fait ! Et donc comme elles sont faites sous anesthésie générale, ça nécessite une consultation pré-anesthésique et un bilan pré-anesthésique et on alourdit à chaque fois le prix de l'IVG. Ca rentre dans un forfait, l'IVG sous AG, mais il est plus lourd que le forfait de l'IVG sans AG... effectivement sous anesthésie locale, d'abord il faut attendre que l'anesthésie locale fasse effet, bon, il y a une technique qui s'appelle le bloc para cervical qui est parfaitement heu... mais seulement il faut des médecins qui soient patients, qui attendent d'abord que l'anesthésie fasse effet et (qui) *parlent avec la patiente pendant l'intervention ».*

Les échographies répétées sont, elles aussi, présentées comme entraînant des dépenses inutiles : *« Nous fonctionnons d'une manière qui me semble heu... pas bonne, heu, j'ai le courage de le dire je pense qu'il ne faut pas fonctionner comme ça… lorsqu'une dame téléphone, on lui demande d'aller chez son médecin traitant pour qu'il lui fasse une consultation et qu'il lui prescrive une échographie et qu'il lui fasse signer un certificat. Ce que je trouve ridicule puisqu'on pourrait lui donner rendez-vous directement au centre, ce serait les médecins qui lui feraient son certificat et qui lui feraient son IVG huit jours plus tard, qui feraient l'échographie sur place... cette dame paye donc une consultation médicale à vingt-sept euros, plus une échographie cotée Z, à je ne sais pas combien, certainement Z30, à je ne sais pas combien d'euros, bon, d'accord, elle est à la CMU et elle ne le paye peut-être pas mais c'est payant quand même, la communauté le paye... oui... et ensuite elle revient au centre d'interruption de grossesse où elle est vue à nouveau par un médecin qui lui refait une écho et qui lui re-cote l'écho... comme les médecins d'ici n'ont pas confiance dans les échographies faites en ville, on se demande d'ailleurs pourquoi ils en demandent, on leur refait une écho… ça, c'est un dysfonctionnement qu'il faut dénoncer, moi, je pense que c'est quelque chose de qualitatif, d'insupportable... c'est invraisemblable, ça ne sert à rien, c'est du gaspillage d'argent pour les contribuables ! Ah oui, il n'y a pas que l'argent mais ça, c'est quand même un gros gaspillage d'argent et il est bien connu que le législateur demande que le moins d'argent possible soit dépensé pour l'IVG ».*

A l'inverse, des dépenses qui se justifieraient par le maintien ou l'amélioration de la prise en charge ne sont pas engagées ou sont stoppées.

Ainsi, au niveau des effectifs, le manque de moyens est également un élément mis en évidence par les informatrices. Ou bien, ils sont réduits quand l'occasion se présente, ou bien, les missions attribuées à tel ou tel professionnel sont sans cesse plus importantes.

Dans un service, l'aide-soignante n'a pas été remplacée. *« Il n'y a plus d'aide-soignante, ce qui nous pose un gros problème d'ailleurs… c'est sûr que les aides-soignantes de la maternité heu, viennent pour faire le ménage, faire les lit mais elles n'ont pas vraiment de contact avec les patientes, je veux dire… c'est dommage car ça permettait d'avoir tout le temps quelqu'un dans le service quand une infirmière était au bloc et une autre occupée à quoi que ce soit ou pour faire le trajet jusqu'à l'ascenseur. Elle s'occupait des repas, à présent, c'est un agent de la maternité ».*

Une conseillère conjugale, dont le poste était au départ dédié à la planification familiale s'est vue, au fur et à mesure, confier d'autres charges. *« Il faudrait qu'on lui rajoute ça et ça et ça, c'est ce qui s'est passé au fil des années. Autrefois, j'étais disponible que pour ça, c'est pour ça aussi que je ne vais pas en chercher des patientes, le temps qui m'est imparti pour le planning, c'est déjà bien rempli. »*

L'organisation des équipes dans les services

Ensuite, l'organisation par roulement ne permet pas aux patientes d'être accueillies et prises en charge par la même personne, donc dans un climat favorable, ni aux soignant-e-s de s'investir dans leur pratique professionnelle.

« Je pense que ce serait bien de se reposer la question un peu tous et de voir comment on réagit… parce que ce qui est mieux, par contre, dans le douze heures, c'est que c'est la même personne qui suit… elles voient tout le temps la même personne pour faire un peu un climat de confiance, c'est bien ».

« C'est la routine, c'est répété... vous prenez le comprimé de Cytotec, vous mettez votre ovule et nananan, après il n'y a pas de psychologie bien particulière... et je pense que comme il y a un roulement... on s'investit moins, peut-être, on s'investit moins ».

« Il n'y a pas de dynamique intrinsèque, il n'y a pas d'équipe du centre d'IVG, ce sont des entités... ce sont des entités qui vont... qui se détachent de leur travail habituel pour aller faire quelque chose de particulier toutes les semaines ou tous les 15 jours... comme une astreinte ».

« On s'investit plus quand on est attitré, parce que ça fait partie de nous presque, je dirais ».

« Sinon heu… je trouve qu'il y a beaucoup, beaucoup d'intervenants ».

« Je ne dis pas que l'accueil est mal fait mais je pense qu'effectivement ça ne devrait pas se passer comme ça... heu, l'accueil en lui-même il est excellent mais c'est plus dans la prise en charge des patientes que je serais plus réservée parce je pense que les patientes sont vues la première fois par des internes, des internes de spécialité la plupart du temps, enfin pas toujours, des internes qui vivent ça... heu, alors, actuellement, cette session-là, il y a une interne qui s'est retranchée derrière la clause de conscience, donc, ils ne sont pas trois mais deux déjà, donc les tours, enfin, les consultations reviennent plus vite donc elles vivent ça comme un pensum et elles... heu, elles ne font pas les IVG... donc, ça veut dire que Mme Durand qui va venir un certain jour verra un médecin en consultation, un médecin anesthésiste, aura son IVG faite par un autre médecin, endormie par un autre anesthésiste et ensuite viendra en contrôle avec un troisième médecin qu'elle n'aura toujours pas vu et moi, je trouve que ce n'est pas bien ».

Les carences en formation

Malgré l'engagement dans la pratique professionnelle, l'absence de démarches de formation au-delà du minimum imposé par la loi empêche aussi les équipes de disposer des ressources disponibles ou nécessaires à une prise en charge optimum et une pratique professionnelle confortable.

« Les dames qui pleurent, ça m'embête... je ne sais pas quoi faire… je vois leur détresse… souvent, j'ai des dames qui sont un peu perdues... les gens qui sont indécis me sensibilisent énormément, les gens qui se posent mille et mille questions, à savoir, et après, et après... ça me fait de la peine... ça me fait de la peine... mais je pense qu'avec le temps, on mûrit... au départ, quand je suis arrivée, je regardais tout, les échos et tout... maintenant, je zappe, je regarde les conclusions, je regarde les comptes-rendus, voilà... tout au début, je pleurais, je regardais les échos… j'ai fait un gros travail sur moi-même, en me disant au fur et à mesure, c'est leur histoire… j'ai grandi, il y a des dames qui m'ont aidé aussi à grandir ».

*« Si une patiente semble en détresse… il n'y a pas grand-chose, pas grand-chose… en fait, moi, heu… je déplore le fait qu'il n'y ait pas de psychologue chez nous, ça m'arrive d'appeler le psychologue de ***, comme j'y ai travaillé et que je le connais donc, heu, je lui dis, je lui expose mon problème et il voit la patiente après ma consultation ou dans les jours qui suivent, il lui fixe un rendez-vous, des fois, je passe la patiente si elle veut. Sinon chez nous même, non, on n'en a pas de psychologue et ben, je n'ai pas grand-chose, je suis un petit peu démunie ».*

« Des fois, le mal-être des patientes, par rapport à moi, des fois, je n'arrive pas à gérer, j'ai un trop plein de… en fait, je n'arrive pas à prendre de la distance par rapport aux patientes ce qui me pose, des fois, problème… à moi, particulièrement… j'ai une sensibilité, je trouve, hein, trop… des fois, je me pose la question, je me dis, purée, est-ce que j'ai été vraiment professionnelle ? Dans le sens où… trop de sensibilité, je trouve… quand j'ai en face de moi certaines personnes… quelque fois aussi, quand on a l'impression d'être allé un peu vite, on se dit, est-ce qu'on a vraiment fait ce qu'il faut ? »

« (Ma formation) *ça me sert énormément, énormément, quand j'aborde la question de la contraception, la question des abus sexuels dans le couple. Je savais que ça existait mais je ne savais pas comment l'aborder et maintenant, je capte les signaux que les patientes envoient. C'est comme si ça coule de source. Je n'étais pas capable de ça auparavant, je vous le dis franchement. Moi, les dix premières années, je n'aurais pas été capable de ça ».*

« Au niveau de la loi, c'est dit qu'il faut au moins une personne diplômée en conseil conjugal donc je pense que l'hôpital s'est limité à ça. C'est vrai que moi, je pense que ce serait souhaitable qu'il y ait d'autres personnes ».

Dans un service, lors d'une visite, la sage-femme présente, qui a pourtant, l'habitude du service d'IVG, reconnaît qu'elle *« n'est pas très psychologue »* et qu'elle ne sait pas comment se comporter quand une femme est en détresse.

L'absence d'une formation spécifique pour travailler en service d'IVG apparaît centrale concernant les secrétaires qui prennent en charge des relais d'information prépondérants : « *les modalités et le moment de la pose du stérilet dépendront du mode d'IVG qui sera choisi par* (la patiente et) *le médecin, le déroulement de la matinée : deux rendez-vous ou trois en fonction du mode d'intervention ».*

Chaque prise de rendez-vous téléphonique et d'accueil physique pour la constitution du dossier prend du temps et sert à réunir des informations fondamentales. *« La femme doit lire la conclusion de l'échographie, le certificat médical pour que je dispose des informations nécessaires, avant tout pour attribuer le rendez-vous en fonction du terme prévu et donc de l'urgence de l'intervention. J'explique ensuite à la femme tous les documents dont elle doit se munir et les modalités des consultations pré-IVG ».*

« Les informations passent par la secrétaire, heu… je ne sais pas trop, je ne sais pas trop quelles informations elle donne la secrétaire. Est-ce qu'elle ne donne que les informations administratives ou est-ce qu'elle donne autre chose ? Je n'en sais rien, ce que je sais c'est qu'elles ont rendez-vous et voilà… elle n'a pas été formée, je crois que c'est son expérience ».

Le volume et l'attribution des lits aux patientes ayant recours à l'IVG

Enfin, quand la situation de détresse de la patiente commanderait de lui attribuer une chambre individuelle pour la journée d'hospitalisation. Le plus souvent, pour des raisons liées à une suractivité, s'il n'y a pas assez de lits disponibles, il semble que ce soit les patientes venues pour une IVG qui en fassent les frais en premier en étant d'emblée hébergées dans une chambre collective.

« Les chambres sont à 95% collectives… voire des fois, trois personnes dans une chambre de deux… on met sur une civière ».

« La salle d'hospitalisation est une salle collective, nous avons demandé des séparations depuis de nombreuses années sous forme de rideaux qui existent, enfin de paravents amovibles, enfin de rideaux-paravents amovibles, notre demande n'a pas abouti ».

« Et puis, on n'a pas forcément de place, alors c'est vrai que des fois, on les met sur des civières… enfin, ça va être plus… le jour où il va y avoir beaucoup de bloc, on va plus mettre sur des civières des personnes qui rentrent pour une IVG sur une civière qu'une autre patiente… c'est un peu, bon, t'as choisi de faire, ben, voilà ».

« Comme ce ne sont pas des chambres fixes, c'est un petit peu en fonction du jour, hein, mais je sais que par exemple, au lieu de mettre deux accouchées dans la même chambre, ben, on va préférer, si on a le choix, hein, entre une chambre à deux lits et deux chambres seules, on mettra les hospitalisées dans les chambres seules et la chambre à deux lits, on gardera pour… on les appelle les externes parce qu'elles rentrent le matin et elles ressortent le jour-même, parce que, bon, c'est logique, bon, celle qui reste trois ou quatre jours, elle a peut-être besoin de sa chambre seule plus que l'externe qui vient le matin, qui rentre et qui sort l'après-midi… c'est très rare qu'elles soient toutes les trois dans des chambres séparées, à moins franchement que le service est vide… et puis, bon, il y a certains cas particuliers où on essaye de trouver une chambre seule quand même, par exemple pour des très jeunes mineures ou des femmes, on sent franchement qu'elles ne sont pas bien. Il y a besoin vraiment d'un accompagnement très particulier, bon, là, on essaye de trouver quand même une place, une chambre seule, hein ».

« En plus en orthogénie, on n'a pas de chambre seule, c'est la seule qu'on a, qui n'est pas terrible, terrible mais enfin, au moins on l'a donc on est obligé de… et c'est très dur, très, très dur, on est obligé d'essayer de réfléchir, de voir, s'il y a une demande, de voir qui… c'est très difficile, très, très difficile, bon, c'est sûr qu'il y a aussi, des fois, des patientes qui n'ont pas du tout envie d'être seules, qui aiment bien être à plusieurs mais, des fois, on a, on peut avoir deux patientes qui demandent une chambre seule et on est très, très embêté parce que, sinon, ce sont des chambres à quatre lits, alors heu… quatre lits, on a des rideaux qui séparent, bon, des fois, elles n'ont pas besoin du rideau, elles sont très, très bien, elles sympathisent entre elles et tout ça mais, des fois, ça dépend sur qui… comment c'est, comment on vit cette demande et moi, j'ai déjà un peu ressenti ce problème, pas fréquemment mais j'ai déjà ressenti ce problème et ça m'embête quoi ».

Concernant les modalités d'hébergement individuelles ou collectives, il y a unanimité des soignantes sur leur préférence pour une chambre individuelle pour des motifs tenant au confort des patientes et au respect de leur intimité. Il est donc remarquable que celles-ci soient davantage partagées sur la préférence donnée à une chambre individuelle plutôt que collective. Plusieurs femmes ont, en effet, exprimé leur satisfaction d'être hébergées sur un mode collectif au motif que l'isolement offert par une chambre individuelle aurait rendu plus difficile l'intervention.

« Je préfère être avec des gens, avec des gens avec qui on parle, c'est mieux, être avec des gens qu'être seule ».
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Les professionnelles connaissent et comprennent cette appréciation. Ce qu'elles pointent comme un dysfonctionnement, c'est le fait que la modalité collective d'hébergement ne répond jamais au souhait des patientes mais toujours à des impératifs de gestion et d'organisation des services.

« Il y avait une autre femme avec moi aussi dans la chambre, je trouve un peu... pas bien, enfin, je ne sais pas, on n'a pas parlé, pas discuté, je ne sais pas, on est resté jusqu'à trois heures de l'après-midi dans la même chambre mais, je veux dire, on n'a pas, on n'a pas échangé vraiment… au moment de l'expulsion, elle a expulsé tôt, à 10H00, j'ai dit, c'est bon, ça y est, elle a dit, ouais, ouais, c'est tout. Je veux dire, une chambre individuelle, ça aurait été mieux parce que ça n'a rien changé à deux et même on est gêné, on est plus gêné qu'autre chose ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Le peu de cas fait de l'activité d'interruption volontaire de grossesse explique les lacunes dans l'attribution de moyens. Au-delà du contexte de travail et des conditions d'exercice de l'activité, les informatrices professionnelles ont largement évoqué ce qu'elles ressentent comme un jugement de valeur négatif, à la fois sur l'activité, sur les professionnels intervenants et sur l'acte.

« Il y a le minimum et le minimum, c'est le minimum sécuritaire ».

2 - Un service relégué

Au sein de l'hôpital, les services IVG sont unanimement présentés comme des services à part dont l'activité, différente voire moins honorable que les autres activités hospitalières, est peu valorisée et peu valorisante.

« La place de l'orthogénie, je pense qu'elle est un peu différente. Je pense que c'est un peu moins important, entre guillemets ».

Le service IVG à part au sein de l'hôpital

« C'est vrai que c'est un service à part. C'est vrai, je pense qu'effectivement les gens considèrent ça comme un service pas très bien… pas très bien… pas recommandable, enfin, vous voyez… qu'est-ce que c'est que ces femmes qui ne veulent pas de leur enfant… même trente cinq ans

après (la loi de 1975) *… heu… en plus… heu, ouais, qu'est-ce que c'est que ces pétroleuses qui travaillent là-dedans ! »*

« Je pense que l'orthogénie n'est pas bien considérée parce qu'on pense qu'on tue des enfants quoi ».

« Je pense que les IVG sont assimilées à des basses œuvres ».

L'impression de certaines, démentie par d'autres, est celle d'une mise à l'écart, au sens de mise au ban, d'un service qui doit être le moins visible possible.

« Cet isolement des locaux correspond à un souci vis-à-vis des patientes et pas du tout à l'expression d'autre chose. Même si l'équipe a parfois l'impression que les patientes d'orthogénie sont un peu parquées. L'orthogénie est une part entière du service. Ce n'est pas pour faire les gros yeux, c'est parce que croiser une maman avec un gros ventre ou un bébé dans les bras, ça n'irait pas. Il n'y a pas jugement, ce n'est pas du tout dans l'esprit du service ».

« Ben, voilà, déjà, la chambre qui est réservée, normalement, quand on peut, c'est la 24 donc c'est la plus au bout, je ne sais pas pourquoi, enfin, moi quand je suis arrivée c'était déjà comme ça… pour les cacher ou… je ne sais pas ».

« En travaillant dans ce service, il ne faut pas s'attendre à de la reconnaissance, à une valorisation parce que moins ils entendent parler de nous, mieux c'est… je veux dire, on n'est pas comparable à un autre service… c'est vrai ».
Il faut distinguer entre les fonctions et les personnels. La grande majorité des professionnels en poste dans un service d'IVG ont fait état d'un regard plutôt négatif porté par les autres services sur le leur. Parfois, c'est même vécu comme un jugement porté sur leur personne comme s'il y avait une assimilation des équipes à l'activité du service.

« Moi, j'ai toujours cette impression des collègues qui, n'ayant pas travaillé en orthogénie, j'ai l'impression qu'il y a un sentiment de jugement, peut-être pas de… même par rapport à nous, par rapport aux soignants, je ne sais pas, on a l'impression qu'on est… ouais, comment tu fais pour faire ça ? Ouais… un sentiment de jugement, j'ai un peu ce sentiment des fois, en entendant parler les autres ».

L'impact du nombre d'IVG sur la perception qu'en ont les personnel-le-s qui la prennent en charge

Pour les soignant-e-s qui travaillent dans les services d'IVG, le positionnement semble, a priori, inverse à celui des femmes ayant recours à l'IVG : pas de refus de principe de l'IVG. Cependant, en fonction du contexte dans lequel elle intervient, malgré la volonté de rester dans le non jugement, la perplexité voire une part d'hostilité peut apparaître. Ainsi selon le motif et le nombre d'IVG, le regard de ces soignant-e-s n'est pas le même.

« J'ai vu des IVG, j'ai vu, j'ai vu, par aspiration, par aspiration et tout et j'ai vu un truc qui m'a traumatisé aussi, je pense que c'était une IVG médicamenteuse… ça m'a marqué, ça m'a beaucoup marqué, la prise en charge de l'IVG, j'ai trouvé ça pfutt… un peu rude quand même et j'ai toujours eu cette vision, cette image. Ma sœur, quand elle a fait son IVG, elle m'a dit, elle a eu un accueil horrible, heu, en train de la culpabiliser et tout et tout donc moi, j'ai eu peur… de l'appréhension, tout en sachant ce que j'allais faire, de toutes façons, je me suis dit, même si j'ai un mauvais accueil, un mauvais truc, de toutes façons, il faut que je passe par là. C'est vrai qu'à un moment, je me suis dit, bon, de toutes façons, il n'y a pas de retour sur la décision, bon, il faut que je passe par là ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Les IVG itératives, notamment, en l'absence totale et continue de contraception paraissent difficilement acceptables.

« Ouais, il y a des jugements de valeur, c'est clair… du personnel soignant parce qu'effectivement, heu... ben, quand c'est la deuxième, troisième IVG, il y a un peu un… ouais, c'est assez… je ne sais pas comment dire… pas forcément mise de côté mais… même de la part des médecins quoi, il y a… il faudrait peut-être faire quand même un petit peu attention, ce n'est pas un moyen de contraception et il y a quand même des risques ».

« Le nombre… le motif… c'est vrai parce qu'on se dit, olalala, elle peut faire quand même attention, pourquoi elle ne prend pas de contraception… oui, c'est vrai ».

« Par exemple, cette semaine, j'en ai une (patiente) *qui a été éjectée* (d'un autre établissement hospitalier) *parce qu'ils ne voulaient plus… heu, on l'a éjectée parce qu'elle a fait deux IVG dans l'année, la même année ».*

L'impact de l'attitude des patientes la perception qu'en ont les personnel-le-s qui la prennent en charge

L'attitude des patientes semble également avoir parfois une incidence. L'indifférence ou l'insouciance affichée est mal vécue par l'équipe, peut accroître le malaise des soignant-e-s et susciter une réaction assez vive et assez négative.

« Dans la salle d'attente et la salle de soins, ça discute beaucoup, comme si l'IVG en soi n'est pas quelque chose d'important pour les femmes qui y ont recours, c'est banalisé, bon enfant… elles papotent, elles rigolent, elles sont copines ».

« Quand même, au niveau de la patiente, quand elle arrive et qu'elle est… un peu… ouais, qu'elle rigole et que patati et que c'est la troisième… il y a un peu moins d'indulgence pour ces patientes ».

« Le médecin traitant a expliqué mais j'attendais un petit peu plus ici… le gynécologue, pas trop non plus, (rire). Je suis arrivée dans la salle, déjà il a dit : bon, arrêtez de rigoler, il n'y a rien de drôle ! En fait, on était en train de parler d'un truc avec mon copain et ça nous a fait rire ! Et puis, du coup, elle nous a mis une barre ! »
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

Au vu de la différence qui existe, en matière de douleur, entre les modes d'IVG, cela se vérifie surtout à propos de « *l'IVG chirurgicale, ce n'est pas si compliqué, non plus et puis ici, ce n'est rien du tout, vous vous endormez le ventre plein et vous vous réveillez le ventre vide, extraordinaire ! Et moi, je n'aime pas cette banalisation... je ne dis pas qu'il faut faire mal aux gens, hou, non,* (sous-entendu)*, comme ça tu ne recommenceras pas, non mais je n'aime pas cette banalisation ».*

La posture attribuée aux médecins par rapport à l'activité et aux patientes d'IVG

« Il y a des médecins qui sont quand même, bon, on les sent… pas… pas… ce n'est pas une question qu'ils ne sont pas à l'aise mais on les sent un peu, heu… je ne dirais pas réticents non plus mais on les sent quand même heu, bon… par rapport à ces femmes-là, bon, quand même, elle aurait pu éviter ! Pourquoi elle ne prend pas la pilule ? Ouais, heu ! »

Il semble donc que la réticence soit particulièrement prégnante chez les médecins. On ne retrouve pas chez eux d'identification au service mais force est de constater un indéniable hiatus entre la pratique des IVG et le principe de donner la vie.

« Des fois, j'ai l'impression que les médecins, ils sont hargneux... ils les détestent... de faire ce geste... de... certains, ils seront sensibles quand ce sera une petite jeune, paumée, pour la première fois, il sera sensible mais quand il voit une qui a enlevé son stérilet ou qui n'a pas pris de contraception alors qu'elle est venue... c'est compréhensible aussi ».

« Les médecins viennent ici consulter à reculons et à la chaîne… sincèrement, je pense que c'est un service qui embête surtout les médecins qui viennent à reculons parce que c'est une obligation donc ils font mais c'est tout ».

« Les médecins en ont un peu… heu… enfin, ils n'aiment pas trop faire ça, quoi… heu, après, c'est un peu, heu… on est médecin pour donner la vie, pas pour enlever la vie, quoi, je pense que… c'est vrai que quand c'est des termes très dépassés, ils reviennent, en général, en disant… c'est un peu dur pour eux quoi… et on a aussi des étudiants qui, quand c'est des IVG médicamenteuses, elles expulsent dans le bassin parce qu'on leur demande de faire dans le bassin pour que nous, on puisse vérifier et c'est vrai qu'entre sept et neuf semaines, on commence quand même à voir un petit peu et il y a des étudiants, enfin, au départ, ce n'est pas évident quoi, ça peut… ça choque un peu quand même ».

D'autant plus que l'acte ne présente aucun intérêt sur le plan technique.

« C'est une spécialité qui n'intéresse personne, il y a très peu de praticiens qui font des IVG ».

« Je pense que c'est un parcours un peu horrible quand même et puis, les internes au bout d'un moment, ils en ont marre aussi de faire toujours… après, la prise en charge est un peu… comment on dit… systématisée… on ne fait plus attention alors que je pense que c'est un acte qui est quand même très difficile pour la personne et c'est banalisé, voilà, c'est le mot que je cherchais ».

« Franchement, pfft, ce n'était pas quelque chose d'intéressant pour eux, on le fait parce qu'on le fait, on le fait parce qu'on est obligé de le faire… mais, moi, mon impression, hein, que c'est quand même mieux perçu et mieux… connu, mieux perçu et mieux vécu, plus intégré dans leur parcours de médecin qu'il y a quinze ans ».

« C'est vrai, ce n'est pas un acte intéressant, c'est vrai, ça c'est indéniablement vrai ».

« Faire des interruptions de grossesse, ce n'est pas très glorieux quand même, au sein de l'équipe, ils ne s'en vantent pas, bon, ça fait partie de leur taf mais heu… ceux qui ne font pratiquement que ça, ce n'est pas ressenti comme quelque chose de glorieux, il n'y a rien à publier, ce n'est pas comme de la recherche, traiter les gros cas ».

« L'orthogénie, c'est quand même quelque chose que, bon… ce n'est pas mis en avant mais… je ne pense pas que ce soit une histoire de valeur, hein, c'est plus comme je vous ai dit, moi, je ressens comme ça, pour les médecins, ce n'est pas très intéressant, ce n'est… on préfère aller… vers des techniques nouvelles ».

« L'IVG, ce n'est pas quelque chose de très valorisant, déjà, pour ceux qui pratiquent comme pour celles qui le font, hein et puis, ben, honnêtement pour les médecins, ce n'est pas très intéressant parce qu'on a fait, une, deux, trois, dix, on connaît donc les internes n'ont pas énormément de choses à apprendre dans le geste médical, ensuite ce sont des gestes répétitifs, je veux dire, c'est tout le temps le même bilan qu'on demande, le même examen, c'est routinier finalement si on voit du point de vue médical, donc pas trop d'attrait pour les médecins ».

*« Le Docteur ***, mon médecin référent, il fait les gestes mais il a honte ».*

« Je connais les IVG par aspiration et je ne sais pas si ça a changé ou pas mais là, vraiment l'accueil, c'était horrible même si la femme, elle est endormie, elle n'entend rien du tout, je veux dire, heu, non… les commentaires ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

En effet, quelle que soit la fonction occupée, la prise en charge de l'IVG ne comporte que peu de technicité. D'ailleurs, les informatrices professionnelles en poste dans les services ont toutes mis

l'accent sur l'aspect relationnel pour exprimer ce qui fait le cœur de leur métier et leur plaît dans leur pratique professionnelle.

« J'adore le contact, j'ai toujours aimé ça, et même dans ma vie de tous les jours, j'aime discuter, j'aime écouter, ça c'est mon truc ça, je veux dire, je rêvais d'être assistante sociale et j'arrive à faire parler n'importe qui de leur vie. Pour moi, c'est une qualité que j'ai et je me vois mal avoir des écouteurs sur les oreilles et tape-tape-tape toute la journée ».

« Si on est là, c'est soit parce qu'on aime ce que l'on fait, soit parce que les gens ont besoin de nous ».

« Cet aspect relationnel m'intéresse, ce côté relationnel, cette approche de la femme au-delà du somatique ».

« *J'aime le contact, j'aime parler, j'aime discuter, j'aime échanger... je pense que c'est avant tout ça qui me permet que je ne craque pas et que je sois bien ».*

« Le côté que l'on ne s'intéresse pas à nous, c'est un mal pour un bien, on est indépendant de la direction, des médecins. Les encouragements viennent des patientes, pas de la structure… c'est nous qui les aidons, c'est ça la reconnaissance… si on n'est pas volontaire ou pas convaincu, il ne faut pas le faire ».

Un contexte de travail difficile

Bien que ou parce que les personnelles en poste affirment leur attachement et leur engagement dans cette activité professionnelle, les rapportant aux rapports humains et au contact avec les patientes, un certain mal-être est perceptible.

« (On est) *le vilain petit canard, si on pouvait s'en débarrasser, on s'en débarrasserait, si on peut leur piquer des plages ou leur réduire des lits, on serait les premiers à le faire, heu... vraiment, c'est un service, moins on s'investit, mieux on se porte. Faites tourner la boutique et ne venez pas m'embêter, c'est vraiment ça... ils nous ignorent. Moins on entend parler de nous, mieux c'est et puis s'ils pouvaient nous remplacer par autre chose, ils le feraient... ca m'énerve un peu parce que j'ai l'impression de ne pas avancer... j'ai l'impression de ne pas être reconnue, valorisée, et je me dis, bon, écoute, fais ton travail avec tes tripes, pour les patientes, tout ça, mais c'est vrai que... c'est nul de dire ça mais aux yeux de mes autres collègues, aux yeux de mes surveillantes, aux yeux de la direction, je suis aussi nulle que le service et ça, c'est chiant mais bon... je fais mon travail, j'aime mon travail, c'est vrai, j'aime mon travail, et puis, bon, ben, on s'en fout de ce qu'ils peuvent penser mais c'est agaçant... il n'y a aucune valorisation, aucune reconnaissance, ri-en, ja-mais… pour la direction, on coûte cher, on ne rapporte pas assez, si on pouvait remplacer par des cas opératoires journaliers, c'est affreux... je vous jure, c'est affreux ».*

« En travaillant dans ce service, il ne faut pas s'attendre à de la reconnaissance, à une valorisation parce que moins ils entendent parler de nous, mieux c'est… si on est là, c'est soit parce qu'on aime ce que l'on fait, soit parce que les gens ont besoin de nous mais il ne faut pas, au niveau de la direction, au niveau des médecins… je veux dire, on n'est pas comparable à un autre service… c'est vrai… parce que… pour eux, ce n'est peut-être pas valorisant d'enlever, comme ils disent parfois, de tuer, mais ce n'est pas non plus valorisant pour la sage-femme, ce n'est pas non plus valorisant, disons pour moi et je dis que, parfois, bon, ben, les femmes, elles ont besoin de ça, c'est la loi ».

Manque de moyens pour assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, d'une part. Malaise éprouvé du fait de l'indifférence ou des réticences vis-à-vis de l'activité ou des personnes qui l'assurent, d'autre part. Malaise ou mal-être également des patientes qu'il faut prendre en charge sans les moyens adéquats, enfin. Il résulte de tous ces éléments de la souffrance au travail dans les équipes intervenant dans les services d'IVG.

D'autant plus que ce qui est source de traumatisme pour les patientes n'est pas sans effet sur les personnel-le-s soignant-e-s. Dans tous les cas, quelle que soit la position de principe vis-à-vis de l'IVG, cela reste un acte médical impressionnant à mettre en œuvre.

« Au niveau des soignants, ce qui les perturbe c'est quand on voit les embryons qui… parce que je vous dis, je pense que celles qui ne sont vraiment pas bien auprès des femmes qui font une IVG, elles ne font pas long feu en gynéco, elles tournent, elles font en sorte d'aller travailler ailleurs donc, moi, je pense que c'est plus… même si on a l'impression d'être au clair avec cette histoire d'IVG mais quand on se retrouve avec un embryon dans le bassin, heu… bah, ce n'est pas très heu… c'est violent et heu… ce n'est pas qu'on n'est pas bien mais ça… heu, ça interpelle quand même, même en tant que soignant ».

Le constat est donc celui de difficultés multiples. Pourtant le système tel qu'il existe est cohérent : l'IVG est, avant tout, un geste technique, médical ou opératoire, qui prend place dans un cadre, lui aussi, avant tout médical ou hospitalier. Il est donc parfaitement logique que la prise en charge psychologique ne soit pas placée au premier plan. Pourtant, ce n'est pas de nature à promouvoir un accueil tout à fait satisfaisant des femmes ayant recours à l'IVG en tant que patientes hospitalisées.

III - L'IVG DANS LE SYSTEME HOSPITALIER : DES LIMITES INHERENTES AU MODELE DE PRISE EN CHARGE

Après avoir examiné la place des services d'IVG dans les établissements hospitaliers, il convient, à présent, de s'interroger sur la prise en charge que l'hôpital est susceptible d'offrir aux femmes ayant recours à l'IVG. Le système hospitalier est un modèle axé principalement sur le somatique. Or, concernant l'IVG, beaucoup d'enjeux se situent au-delà du somatique. Il semble bien, par conséquent, que le peu de place réservé à l'accompagnement psycho-social réduise fortement les possibilités d'une prise en charge de qualité. Outre, cette articulation entre la dimension somatique et la dimension psychologique de l'accompagnement, cette réalité comporte des implications en termes de respect des personnes hospitalisées.

1 - Les limites intrinsèques au système : une prise en charge insuffisante

« Dans l'hôpital, le service d'orthogénie est la dernière roue du carrosse ».

« Prise en charge à revoir ! Ah ouais, c'est clair ».

A cause de l'exclusivité de son contexte médico-hospitalier, le caractère d'intervention chirurgicale ou médicale définit toute l'organisation du «parcours IVG» et de la prise en charge, somatique et technique, à laquelle il donne lieu. Bien sûr, l'objectif d'une demande d'IVG est d'interrompre une grossesse, néanmoins, l'intervention médicamenteuse ou chirurgicale qui y met fin ne représente pas, pour autant, l'aspect essentiel de la prise en charge.

D'après les données recueillies auprès des patientes et des soignantes, l'accompagnement humain constitue, ou devrait constituer, bien davantage que l'apport technique - geste opératoire ou délivrance de comprimés - le cœur de la prise en charge ainsi qu'un critère d'évaluation de la qualité de son déroulement. Cela nécessiterait que du temps soit consacré spécialement à la présence et à l'écoute, ce n'est pas le cas.

Le temps disponible au-delà des gestes techniques

« Une difficulté ? Ben, c'est de ne pas prendre assez de temps quoi… du temps… en ce moment, pas trop, hein… parce que c'est plus du, vite, vous arrivez, vite, on s'occupe de vous parce que le bloc a déjà appelé trois fois qu'on les attendait parce que sinon, ça retarde tout le bloc derrière, enfin, on n'a pas le temps ! On ne prend pas forcément le temps non plus ».

« Ca me pose le problème dans le sens où j'ai l'impression de ne pas les accompagner assez quoi, les aider… non… il faudrait prendre du temps et ne pas dire qu'on n'a pas le temps ».

« Des fois, on est un petit peu prise par le temps, il faut le dire, moi, je leur dit que, bon, de m'excuser, que je reparlerai au moment de l'intervention et puis si elles ont des question à poser… ça arrive qu'on est un petit peu plus débordé, quoi, pas très disponible. Par contre, moi, j'aime bien ce service dans le sens où… justement ce que j'apprécie, c'est le fait d'avoir le temps de, de parler. Avant, j'avais un petit peu plus de temps, je ne sais pas pourquoi, peut-être que c'est une question d'organisation ».

« Je pense que ce serait bien de se reposer la question un peu tous et de voir comment… on a changé, on est passé en douze heures donc maintenant il y a deux infirmières… moi, je n'ai pas fait assez de jours en douze heures pour dire si c'est mieux ou pas en fait… parce que ce qui est mieux, par contre, dans le douze heures, c'est que c'est la même personne qui suit… elles voient tout le temps la même personne pour faire un peu un climat de confiance, c'est bien… enfin après, je pense qu'effectivement il y a besoin… enfin après, peut-être dans l'après-midi, c'est plus facile, on a plus de temps parce que le matin, ben, voilà, il faut vite partir au bloc ».

« Aller discuter s'il y a besoin et pas faire que… là, en fait, on ne fait que du technique. En fait, on les perfuse, elles vont au bloc, on revient, on prend la tension, si elles ont mal, on leur met de l'antalgique et puis voilà quoi ».

L'intervention apparaît, finalement, comme assez accessoire, ce qui est fondamental c'est ce qui se passe autour : accueil et accompagnement des patientes, éventuellement à visée pédagogique en termes de contraception. Or, l'une des réalités, soulignée de façon récurrente par les informatrices professionnelles, est un crucial manque de temps pour la dimension relationnelle.

« J'ai, quand même, affaire à des patientes très sensibles, avec une demande, heu… quand même très demandeuses… c'est une clientèle particulière, on va dire, vraiment… donc il faut quand même prendre beaucoup de temps pour heu… pour discuter, pour parler ».

« Ils traitent ce genre de demande-là comme n'importe quelle autre demande, voilà, sauf exception, ils passent la main, ils orientent de façon très rapide les patientes, voilà, et heu… ils traitent ça comme n'importe quelle demande ».

« Je préférais (avant) *dans le sens où j'avais peut-être un petit peu plus… un petit peu plus de… relationnel ».*

Le dispositif de prise en charge n'intègre que peu cette spécificité dans les modalités d'accueil. La relation d'aide est grandement tributaire de la personne qui assure la prise en charge, ce qui rend passablement arbitraire sa survenance ou son absence.

« Ca dépend un peu de chaque personne, hein, on peut voir heu… il y en a qui vont prendre un peu plus de temps et d'autres, heu… d'autres… qui n'en prennent pas du tout, je pense ».

L'entretien, la place, l'image et le temps de la relation d'aide dans la prise en charge

Dans cette perspective, apparaît toute l'importance de la place que l'entretien occupe ou devrait occuper dans le «parcours IVG».

« Effectivement dans le service, pour certains médecins ou certains collègues, je ne fous rien, je ne fais pas du chiffre, c'est chronophage, c'est sûr. Moi, mon chef de service, à chaque fois, il me

dit, bon, en tout ça fait combien de personnes que vous avez vu ? Quoi, ça ne fait que ça ! Ca fait combien de patientes par heure ? Il calcule, lui, le temps par patiente ».

« La façon dont la médecine s'oriente actuellement, les actes sont référencés, cotés, un entretien, je ne peux pas le coter, c'est un acte gratuit, c'est un peu comme les gens qui bosse en psychologie, ils ont beaucoup de mal à coter leurs actes, quand ils font un travail éducatif, quand c'est un repas, par exemple, faire un gâteau avec des enfants psychotiques, ça a pris deux heures avec cinq personnes et, de toutes façons, quand ils seront grands, ils ne feront jamais de gâteaux, les psychotiques ! Vous voyez, c'est un peu de cet ordre-là, comme les assistantes sociales qui font une évaluation, elles ne cotent pas mais parfois elles passent énormément de temps… on est dans une optique de rentabilité, alors à côté de quelqu'un qui fait quinze IVG, moi, j'ai l'air de rien foutre, vous voyez, par rapport à quelqu'un qui, dans la matinée, opère cinq cancers du sein. C'est vrai que je ne fous rien à côté ».

L'entretien représente le seul moment consacré réellement à l'écoute et à la parole des patientes. Un accompagnement qui devrait faire partie de l'offre de soins au même titre que la prise en charge technique.

« Je fais un travail particulier de les mettre à l'aise… le médecin, il essaye… je pense que, bon, chacun a sa personnalité, chaque médecin est différent, je pense qu'il y a quand même des médecins qui font l'effort de se mettre à la portée. Mais le médecin, il reste quand même dans son domaine médical donc ça veut dire que pour la femme, ben, ce n'est pas avec le docteur que je vais dire que mon mari me tape ou que je fais mon avortement parce que… enfin, moi, je pense que dans sa tête, le docteur s'occupe de l'écho, de l'examen, du frottis, le docteur n'a pas à écouter ses soucis familiaux, conjugaux ou autres. Je pense que c'est peut-être à ce niveau-là. Bon, les médecins, ils sont quand même, heu… pfutt, ils savent qu'il y a d'autres femmes qui attendent, parce que leur matinée n'est pas extensible. Donc je pense que l'interne qui les voit est quand même un petit peu sous pression de dire que… heu, il ne faut pas que je passe trop de temps… et ils n'ont pas non plus trop de temps malheureusement ».

« L'écoute est aussi importante parce qu'en gestes techniques, chez nous, on n'en a pas beaucoup, à part faire une prise de sang ou poser une perfusion, donc, moi, je privilégie plus l'écoute parce que ça fait partie vraiment… pour moi, c'est du soin, entre guillemets, oui, c'est important ».

« Ce qui est souvent oublié, c'est un peu le côté psychologique parce qu'on s'attache beaucoup au côté somatique, voilà, alors, c'est vrai que le côté psychologique ».

La difficulté est double. D'une part, c'est un aspect peu pris en compte dans l'organisation des services et du temps de travail.

« Ce qui rend un peu difficile, heu… pas difficile mais qui est quelquefois un peu embêtant, c'est que je me sens seule, je me sens seule, enfin, quand par exemple, je vais en congé, je sais qu'il n'y a pas une continuité dans l'activité, il y a ça et puis, bon, seule, dans le sens seule dans mon travail, seule physiquement, oui, hein, le jour où je suis malade, je sais que ça va rester en suspens, heu, en congés, pareil ».

D'autre part, du côté des patientes, l'entretien peut revêtir une image négative auprès des femmes. Assimilé à une validation du choix de recourir à l'IVG ou imaginé comme l'occasion d'un jugement à leur encontre de la part du professionnel qui va le mener, il est redouté. Sans explication démentant ces représentations négatives et présentant les principes de l'écoute active, les femmes majeures préfèrent souvent l'éviter.

« Il y a des vieux trucs qui traînent et elles pensent que… elles pensent qu'en fonction de ce qu'elles vont dire à l'entretien, elles auront droit ou non à l'IVG, c'est pour ça qu'elles mettent souvent en avant des raisons valables, des fois, ouais, c'est parce qu'elles ont fait des bêtises, parce qu'elles n'avaient rien compris à la contraception ».

« L'entretien, effectivement, ça a une connotation de jugement alors que pas du tout ».

« Les femmes majeures, je n'en rencontre plus beaucoup ».

« Les jeunes femmes que j'ai actuellement, elles ont très peur de cet entretien parce qu'elles pensent qu'on va remettre en cause leur décision, alors, ce que je fais d'emblée, c'est qu'on remplit la feuille et on discute après ».

« Les mineures, elles ont peur du jugement, elles ont de la culpabilité plus, beaucoup plus de culpabilité que les femmes majeures de façon globale et ce sont, souvent, des patientes qui s'expriment peu, qui sont relativement introverties. Après, pour les spécificités, pour les mineures, je suis plus là à lancer des perches, pas forcément que dans le langage verbal d'ailleurs, quand j'ai l'impression que quelque chose a fait mouche, j'exploite un peu la piste et je gratte un petit peu ».

Les femmes mineures doivent obligatoirement s'y soumettre mais, de la même manière, une explication est nécessaire à peine de réduire l'entretien à une formalité qui n'apportera aucun appui sur le plan psychologique, ni pour l'avenir. Car, au-delà du mieux être qu'il peut offrir au moment même du recours à l'IVG, cet entretien a aussi vocation à limiter les effets à moyen ou long terme de l'expérience de l'interruption volontaire de grossesse dans le parcours de vie.

« C'est parfois le moment où il y a des choses… comment vous dire… qui se détaillent… où finalement il y a des pleurs… alors, bon, je laisse aller à la communication et je vois si elles ont besoin d'un soutien par rapport à ça… si c'est une histoire qu'elles doivent clôturer… je leur propose qu'on en reparle si elles souhaitent ou sinon, je leur dis toujours, il y a le psychologue, peut-être que vous étiez au courant, si vous souhaitez en parler parce qu'il y a quelque chose qui doit être dénouer là ».

Comme cela sera exposé dans la partie suivante, le peu de possibilités offertes en termes d'accompagnement, notamment, à la contraception est de première importance pour évaluer dans quelle mesure le «parcours IVG» peut ou ne peut pas être un outil de prévention. Au préalable, il est intéressant de se pencher sur les implications que comporte le caractère technique prépondérant au détriment de la considération de la personne dans la prise en charge.

2 - Les patientes ayant recours à l'IVG moins respectées et moins revendicatives que les autres ?

« C'est vrai qu'une fois, j'ai entendu dire pour une mineure qui… qui vient pour faire l'IVG… c'est difficile, elle dit aïe… voilà, t'es là, ce n'est pas de ma faute si tu es là… en gros, heu… assume ».

Il ne paraît pas inutile, ici, de rappeler quelques grands principes de la Charte du patient hospitalisé de 1995, devenue la Charte de la personne hospitalisée en 2006[6].

1. *Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.*
2. *L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent.*
3. *Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.*
4. *La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.*
5. *Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.*

[6] Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A no 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

En effet, « *le consentement aux soins nécessite une information précise de la part des équipes soignantes et médicales. De nombreux textes précisent ce droit à l'information et le principe du consentement libre et éclairé. Le Code de déontologie médicale précise par exemple, dans son article 35, que le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. La responsabilité des personnes malades à l'égard de leur santé est recherchée. Une relation plus équilibrée doit s'établir afin de permettre au malade d'exprimer sa volonté tout au long du processus de soin, compte tenu des informations que lui donnent les professionnel-le-s de santé et des choix qu'ils préconisent, et de respecter sa décision* »[7].

En outre, le droit au respect de la dignité de la personne et de son intimité est inscrit dans le titre VII de la Charte qui précise que « *le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post opératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel* »[8].

Rappelons, enfin, que « *la loi du 4 mars 2002 pose les bases d'une politique de prévention globale et précise les différents types d'actions susceptibles d'être développées en trois domaines dont la promotion de comportements favorables à la santé* »[9] en vertu d'un rôle d'éducation pour la santé.

3 - Accueil, information, égards, intimité : le respect de la vie privée et confidentialité dans la prise en charge des IVG

C'est à l'aune de ces principes qu'il convient de réfléchir à certaines données. En premier lieu, la communauté d'hébergement et de consultations entre les patientes d'IVG et des femmes enceintes ou accouchées a été relevée à plusieurs reprises.

« Nous, c'est vrai, on a un service à part mais quand on prépare les patientes, on traverse toute la maternité pour aller au bloc opératoire qui est juste en dessous, il y a la nurserie, il y a les bébés, il y a… la salle d'accouchement qui est juste à côté du bloc, des fois il y a un accouchement qui se passe, les patientes entendent, moi, je n'aime pas trop ».

« C'est un peu tout mélangé à tout, la salle d'attente, c'est la même salle d'attente, salle d'attente de femmes enceintes, de gynéco, de tout et puis le hall de maternité, c'est quand même un lieu de passage, enfin, c'est-à-dire pour gagner d'autres services. Les gens peuvent rentrer par là, traverser le hall pour aller de l'autre côté de l'hôpital en passant par le couloir qui est juste à côté, donc au niveau confidentialité, ben, on peut être assise là à attendre et puis heu… on voit plein de monde passer, même si ce n'est pas écrit que c'est un hall d'orthogénie. Je pense que pour certaines femmes, c'est gênant, c'est gênant parce qu'elles ont peur d'être vues, qu'on les reconnaisse, qu'on demande, qu'est-ce que tu fais là ? »

La confidentialité

La confidentialité est une notion qui est régulièrement revenue lors des entretiens, notamment chez les soignantes qui déplorent que ce principe soit trop souvent mis à mal. Le plus fréquemment, c'est à mettre en lien avec l'organisation et le fonctionnement des services.

« *C'est un peu compliqué là-bas parce que vous faites le dossier, l'interne vous appelle. Après, il faut revenir, pour voir si on peut avoir un rendez-vous mercredi, au secrétariat, après on vous donne le cachet, il faut repartir dans le bureau mais c'est assez long, je veux dire, c'était loin quoi*

[7] *Circulaire DHOS, op., cit.*
[8] *Circulaire DHOS, op., cit.*
[9] *Circulaire DHOS, op., cit.*

et tout le monde, heu, on marchait et j'avais des connaissances quoi, c'est ça quoi. Le secrétariat est dans le hall d'accueil donc je me cachais, je me cachais donc on est un peu gêné quand même et au secrétariat, elles causent fort… le secrétariat, il faut plus d'intimité, je me dis ça mais s'il y a un bureau exprès pour IVG et tout, tout le monde va le savoir aussi (rire) … donc c'est assez compliqué, c'est assez compliqué mais bon, heu… au moins par des vitres parce que là, tout le monde entend, tout le monde entend et même si on ne le dit pas comme ça, bon, les rendez-vous, le circuit, les comprimés à prendre. Bon, le comprimé, c'est au secrétariat qu'ils le donnent. Je ne comprends pas pourquoi non plus, elle donne à l'interne devant tout le monde et nous, on repart prendre le comprimé… je trouve ça bizarre ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Les secrétariats gèrent en même temps les accueils téléphoniques, les accueils physiques et le remplissage du dossier administratif. Il peut donc y avoir une patiente qui complète son dossier, avec une échographie et des papiers personnels, quand une autre manifeste son arrivée ou prend un rendez-vous. De la même manière, la plupart du temps, une patiente est physiquement présente quand un appel arrive. Pour cela, il est donc très difficile que les informations délivrées ou échangées restent strictement confidentielles. Par ailleurs, quand le secrétariat est polyvalent ou situé dans un espace de passage, le respect de la confidentialité est encore plus menacé.

« Alors des règles… bah, ce sont des règles pour toute femme qu'on accueille en consultation comme en hospitalisation, la confidentialité, ça c'est important pour nous. Et ça, c'est pour tout le monde, hein, ce n'est pas que pour telle catégorie de femmes, ensuite, ben, voilà, confidentialité, ne pas appeler… ne pas laisser traîner le dossier ouvert comme ça sur le bureau, ne pas laisser son cahier de rendez-vous grand ouvert, heu, et pour… heu, voilà, ce sont les règles de l'hospitalisation pour n'importe qui. Mais, en plus pour l'IVG, on s'est donné comme règle, par exemple, si quelqu'un appelle pour prendre des nouvelles de Madame Untel qui est rentrée ce matin pour IVG, ben, non, on n'a pas… on dit franchement au téléphone, on n'a pas le droit de vous donner ce type d'information, adressez-vous directement à la personne ou à sa famille ».

« Je ne sais pas si vous avez vu comment est le secrétariat, au niveau confidentialité, c'est un peu, comment dirais-je, heu… limite, parce que, quelque fois, vous avez une patiente en face de vous à qui vous faites les papiers de prise en charge et vous avez un appel, donc, c'est vrai que si vous donnez un rendez-vous, vous avez le nom ».

« Je veux dire, maintenant que moi je connais les documents de l'IVG, quand je suis revenue le mercredi, je savais toutes les personnes qui venaient pour une IVG. En attendant là, j'ai vu les dossiers et tout, les papiers devant et tout, j'ai dit, bon, au moins, cachez dans le dossier mais ce n'est pas… ce n'est presque pas anonyme, je veux dire ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

La question de l'accueil et de la confidentialité se pose encore en ce qui concerne les salles d'attente. L'espace d'attente pose, effectivement, problème quand il est commun avec les autres services de la gynécologie obstétrique et / ou situé dans un lieu de passage de l'établissement.

« Il y a un service de grossesses donc il y a plein de femmes enceintes, quand la maternité est pleine, on reçoit les accouchées donc il y a des bébés qui crient ici. Je pense que déjà, ça, ce n'est pas génial. Le matin, elles arrivent, ben, elles sont toutes assises, ben, comme vous attendiez là, en fait (j'étais debout dans le couloir, au milieu du service, au niveau du bureau des infirmières car les deux seules chaises disponibles étaient occupées par deux personnes qui attendaient pour être reçues)*… on essaye de les prendre en premier mais bon ».*

« *Dans le cadre de l'organisation,* (il faudrait) *peut-être que ce soit plus anonymisé. J'avais discuté avec le chef de service, entre autres, par rapport aux consultations, en disant qu'elles venaient avec le tout venant, des femmes enceintes et tout, elles attendent dans le même lieu. Donc j'avais dit que ce n'était peut-être pas l'idéal pour certaines patientes. Il m'avait dit : et moi quand j'ai des patientes qui viennent, qui ont un cancer du sein et qui sont ravagées et qui attendant avec les autres ».*

L'information éclairée et le libre choix des patientes

Outre, les défaillances qui viennent d'être présentées en matière de respect de la vie privée et de confidentialité, se pose assez vivement la question de l'information éclairée et du respect des choix effectués par les patientes en ce qui concerne leur santé.

Les propos recueillis à propos du choix des modalités de l'IVG sont, à ce titre, très significatifs[10].

Le mode médicamenteux présente l'intérêt de s'effectuer sans anesthésie, donc sans les risques qu'elle entraîne, et de dispenser d'hospitalisation ou de donner lieu à une hospitalisation qui est plus courte qu'en cas d'IVG chirurgicale. Il a, par contre, pour inconvénient d'entraîner davantage de souffrance. Quand le terme de la grossesse est inférieur à sept semaines, les deux modes sont permis, l'alternative est donc la suivante : éviter une anesthésie générale ou éviter d'avoir mal. Ces éléments se traduisent en termes de préférence voire d'élection du mode d'IVG, de la part des patientes et des soignant-e-s.

« L'avantage du médicamenteux c'est qu'il n'y a pas d'anesthésie générale et qu'on ne va pas forcer le col quoi… donc je pense que, pour la suite, ça doit quand même laisser moins de… parce que ce n'est pas anodin quand même une IVG… donc ça laisse moins de séquelles. Mais le problème c'est que c'est moins sûr à cent pourcents, enfin, il y a des risques que ça ne marche pas et qu'il faille passer quand même par l'aspiration ».

Du côté des patientes, on constate une préférence a priori quasi unanime pour la méthode médicamenteuse. Soit en ville, *« pour éviter d'être hospitalisée car certaines n'arrivent pas à expliquer pourquoi elles sont hospitalisées même pour une journée ». « Depuis que les médecins de ville, enfin, les médecins agréés, peuvent prescrire, c'est vrai qu'il y en a beaucoup qui préfèrent le faire en ville et être chez elle ».* Soit à l'hôpital car cette méthode n'implique pas de passage au bloc, ni d'anesthésie et la journée d'hospitalisation est plus courte. *« Des fois, aussi, c'est une demande parce qu'elles se sentent plus en sécurité à l'hôpital, heu, plus encadrées, parce que l'IVG médicamenteuse, moi, j'ai eu des retours, en ville. Il y a des femmes qui me disent que ça a été un petit peu dur au niveau de… à domicile et tout ça ». « Il y a quand même quelques cas où des patientes sont hospitalisées pour la méthode médicamenteuse, heu, je pense pour celles qui ne se sentent pas d'être chez elles alors elles sont hospitalisées sur une matinée, si elles sont seules, si elles n'ont pas de moyen de transport et tout ».*

« Je pense que les gynécos, ça ne leur plaît pas la méthode médicamenteuse hospitalisée, ils aimeraient bien que la méthode médicamenteuse soit externalisée. Ce que je trouve moche c'est que dans le forfait, c'est écrit hospitalisation… et la plupart des dames qui viennent faire une IVG médicamenteuse, les parents ne sont pas au courant, c'est des petites jeunes, elles ont peur d'avoir mal… on a essayé, une ou deux fois, d'externaliser : elles font toutes les démarches pour le comprimé le mercredi, elles viennent le vendredi pour prendre le Cytotec pour avoir des contractions et elles rentrent chez elles pour saigner… c'est des dames qui accourent heu... des dames qui accourent dès qu'elles ont un saignement et on a beau leur expliquer. Je pense qu'elles ont besoin d'une certaine sécurité, se dire que voilà la sage-femme s'il y a besoin, si elle a mal, on peut leur donner quelque chose. Elles paniquent à l'extérieur ».

S'agencent de manière diverse des priorités qui conduisent à exercer un choix ou un autre, avant tout de la part du médecin dont la posture permet d'émettre un avis qui va s'imposer.

« Parce que chacun a ses idée et donc, des fois, (le médecin) *influence un petit peu la patiente pour qu'elle ait une IVG médicamenteuse, en lui disant, bon, les avantages et les inconvénients. C'est vrai qu'il n'y a pas de geste et c'est vrai que… mais elle peut choisir, elle peut choisir, si vraiment, par exemple, elle a eu une expérience… ou elle a entendu quelque chose par rapport à*

[10] Cf. le paragraphe intitulé « *Par voie médicamenteuse, un traumatisme accru à cause de l'expulsion et de l'échec* », p. 31.

l'IVG médicamenteuse, elle dit, non, moi, je préfère une IVG chirurgicale. En général le médecin accepte ».

« Il y en a qui… c'est vrai qu'il y a des patientes, même un petit terme, qui veulent une aspiration, ça, c'est déjà arrivé, ouais ».

« Il y a le pouvoir médical, il y a le… quand le médecin dit, on ne peut pas contredire, c'est le médecin qui a dit. Et puis on est quand même intimidé devant un docteur… et puis les médecins, ça peut être femmes comme hommes, je pense que ça aussi, ça compte, hein, le sexe de la personne ».

« Le médecin, généralement, elles sont respectueuses, hein, ça peut être n'importe quel médecin, elles ne disent rien ».

« Les vacataires, les assistants voient les gens en consultation mais les assistants, il font peur aux gens ».

« Le médecin, elles le craignent, elles en ont besoin, donc elles ne disent rien aux médecins. Le médecin, il arrive, elles sont mou-tons... souvent, j'ai des dames qui sont un peu perdues car elles ne savent pas quelle méthode choisir et... je n'ai pas le droit de... je dis, lisez le papier, ça va vous éclairer, posez des questions au médecin par exemple mais... elles ont du mal à s'exprimer avec les médecins ».

« Ca dépend sur quel médecin vous tombez... il y a des médecins qui sont pour la méthode médicamenteuse et il y en a d'autres qui préfèrent l'AG et bien, ils vont… je me demande même si parfois ils demandent le choix, j'ai l'impression qu'on leur dit, vous, ce sera par méthode médicamenteuse, vous, ce sera... parce que des fois les dames, elles disent, mais moi, je ne voulais pas ça, elles ne disent pas devant le médecin, ou bien, elles disent, bah, non, on ne m'a pas dit que ça pouvait ne pas marcher… même si on leur donne un papier à lire où c'est précisé que ce n'est pas garanti à 100% elles n'entendent pas... je pense que... je pense sincèrement qu'on ne leur laisse pas le choix, on leur dit, ca va être comme ça... et après, les dames qui sont assez... comment dire, pas effrontées mais qui osent parler, dire, mais comment ça va se passe ? En général, ce n'est pas ça, elles écoutent le médecin, elles disent oui, et puis c'est tout ».

Plusieurs informatrices ont regretté que les patientes n'aient pas le choix entre une anesthésie locale et une anesthésie générale. La question de l'anesthésie est, elle aussi, significative car elle recouvre celle de la maîtrise par les patientes des choix concernant leur santé au sein d'un système hospitalier soumis à des contraintes multiples, parfois contradictoires.
« Je ne dis pas qu'il faut faire toutes les IVG sous anesthésie locale, je ne dis pas qu'il faut faire toutes les IVG sous anesthésie générale. Je dis qu'il faut donner le choix de l'anesthésie à la patiente et ça, ça n'est pas fait… ici elles n'ont pas le choix. Si les femmes ne veulent pas d'anesthésie générale et bien, elles n'ont le choix que de la Myfégyne, or, elles n'ont pas le choix de la Myfégyne si elles sont au-delà de huit semaines d'aménorrhée ».

« Selon moi... bon, le choix est fait, de facto, parce que... par rapport aux semaines d'aménorrhée... elles ne choisissent pas vraiment les femmes... elles n'ont pas vraiment le choix ».

« Je suis un peu… partagée… non pas qu'il y a une méthode mieux ou moins bien, je pense que c'est plus confortable pour, heu, pour le praticien qui réalise l'interruption de grossesse que la personne soit sous anesthésie générale, ça, c'est clair. Par contre, pour les patientes, ben, ça dépend de la patiente, voilà, et on ne s'intéresse pas forcément à ce que la patiente souhaite dans ces cas-là s'il n'y a pas de notion de santé particulière. Donc maintenant, il n'y a plus le choix ».

Cette réalité n'est sans doute pas propre aux IVG et reflète plutôt le contexte hospitalier ainsi que les rapports entre soignant-e-s, ici médecins, et patient-e-s qui y prennent place. Il est, cependant, utile de revenir sur le cadre offert par l'hôpital car il induit le modèle de prise en charge qui existe, qui obéit à sa logique.

Dans ce cadre, il convient de s'interroger : de quel soin parle-t-on s'agissant de la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG ? Quel statut de patientes leur est-il attribué ?

« Pas faire que… là, en fait, on ne fait que du technique, en fait, on les perfuse, elles vont au bloc, on revient, on prend la tension, si elles ont mal, on leur met de l'antalgique et puis voilà quoi… le soin, c'est plus que ça… hum… ah oui, il y a autre chose derrière, c'est clair ».

Rappelons ici, que selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la santé correspond à « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »[11].

En lien avec la question du soin et de sa définition, le statut des patientes ayant recours à l'IVG mérite également quelques remarques. Notons, d'ailleurs, qu'elles sont presque toujours désignées comme « *les femmes* » et presque jamais comme des « *patientes* ».

« Ce sont quand même des femmes et quand elles arrivent… avec moi, elles arrivent à parler parce que j'arrive quand même, peut-être, à les mettre en confiance mais je trouve que quand même, c'est comme si on ne les considère pas ».

« Il y a un statut des patientes à part, on ne les considère pas comme malades… quand on vient à l'hôpital, c'est une obligation, c'est une maladie, c'est que l'on n'est vraiment pas bien, heu... même mes collègues, quand ils parlent de mon service, des patientes que j'ai, ça les fait sourire. Pour eux... ce ne sont pas des malades, ce ne sont pas des patientes, voilà... heu... eux, ils guérissent peut-être, mais nous, on guérit d'une autre manière, plus profonde, plus thérapeutique, plus dans la vie ».

« Il y a des équipes, il y a quand même des professionnels qui font vraiment attention, qui sont sensibilisés à l'approche un peu spéciale de l'IVG. Mais on a quand même le côté inverse d'équipes, de personnels qui les prennent pour… un peu moins importantes… qu'une femme enceinte, qu'une femme qui vient pour... une femme enceinte qui vient pour accoucher ou pour un problème de grossesse médical ».

La prise en charge d'une patiente ayant recours à l'IVG ne peut pas se résumer à une prise en charge seulement technique. L'aspect somatique, en la matière, n'a pas une place fondamentale. Au-delà de la question du statut de ces usagères du système de santé, c'est la raison de cette réalité qu'il convient d'interroger car le système médical et hospitalier existant génère ses propres limites. En effet, concernant l'IVG, une prise en charge de qualité suppose nécessairement de mettre la relation humaine et la relation d'aide au centre de l'accompagnement. La condition sine qua non à l'efficacité de son aspect de prévention étant, par ailleurs, qu'il inclut une véritable éducation à la contraception voire à la sexualité.

« Ce n'est pas dans les services qu'on met en avant, ce n'est pas dans les services où on va batailler pour des sous parce que… parce que… ben, parce que les femmes ne demandent peut-être pas trop grand-chose non plus, tout ce qu'elles demandent c'est qu'on leur fasse leur IVG dans les temps et qu'on les laisse tranquilles. Moi, je pense, c'est l'impression que j'ai, ça n'engage que moi, hein, ça n'engage que moi ! Donc, ce sont des femmes, voilà, qui ne demandent pas plus que ça. Elles peuvent être à trois dans la chambre, ben, ma foi, quand c'est fini, elles partent et elles ne vont pas aller revendiquer, ah oui, on était à trois, elles ne vont pas aller porter plainte, elles ne vont pas aller mettre dans les journaux, je suis rentrée à l'hôpital, on était à trois, elles ne vont pas aller appeler Radio Freedom, voilà, ce sont des femmes qui ne revendiquent pas donc ma foi, je crois qu'on ne fait pas trop d'effort pour améliorer les choses. En plus l'hôpital, dans les temps actuels, le budget est très serré, je pense qu'il y a honnêtement d'autres priorité… bien qu'on essaye de faire un effort, hein, je vois au niveau de mon service, ben, on est bien conscient qu'il y a un problème de places, qu'il y a… en tous cas, je crois que je l'ai

[11] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé signé le 22 juillet 1946 et entré en vigueur le 7 avril 1948 ; Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100.

déjà dit, mais moi, je trouve, heu, j'ai l'impression que les femmes qui viennent en IVG, elles sont vraiment, très résignées et ce sont vraiment, entre guillemets, des patientes parfaites… on les fait attendre des heures en salle d'attente, pas de problème, elles attendent, il faut revenir, elles reviennent. Quelquefois elles râlent un peu parce que les rendez-vous sont longs, parce qu'il faut attendre encore la semaine de réflexion mais si on explique qu'il y a la loi, la loi est comprise. Bon, on accepte quand il y a une loi et ben, heu, il y a la loi, on ne peut plus rien dire mais bon, ce sont quand même des femmes résignées, qui acceptent les remarques des médecins… qui ne disent rien… et puis, ben, ma foi, elles sont un petit peu, heu, entre guillemets, hein, à notre merci, si on veut faire, on fait, si on dit qu'on ne fait pas, on ne fait pas, si on dit qu'il faut revenir, et ben, on revient… j'ai l'impression qu'on peut faire un peu comme on veut avec ces patientes-là ».

Dans une optique d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la prévention, cette limite structurelle à la prise en charge des IVG à l'hôpital peut-elle être dépassée ?

PARTIE III - STRATEGIE DE PREVENTION ET PERSPECTIVES

Le contexte médical et hospitalier induit les contours et les modalités de la prise en charge des IVG. En cohérence avec le cadre, cette prise en charge est axée sur le technique et le somatique. A ce titre, le système tel qu'il existe aujourd'hui contient ses propres limites au détriment d'un accompagnement psycho-social, psychologique et humain qui permettrait de valoriser l'éducation à la contraception dans une optique de prévention. Or, la contraception et la maîtrise de la fécondité que son appropriation permet au plan individuel constituent l'élément fondamental de la problématique. Seul le développement d'une véritable activité d'orthogénie, plus large et plus globale que la prise en charge du recours à l'IVG, pourrait répondre aux lacunes constatées.

I - FOCUS SUR LA CONTRACEPTION ET LA MAITRISE DE LA FECONDITE PAR RAPPORT A UNE GROSSESSE NON DESIREE

La maîtrise de la fécondité et de la contraception sont au cœur de la problématique du recours à l'IVG. Quelle que soit la raison de la survenance de la grossesse non désirée, l'absence ou le mauvais usage de la contraception est un élément opérant, dont le sens éclaire la compréhension des situations, qui doit être mis en perspective avec les parcours de vie.

1 - Contraception et maîtrise de la fécondité : connaissance des mécanismes de procréation, connaissance et accès aux moyens de contraception et à la contraception d'urgence

Lors des entretiens avec les patientes d'IVG, il leur a été demandé quelle connaissance elles avaient à la fois des fonctionnements biologiques procréatifs et des méthodes contraceptives. *« Avez-vous l'impression de bien connaître les mécanismes de procréation, le fonctionnement de votre corps, la fécondité, le cycle, l'ovulation, toutes ces choses-là ?*

« Heu… un petit peu, pas vraiment ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Heu… heu, non, non… non ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

« Non ».
Vanessa, 16 ans (première IVG, mode instrumental)

« Bah, pas… bien connaître, non… à ce qu'il paraît les pilules, ça fait grossir».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« Un petit peu, pas vraiment, je ne connais pas vraiment… à 18 ans... j'ai mal passé les règles quoi, donc j'ai eu un blocage, j'ai eu de terribles douleurs, c'est pour ça que j'ai fait une IVG quoi, ça coulait un petit peu et puis ça s'est arrêté et puis j'ai eu des douleurs tellement trop fortes, c'est pour ça que j'ai fait ma première IVG… des douleurs comme là, au dos, dans le ventre... cette fois-ci, il y avait un rapport protégé, il avait mis son préservatif lui, mais... je ne sais pas comment ça se passe… peut-être qu'il n'était pas bien mis… maintenant, je poserai aussi un stérilet, quand même, même si c'est rare d'avoir des rapports mais je préfère le mettre quand même et je prends la pilule de temps en temps comme ça, c'est mieux ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode médicamenteux)

« Bien connaître, peut-être pas, je connais, je veux dire, en gros, comme… mais c'est vrai que ça fait longtemps, enfin, qu'on n'a pas, que je n'ai pas étudié le truc, non, bien connaître, je ne pourrais pas dire ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Le sujet n'apparaît pas approprié par les femmes interrogées. Leurs propos sont corroborés par ceux des professionnel-le-s de santé sur la même thématique. Or, seule une bonne connaissance des moyens de contraception, actualisée, corrélée aux étapes de vie, réfléchie et discutée avec une personne experte peut permettre à une femme de bien choisir sa contraception de contrôler sa fécondité.

« Il y a beaucoup d'échecs de contraception, elles racontent qu'elles ont oublié leur pilule mais je pense que ce n'est pas ça, elles n'en prenaient pas ».

« Il y a beaucoup d'idées qui circulent, la contraception, peut-être, n'est pas bien perçue… il y a beaucoup d'ignorance… il y a beaucoup d'ignorance… comment imposer une contraception sûre ? »

« J'aborde la question des fois parce que ce sont des femmes, très souvent aussi, qui demandent des renseignements au niveau contraception, on se rend compte qu'en fait elles n'ont pas été au courant de certaines choses. Comment elles sont tombées enceintes ? Est-ce qu'il y a eu un oubli de pilule ? Est-ce que la pilule a été mal prise ? Est-ce que les préservatifs pour les jeunes ? Enfin tout ça quoi ».

« Les femmes, généralement, elles ne savent pas ce qu'elles font, elles font n'importe quoi... elles ne savent pas comment faire, du tout, du tout… pour tout, tout, c'est une vraie catastrophe ».

Des confusions apparaissent également en ce qui concerne le suivi gynécologique et la prévention des IST et MST.

- *« Avez-vous déjà fait un test de dépistage de maladie sexuellement transmissible, VIH, sida ?*
- *Oui, ben, quand… en fin de compte quand je suis venue ici pour, heu… avant de prendre le premier cachet, ben, le docteur a fait un frottis ».*
  Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

De manière tout à fait notable, la pilule du lendemain, qui pourrait constituer un « intermédiaire » intéressant entre une contraception quotidienne efficace et le recours à l'IVG, a été très peu évoquée de la part des patientes comme des professionnelles de santé. Très peu d'informatrices ont évoqué spontanément la pilule du lendemain. Quand, le sujet a été abordé, la désinformation et la méconnaissance étaient d'ampleur sur cette contraception d'urgence. Une n'en avait pas du tout connaissance.

« Je ne pouvais pas prendre la pilule du lendemain parce que je l'ai prise à plusieurs reprises et j'avais peur que… on ne peut pas prendre trop… ah non ! Il ne faut pas ».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« La pilule du lendemain ? Non, je ne connais, c'est quoi ? »
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Lors d'une visite dans un service d'IVG, l'interne confie avec surprise, je n'ai *« jamais pensé à en parler, de cette possibilité en cas d'accident… il faut que j'en parle avec le chef de service ».*

2 - Délivrance et éducation à la contraception dans le «parcours IVG»

Le dispositif prévoit un accompagnement à la contraception dans le «parcours IVG», quelle en est l'effectivité ? Les médecins gynécologues délivrent un moyen de contraception, les sages-femmes ou les infirmièr-e-s et les conseillèr-e-s conjugaux ou conjugales précisent comment l'utiliser efficacement au quotidien. Les patientes rentrent, donc, normalement, chez elles munies, soit d'un moyen de contraception, soit d'une ordonnance et des informations concernant son bon usage.

La prescription d'une contraception au moment de l'IVG

« Obligatoirement, l'interne prescrit, automatiquement, ils abordent le sujet de la contraception parce qu'il prescrit automatiquement ».

« On essaye absolument qu'elles ressortent avec une contraception… enfin, avec une ordonnance quoi… enfin, normalement, c'est discuté avec l'interne quand elles viennent en consultation ».

Outre qu'une femme a déploré que le thème de la contraception soit abordé de manière systématique en dépit des motifs individuels ayant conduit à recourir à l'IVG, il peut arriver que la question ne soit pas du tout ou pas correctement abordée.

« Pour mon deuxième IVG, le gynéco, il m'a dit : quelle va être votre contraception maintenant ? Je lui ai dit : mais non, ce n'était pas un problème de contraception, j'avais une contraception, je l'ai interrompue parce que je croyais qu'on allait avoir un enfant, on l'avait décidé mais, à la dernière minute, quand j'étais déjà enceinte, il m'a dit qu'il n'était pas prêt, il croyait qu'il était prêt alors qu'il ne l'était pas. Donc là, en fait, on nous pose une question de contraception alors que ce n'était pas la contraception. Ils croient que c'est tout le temps ça alors que ce n'est pas tout le temps ça… cette fois-ci, je suis venue et on ne m'a pas demandé pourquoi vous voulez faire l'IVG. Pourquoi ? Parce que sinon, à chaque fois on m'a demandé pourquoi je ne voulais pas le garder… après vous éclatez en sanglots, on n'a pas forcément envie de pleurer et que tout le monde connaisse notre souffrance hein… même si vous êtes lié par le secret professionnel et que vous n'allez pas le dire à tout le monde, on n'a pas forcément besoin de partager avec vous cette douleur-là… ça dépend de la personne, voilà, ça m'a fichu mal à l'aise. En plus, après si on repart chez un médecin pour la première fois, il vous repose des questions. Vous avez eu une IVG ? Combien de fois ? Et bien, je peux vous dire que, quand vous dites trois fois, on vous juge déjà, donc, des fois, je ne dis plus… vous avez été opérée ? Oui, des dents de sagesse, je ne dis plus ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

- *« Lors d'une des consultations avec un médecin, vous a-t-on fait une prescription pour une contraception ?*
- *Non ».*
  Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« J'avais demandé la pilule mais comme on m'a dit que je vais remettre le stérilet assez vite donc ça ne sert à rien d'avoir la pilule ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« *Si la femme ne vient pas à la visite de contrôle, elle n'a pas de contraception et c'est la porte ouverte à la récidive quoi… enfin, moi, je trouve… après l'intervention, elles ont une ordonnance, bien sûr, car il faut qu'elles commencent une contraception tout de suite. Mais si vous voulez, la plupart du temps, elles sont sous le coup de l'intervention. J'espère qu'elles la prennent… moi, je demande toujours ce qu'elles comptent faire après. Si ça a été abordé avec elles, bon, la plupart du temps, ça l'a été et c'est souvent la pilule qui est prévue comme moyen de contraception. Or, souvent, elles sont là parce qu'elles ont fait des oublis de pilule donc je me demande si c'est bien cohérent, quoi, si c'est bien opportun ».*

« Il y a une contraception qui est prescrite systématiquement, sauf vraiment une grosse contre-indication. Mais la contraception prescrite est, en général, la pilule, tout simplement pour une raison médicale parce que ça permet de cicatriser la muqueuse de l'utérus, c'est une pilule assez fortement dosée. C'est prescrit pour un mois et certains médecins, c'est pour ça que je dis que c'est bien fait, certains médecins, d'emblée, discutent avec la patiente et prescrivent soit le stérilet, soit l'implant, soit une autre pilule pour, facilement quatre, cinq mois, donc, je veux dire, la patiente, elle sort et elle a vraiment une contraception… mais, des fois, il y a juste pour un mois et la patiente, on lui conseille de revoir son médecin traitant pour gérer le suivi après ».

Mais, d'une part, il semble que la qualité de la démarche mise en œuvre dépende de l'intervenant qui a reçu la patiente.

« Avec moi, j'ai des documents, j'ai des petites infos, stérilet, implant, la pilule, le préservatif, bon, des petites brochures. J'avais préparé un petit document, ce type de document-là que je remanie en fonction… c'est ce petit document-là que la dame elle a, quand elle vient, la secrétaire lui remet… donc il y a ça, j'ai tous mes documents de contraception ».
« La contraception, alors, il n'y a aucun protocole, ça, c'est évident, parce que c'est effectivement personne dépendant, donc, ça veut dire que ça dépend de la volonté du médecin… c'est ça le problème ».

« La question de la contraception est abordée… avec certains médecins et, à ce moment-là, c'est très, très bien abordé, bon, moi, je vois, quand c'est certains médecins qui font la consultation, on est sûr que cette patiente-là a été super bien informée, même pour après et tout… des fois, la consultation est très rapide et on n'en parle pas du tout, on le voit… il faut tout reprendre ».

« Je vais revenir sur les méthodes parce que, parfois, les médecins sont un petit peu rapides et les patientes n'ont pas tout compris ».

D'autre part, au vu du temps et de l'attention impartis ainsi que des modalités de ce volet de la prise en charge, peut-on réellement parler d'une contraception adaptée et durable ?

« Mettre le préservatif, la pilule, j'essaye mais ça ne passe pas avec moi. C'est ça le problème »
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

Une contraception adaptée donc efficace ?

« Moi, quand je vois une dame vue en dix minutes, ça me semble un peu court… la personne qui fait ces consultations pourrait un petit plus étoffer… je le dis souvent aux patientes, à la consultation de contrôle ou avec le médecin qui vous voit habituellement ou que vous estimez le plus habilité à vous prendre en charge à ce niveau-là, pesez le pour et le contre, discutez-en plusieurs fois. J'essaye de leur faire comprendre qu'une consultation de dix minutes, ce n'est pas ça la contraception. Moi, ça me reste là, hein, quand on voit une jeune femme qui a pris la pilule sans savoir qu'un retard pouvait induire une grossesse dans un certain pourcentage, qu'elle pensait que c'est tellement rare ! Moi, quand je vois des gens qui ont déjà pris une contraception, je passe minimum une demie heure voire plus… donc je ne vois pas comment on peut expliquer une première contraception, en tous ca, hormonale, puisque c'est quand même la pilule qui est la plus utilisée, comment on peut passer dix minutes pour une première prescription de pilule, ça me dépasse, effectivement… quand elles doivent recommencer, elles ne savent pas quand… si elles ont vomi, elles ne savent pas ce qu'il faut faire. L'utilisation de la pilule du lendemain, elles ont une notion de trois jours mais trois jours, par rapport à quel rapport ? Heu, enfin, bon, il faut être très pragmatique, cibler des messages simples. Moi, je suis au ras des pâquerettes, pendant une demie heure, quelques soient les patientes, même celles qui ont fait des études, elles tombent des nues… je pense que cette information sur la contraception dans le cadre d'une consultation, dix minutes, non, impossible, moi, ça fait quinze ans que je fais ça, je ne suis pas capable de parler d'un moyen de contraception en dix minutes ! Il y a quelque chose qui pèche à ce niveau-là ».

Une bonne contraception est une contraception choisie par et pour une personne, à un temps T, en fonction de son contexte de vie du moment.

« J'essaye aussi de voir cette grossesse, dans quel contexte elle s'inscrit. Si c'est un problème de contraception donc revoir ce qui pourrait être utile pour elles pour une contraception plus adaptée, les orienter. Parce que, vous savez, les femmes, quand je les vois et que je discute avec elles pour les orienter sur la contraception, elles disent souvent, pourquoi on ne m'a jamais dit ça ? Pourquoi les docteurs, ils ne nous parlent pas de ça ? Pourquoi on n'est pas au courant ? Pourquoi on ne trouve pas les documents ? On a l'impression qu'il y a un accès à l'information qui

est très facilité mais après, une contraception adaptée à leur contexte de vie, à leurs préoccupations premières, heu, il faudrait quelqu'un qui soit un petit plus à l'écoute ».

Une contraception suggérée ou imposée ne répond pas à ces critères.

« La contraception est, certainement, évoquée au moment de la consultation pré-IVG, ça c'est sûr, mais seulement évoqué, pas réglé. Je pense que c'est fait pour que la dame puisse réfléchir… bon, alors, après, effectivement, ça dépend un petit peu du médecin. Si le médecin est persuadé du bien fondé d'une contraception ou pas… il y a des médecins en plus qui sont un petit peu systématiques dans leurs prescriptions, à savoir tout pilule ou tout stérilet, ça peut exister… c'est vrai que ça fait partie des… ça fait partie, pour moi, des dysfonctionnements car pour moi l'idéal c'est que ce soit le même médecin qui fasse la consultation pré, la consultation post et l'acte ».

« Ca dépend du médecin sur lequel elles vont tomber, il y a des médecins qui vont insister sur le stérilet heu, d'autres qui vont... c'est surtout aux dames qui ont beaucoup d'enfants, qui ont déjà eu deux ou trois IVG... ils vont leur dire, bon, ben, la pilule, ça ne vous convient pas ».

« Il y a un médecin qui prétendait, il y a quelques années… comment dirais-je, une femme ayant eu plus de deux IVG, il lui mettait le marché en mains : soit je vous fais votre IVG et vous acceptez un stérilet soit je ne vous la fais pas… bon, ce principe a été pas mal battu en brèche et maintenant ce serait plutôt proposé. Mais c'est vrai qu'on propose la pose pendant l'intervention, de manière à ce qu'il n'y ait pas possibilité de récidive… parce qu'il y a aussi le problème des gens à qui on fait une ordonnance de pilule de trois mois, enfin une boîte de trois, elles prennent trois mois et après elles arrêtent parce qu'elles n'en ont pas, elles n'ont pas d'ordonnance et crac elles reviennent pour une IVG. C'est quand même assez, c'est quand même vu ici ».

« On a discuté un peu sur la contraception puis on m'a demandé… on m'a dit que… on m'a demandé quel genre de contraception je voulais, j'ai dit, la pilule et comme il y avait deux plaquettes différentes, ben, c'est le médecin qui a choisi ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Enfin, il faut ajouter qu' *« un suivi régulier de la contraception, ça ne prévient pas que de la grossesse non désirée, ça prévient aussi du cancer du sein, avec les frottis régulièrement faits, des cancers du col, on sait le bien fondé d'un bon suivi gynécologique ».*

Or, le suivi de la contraception dans le cadre du suivi gynécologique ne va pas de soi ou est difficile à mettre en œuvre efficacement pour certaines femmes.

3 - Délivrance et éducation à la contraception chez les médecins de ville

« Je n'aime pas aller chez le gynéco… je ne sais pas, il y en a qui sont bien mais il y en a qui sont brusques et qui font mal… c'est vrai que je redoute tout le temps. J'ai peur. Je ne sais pas comment ça se passe pour toutes les femmes, si elles appréhendent ce moment, moi, c'est un calvaire à chaque fois ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

« Moi, le problème avec le stérilet, c'est qu'il faut aller voir le médecin quand… quand on est en règles, il faut le mettre… c'est ça qui me gêne le plus. C'est pour ça que je ne vais pas chez mon médecin traitant, j'irai voir, peut-être, mon médecin de PMI… d'être dans cette position gynéco devant… moi, je vais mettre, je vais aller voir, sûrement, mon médecin de PMI parce que moi, je n'ai pas de gynéco, je n'ai pas de gynéco depuis l'accouchement. Mon gynéco, il est parti, je n'ai pas eu vraiment de suivi régulier avec un gynéco. Mon dernier frottis date de trois ans et demi, là, j'en ai profité pour en faire un mais ça me fait peur aussi, parce que c'est vrai que je sais que je ne suis pas suivie régulièrement au niveau gynéco. Je sais que ça arrive les cancers de l'utérus et tout ça et tout ça… et là, j'ai profité quoi. Il m'a dit, on va faire un frottis, j'ai dit, d'accord, super, parce que c'est vrai que moi le souci, c'est prendre les rendez-vous, savoir quand est-ce que je

suis libre parce que mon planning, c'est deux, peut-être même le jour-même que je sais que je suis libre, c'est ça, c'est ça qui est embêtant ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Il a souvent été fait référence au cabinet de ville et au rôle des généralistes, voire des gynécologues en la matière, par les patientes comme par les professionnelles.

Y compris par un généraliste, à propos de ses consœurs et confrères. *« Dans mon cabinet, toutes les femmes, quel que soit leur âge ont une éducation à la contraception… les généralistes ne le font pas, je le fais, je sais qu'il y a de la perte d'informations… vingt pourcents, il reste… mais si tous les généralistes faisaient déjà ça… ils s'en foutent ».*

« Il faut que je trouve un gynéco. Jusqu'à présent, je voyais mon généraliste mais pour tout ça… à part pour les arrêts maladie, je crois qu'il n'est pas… ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)
« Je pense qu'à l'extérieur, ce n'est pas très bien expliqué. Les médecins traitants, ils n'expliquent pas, ils prescrivent, ils n'expliquent pas… c'est dommage mais ils n'expliquent pas… les médecins traitants, je ne sais pas, moi, ce n'est pas leur domaine ou bien ils ne sont pas sensibilisés là-dessus... ils prescrivent mais ils n'expliquent pas ».

« Je vais chez le médecin traitant, je dis, il me faut ma pilule, il me prescrit et voilà quoi. Il me dit, bon, la pilule et la cigarette, ce n'est pas bon, et tout et tout, il faudrait passer à autre chose, voilà, je sais ça, heu, voilà ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

(Le rendez-vous de contrôle), *pour moi, ça devrait être une obligation. Mais à cause du lobby des médecins traitants ! Ils sont compétents mais… heu, bien sûr, je ne veux pas dire que les médecins généralistes sont incompétents, c'est surtout une question d'envie, tous n'ont pas envie de s'occuper de ça, c'est une question d'intérêt pour le sujet ».*

« Il faudrait axer les actions sur les généralistes qui voient les jeunes filles plutôt que les gynécologues car quand elles vont chez les gynécologues, elles sont déjà dans la vie sexuelle ou déjà enceintes ».

En l'état actuel, le «parcours IVG» ne peut pas être considéré comme un outil de prévention performant en matière d'éducation et de délivrance de la contraception. En dehors du recours à l'IVG, on retrouve une situation peu ou prou identique : de manière générale, l'éducation à la contraception est une démarche complexe qui n'est pas assurée efficacement.

Exploitant ses expériences et ses analyses, le MFPF (Mouvement Français pour le Planning Familial) propose quelques réflexions sur l'information et l'éducation sexuelles (http://www.planning-familial.org) qu'il est intéressant de mettre en perspective avec les données de terrain récoltées. « L'enfant parvenu à l'âge scolaire a eu, déjà, une approche de la sexualité dont il porte l'empreinte. Son entourage, par son comportement et ses attitudes avec lui et entre adultes, a marqué son développement affectif (…) L'information ou éducation sexuelle désigne, au sens restreint, la communication de connaissances sur la sexualité, limitées ou non à ses aspects biologiques et anatomiques. Dans son sens le plus large, elle fait partie intégrante de l'action éducative globale. Information ou éducation sexuelle, elle se trouve confrontée aux expectatives, aux contraintes et aux difficultés inhérentes à toute forme d'éducation. Elle affronte le même dilemme : l'espoir de préserver les valeurs morales et les normes en vigueur et celui de développer l'aptitude des jeunes à s'orienter dans un monde en pleine évolution des mœurs, où les modèles moraux figés ne correspondent plus aux attitudes et aux comportements (…) Encore actuellement, la sexualité n'est pas un sujet dont on parle aisément. Eduquants et éduqués sont chacun personnellement concernés, chacun est sensible à l'aura de culpabilité et d'interdits qui entoure la sexualité. La nécessité d'une information et d'une éducation sexuelles ne fait plus de doute. Elle est officiellement acceptée à l'école et c'est important. Cela ne veut pas dire que tout doit revenir à l'école mais aussi dans les lieux où enfants et adultes se rencontrent et dans la

famille. La réalisation de cette éducation ne peut être le résultat d'un seul individu ni d'une seule équipe. Elle n'est possible que par l'action commune de toutes celles et de tous ceux, différents par leur culture, leur profession, leur statut social, leur religion, leurs options politiques, qui, se sentant acteurs dans la société où ils vivent, décident d'assumer leurs responsabilités ».

« A l'école, il faudrait des intervenants dès le CM2, parler déjà du corps et après, en fonction, en 6ème, parler du désir, des rapports, si les parents ne peuvent pas le faire, au moins, l'école le fait… sinon, il n'y a que le bouche à oreilles, épater les copains, tout ça ».

4 - Education à la contraception, à la sexualité et rapports de genre

« Ici, il y a plus de tabous sur la sexualité ».

« Il y a une très mauvaise éducation sexuelle à l'école et de manière générale, une grande méconnaissance des mécanismes de procréation et des méthodes contraceptives… des idées circulent, type, la pilule rend stérile ».

L'absence généralisée d'éducation sexuelle dans les familles

La question suivante a été systématiquement posée aux femmes : Avez-vous reçu une éducation sexuelle et à la contraception ? Les informatrices ont toutes rapporté n'en avoir reçu aucune dans leur famille.

« Une éducation sexuelle ? Pas du tout… ce que je connais… heu… je l'ai appris ici… pendant l'IVG… à l'école… non, rien, jamais… dans ma famille, non plus et avec mon copain, non, on n'en parle pas ».
Vanessa, 16 ans (première IVG, mode instrumental)

« Non, non, pas du tout, mes parents, non, la PMI et encore, et encore, même pas à l'école, je dirais, même pas à l'école… ouais, ouais, peut-être un peu à l'école parce qu'on apprend l'anatomie quand même et tout ça mais sinon, mes parents, non. C'est pour ça que j'essaye de ne pas faire la même erreur avec ma fille. Je commence à prendre des livres pour elle, pour lui parler de la sexualité. Il y a deux ans, elle m'a dit, faire des enfants, c'est s'embrasser donc j'ai acheté un livre, je lui ai expliqué, quoi, quoi, quoi, mais c'est long, je veux dire, pour expliquer ça, il faut expliquer l'amour, il faut expliquer tout ça donc c'est un peu laborieux quand même ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Pas vraiment, c'est vrai que temps que je n'étais pas mariée, on n'en parlait pas vraiment avec ma mère, heu… au niveau de l'éducation religieuse, il y a une partie dedans où on en parle mais je veux dire, on ne rentre pas forcément dans les détails quoi, voilà mais vraiment, sinon, une éducation, non… à l'école, heu, c'est… ça reste le thème, heu, voilà, en biologie, on voit un peu la sexualité, voilà et puis c'est tout ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

L'école semble davantage remplir ce rôle, pour le moins de manière limitée.

- *« J'ai appris à l'école, hein, à l'école et puis au collège, on nous apprend tout ça, contraception, comment avoir des bébés, plein de choses... à ce moment-là...*
- *Avez-vous appris ou discuté de cela ailleurs ?*
- *Non, que l'école, pas les parents, on ne parle pas de ça, non ».*
  Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

« Ouais, c'était à l'école, je crois… dans ma famille… jamais ! »
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

« A la maison, on ne parlait pas de sexualité et tout ça… à l'école, plus ou moins, enfin, à l'école, oui et non, entre ami-e-s, on se parle entre nous, des trucs comme ça, mais non, il n'y a pas

vraiment non plus de cours sur la sexualité… mais nous, de toutes façons, c'était : tu dois arriver vierge au mariage donc tu n'as pas besoin d'apprendre ces trucs-là ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Heu… non… si, à l'école mais pas dans la famille… c'est quelque chose qui est tabou… alors à l'école et aussi en faisant des recherches sur des sites… heu… Doctissimo… des choses comme ça ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« A l'école, oui, mais par mes parents, non, pas du tout… on n'en parle pas… avec mon papa, non, mais avec ma maman, si, ça arrive… avec elle, oui, mais avec mon papa, non… c'est quand on a fini de faire des bêtises, c'est là qu'on demande des explications… si ça se fait comme ça quoi… donc heu… j'ai appris comme ça… je n'ai rien appris par la télé, ni par les magazines, j'ai appris comme ça ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

Le résultat est évident : il y a, globalement, méconnaissance des fonctionnements biologiques féminins, des mécanismes de procréation et des moyens de contraception. L'appropriation des connaissances, quand elle existe, n'est pas propice à la maîtrise de leur fécondité par la majorité des femmes interrogées.

La méconnaissance et l'inadaptation de la contraception : l'absence de maîtrise de la fécondité

« Je sais qu'il y en a plein (de moyens de contraception)*… mais est-ce que tous sont efficaces ? Je sais qu'avec le stérilet, on peut tomber enceinte quand même donc… heu… la pilule, c'est pareil… le préservatif, c'est pareil et l'implant… heu… l'implant, ça ne va pas à tout le monde… donc, heu… l'implant, le stérilet… non, je ne prendrais pas… parce que ma maman est tombée enceinte avec son stérilet… et j'ai une amie aussi qui est tombée enceinte avec son stérilet donc ça, non, pas confiance, je ne pense pas l'utiliser ».*
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

Parallèlement, l'appréciation par les femmes interviewées des principales méthodes contraceptives est convergente et, parmi les informatrices rencontrées, peu reconnaissent un moyen de contraception qui leur convient tout à fait.

« La pilule n'est peut-être pas adaptée pour moi parce que je me pose beaucoup de souci par rapport à… la pilule, j'ai confiance, hein, c'est moi qui aie fauté là, ce n'est pas la contraception, ce n'est pas par rapport à la confiance que je mets dans la pilule, hein, ce n'est pas du tout ça, c'est par rapport à la cigarette… c'est ça qui, je commence à… ça fait longtemps que je fume et tout et je commence à avoir des problèmes de circulation… je fume donc ma pilule ne me convient pas, je sais et puis tous les autres trucs, il y a toujours des hics… voilà, je pense que la pilule pour moi, elle est plus adaptée mais c'est vrai avec, heu, la cigarette, pas trop et aussi parce que mes horaires ne sont pas du tout, ne sont pas vraiment… mes horaires ne sont pas réguliers ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

La pilule est considérée comme très contraignante à cause de la prise quotidienne. Son utilisation est parfois mal connue ou maîtrisée et, en cas d'oubli, les conduites à tenir le sont encore davantage. En outre, les effets secondaires, réalistes ou fantasmés sont redoutés.

« Le problème de la pilule, c'est que c'est contraignant parce qu'on doit la prendre tous les soirs sans oublier mais après heu… un stérilet, ça me parle pas plus que ça non plus parce que j'ai ma sœur qui en a un et qui est tombée quand même deux fois enceinte avec donc heu… je n'ai pas du tout envie de tomber encore enceinte ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« C'est moi, pour la pilule, je ne sais pas, j'ai peur des effets, peut-être ».

Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« Moi, étant donné que les médicaments, ce n'est pas trop mon fort, j'oublie souvent les pilules, heu, je ne fais pas trop confiance, enfin, pour moi, en tous cas et donc c'est pour ça que j'avais pensé au stérilet, c'est plus sûr pour moi. J'ai déjà pris la pilule, j'avais déjà pris, c'est compliqué, il faut prendre à chaque fois donc j'oublie, si je ne dors pas chez moi, j'oublie de les emmener ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« C'est sûr que, maintenant, je ne vais pas l'oublier (la pilule) *parce qu'avant... heu, avant, ça m'arrivait d'oublier mais, maintenant, non, je ne vais plus oublier parce que je ne veux plus refaire d'IVG. Je ne vais plus oublier, c'est sûr maintenant… ah non, c'est bon ! C'est un cap à passer… non, je ne veux plus faire ça donc il faut être très prudente et bien prendre ses médicaments ».*
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

« Aujourd'hui, heu, aujourd'hui, ma priorité c'est d'être régulière dans ma pilule… parce que c'est clair que non, ah non, je n'aimerais plus revivre ça, j'ai quand même souffert, hein, ce n'est pas anodin ! »
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Enfin, plusieurs femmes ont évoqué l'incompatibilité entre pilule et tabac.

Le stérilet procure le confort d'un contraceptif mis en place pour une durée de plusieurs mois. Cependant, il n'inspire pas confiance. Toutes les femmes rencontrées ont eu, dans leur entourage proche, l'expérience d'une grossesse non désirée sous stérilet.

« Le stérilet, je trouve que c'est bien. J'ai des bons échos. Mais je connais deux proches qui sont tombées enceintes sous stérilet et ça me fait peur, enfin, même avant, je veux dire, c'est pour ça que je n'ai pas pris la décision de mettre un stérilet ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Il n'est pas inintéressant de rapprocher cette donnée du témoignage d'une professionnelle de santé mettant en doute l'efficacité de cette contraception quand le suivi est assuré par le médecin traitant.

« La plupart du temps, ce n'est pas un gynéco, c'est le médecin traitant... le stérilet, elles font vérifier par le médecin traitant... donc sans appareil d'écho, la plupart du temps et le nombre de fois qu'elles viennent, elles sont enceintes sous stérilet... au toucher donc sans image, alors un millimètre, deux millimètres, ça change... si je demande, pourquoi vous n'avez pas fait vérifier, elles disent, mais si, j'ai fait, avec mon médecin traitant... il a un appareil d'échographe ? Non… voilà, le médecin traitant, il suit le stérilet ».

« Après, l'Implanon, je sais qu'il y en a qui ont enlevé parce que ça n'allait pas du tout, avec des gros effets secondaires, voilà ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

L'usage du préservatif semble toujours exclu dans les couples institués. C'est très net dans le témoignage des femmes mariées ou qui l'ont été. C'est également le cas pour des concubinages de plusieurs mois, le préservatif a été utilisé au début de la relation puis la relation s'ancrant dans le temps et la confiance s'installant entre les partenaires, il a été banni pour vivre des rapports dits plus naturels.

« Avec mon mari, il n'y avait pas de préservatif ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« Le préservatif, quand on est avec quelqu'un depuis longtemps, on a envie de quelque chose de naturel… raison de confort et de confiance. Je pense qu'à un moment donné, heu, le préservatif,

ça protège, c'est vrai, mais à un moment donné, on se fait confiance donc on se dit qu'on peut le faire sans aussi ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« J'ai utilisé quand j'étais jeune, mais pas avec mon mari, on n'utilise pas ça ».
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« Au début, au début vraiment de notre rencontre, on a pris des préservatifs mais ça n'a pas duré, hein… donc, le préservatif, je ne peux pas en parler parce que je ne sais pas comment c'est, enfin, je ne me rappelle plus. Je ne sais pas si par rapport aux rapports sexuels, si ça gêne, ça ne gêne pas… donc les préservatifs, bah, nous, on est un couple, je pense, fidèle donc ça ne m'intéresse pas, heu, le préservatif féminin, encore moins, je ne connais pas… j'ai déjà vu mais le mettre, je n'ai jamais fait ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

De manière générale, dans ce que rapportent les femmes, les hommes, s'ils l'acceptent plus ou moins facilement aux tous premiers rapports sexuels, refusent systématiquement ce mode de protection très rapidement.

« Le préservatif, ce n'est pas la peine d'y penser parce que Monsieur, cette question, ce n'est certainement pas son affaire, comme il dit, à mon âge, faire l'amour avec un préservatif, bah, non, hein, jamais, il n'est plus au lycée hein, ni à la fac ! Voilà ! »
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

Autrement dit, la maîtrise de la fécondité est d'autant plus ardue que la responsabilité en incombe uniquement aux femmes. L'exemple de l'IVG est, à cet égard, éclairant sur la place des hommes. Cette observation converge avec les hypothèses de Laurence Pourchez dans ses travaux anthropologiques sur La Réunion[12].

« La place des hommes ! Pas beaucoup, pas une grande place ! On ne les voit pas trop, il y en a deux ou trois qui sont accompagnées mais on ne les voit pas trop, c'est plus une affaire de femmes, je pense ».

La place des hommes dans le « parcours IVG »

Les professionnelles ont tenu des propos assez tranchés et assez durs à l'égard des hommes concernant leur désinvestissement dans le «parcours IVG». Leur présence a même, parfois, été mise en lien avec la vérification qu'ils veulent opérer de l'effectivité de l'IVG.

« Les garçons s'impliquent dans la démarche seulement quand ils veulent que la fille fasse une IVG, sinon, il n'y en a pas un sur dix qui accompagne ».

« Ils viennent très peu... très peu. Quand ils viennent, les hommes, la majorité du temps, je les félicite, je leur dis, c'est bien parce que c'est très rare et puis vous savez, elle n'a pas fait ça toute seule ! Encore une fois, c'est nous qui passons à l'abattoir, que ce soit pour l'accouchement, que ce soit pour l'IVG et on n'est pas responsable de tout dans cette histoire et généralement, moi, je prends mon pied à leur dire ça ! C'est vrai que tout le monde a droit a cette remarque heu... je pense que... heu... moins on les voit, mieux ils se portent... ils viendront les chercher mais après quand ce sera terminé, ils ne veulent pas voir ça, ils font l'autruche, l'essentiel, c'est que tu reviennes à la maison et qu'il n'y ait plus de bébé... c'est lâche, ouais, je pense, ouais, c'est lâche ».

« La place des hommes dans tout ça… heu, j'ai l'impression qu'ils ne se sentent pas très concernés… ils viennent chercher ou conduire. Mais ça, c'est inhérent à la société réunionnaise

[12] *Infanticide et représentation de la vie à La Réunion, op., cit.*

qui est assez machiste, finalement, enfin, moi, je trouve… enfin, peut-être que ça va changer avec la nouvelle génération mais je trouve les jeunes aussi assez désinvestis de ça ».

« Ils sont souvent absents, peut-être en arrière plan, quand même… parfois à l'origine de la demande… je suis amenée à en rencontrer parfois, quand c'est des entretiens individuels, je leur propose de venir, il y a des fois des choses qui se mettent en place, malheureusement, c'est assez rare… ça, c'est moi qui le dit parce qu'à mon sens il faudrait pouvoir les voir… en entretien pré IVG. J'en vois parfois des hommes jeunes, le copain qui accompagne, pas souvent mais parfois, qui sont là en tant que soutien psychologique. Il y a quelques années, je ne les voyais pas et, là, ça se démocratise un peu, comme s'ils se sentaient partie prenante. Les hommes plus mûrs, on ne les voit quasiment pas. Je les sens moins partie prenante. Il y a quand même beaucoup, beaucoup de femmes seules, les femmes décident pour elles-mêmes et il y a beaucoup de femmes qui sont, qui vivent seules, elles prennent seules la décision ».

Selon certaines informatrices professionnelles, une évolution est à l'œuvre dans le sens de plus d'implication des hommes aux côtés des femmes quand il y a recours à l'IVG.

« De plus en plus… parce que ça fait quand même presque vingt ans que je travaille en orthogénie… je trouve quand même par rapport au début, je vois quand même beaucoup plus de messieurs… que ce soit le petit copain ou le mari ou le concubin mais je vois quand même beaucoup plus… d'hommes qu'il y a dix ans, quinze ans et ce sont des hommes qui, non seulement, accompagnent mais qui, qui viennent avec la femme en entretien, qui suivent la femme, enfin, je veux dire, ce n'est pas juste venir avec et rester assis à attendre. Oui, moi, je trouve que je les vois beaucoup plus, déjà physiquement et beaucoup plus impliqués ».

« Il y a quand même pas mal d'IVG qui sont faites sans que les maris soient au courant. Il y a les deux, il y a les deux cas… il y a, par exemple, la fille qui sait que le garçon ne souhaite pas une grossesse et qui le fait quand même en se disant, une fois devant le fait accompli, il dira : oh, c'est merveilleux ma chérie, etc ! Et manque de pot, il lui annonce qu'il va se tirer si… et crac elle fait l'interruption de grossesse… et il y a aussi le contraire, il va se tirer si je fais une interruption de grossesse, s'il le sait donc on ne dit rien, on vient en douce et comme ça tout est bien ».

Ce qui vaut pour l'IVG vaut également pour la contraception et la maîtrise de la fécondité. Elles restent des *« affaires de femmes »* dont la majorité des informatrices ont rapporté porter seule la responsabilité, dont les hommes se préoccupent peu et sont peu ou prou désengagés.

« La contraception… je n'en parle pas… avec les hommes, non (rire) ! »
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Cela signifie, d'abord, que les jeunes filles et les femmes doivent donc être autonomes dans l'acquisition et l'appropriation des informations nécessaires à la connaissance de leur fonctionnement biologique procréatif et à l'adoption d'une contraception adaptée et efficace. Cela soulève, ensuite, la question cruciale des rapports entre les sexes vis-à-vis de la maîtrise de la fécondité, de la contraception ainsi que de la sexualité, de la conjugalité voire même de la parentalité.

« Un homme s'en fout, hein, ah oui, un homme s'en fout ouais ! Ah oui, hein ! Non, non, ils s'en foutent pas mais on dit en créole, quand il met dedans, il s'en fout, hein ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

Plusieurs personnes interrogées ont ainsi exprimé l'idée selon laquelle la société réunionnaise d'aujourd'hui se caractérise par une place des femmes encore trop dévalorisée.

« Les hommes ne sont pas sérieux (rire) ! Ah oui ! Heu, comme on dit, les hommes préfèrent être libérés, pas une vie de ménage, pas une vie de couple, non ! C'est juste l'ambiance, s'amuser... eux... passer, repasser, fais comme tu veux... et laisse-moi sortir... une femme est toujours toute seule en fin de compte ».

Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

En effet, dans un contexte global, et réunionnais, de rapports sociaux de sexes opérants, en matière de sexualité et de contraception, les femmes et les hommes ne sont pas en situation équivalente.

« Parfois j'ai honte d'être un homme dans ce monde machiste ! »

Eléments sur les rapports de genre en matière de sexualité

Pour les informatrices qui se sont exprimées, la vie sexuelle prendrait place dans une relation sentimentale et serait plus importante pour les hommes que les femmes.

« Les hommes, ils ont plus de facilité à… un coup d'un soir, on va dire, des trucs comme ça et pour une femme, c'est autre chose, il faut des sentiments quand même ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Ah oui, oui, oui, d'après les dires de mon père et tout ça et tout ça et puis j'entends mes beaux-frères parler, j'entends plein d'hommes parler, c'est vrai que c'est important pour eux et pour quelques femmes aussi mais moi, je ne rentre pas dans le lot de ces femmes-là, je veux dire, c'est vrai que ça me manque, c'est vrai, au bout de quinze jours, mais ce n'est pas tous les jours, voilà ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Je pense que les hommes, heu… c'est comme un instinct animal en quelque sorte, il ne faut pas forcément de sentiments, si une femme lui plaît, bah, voilà, il suffit qu'il la rencontre une fois et puis voilà. Tandis que, pour nous, les femmes, je pense qu'il y a quand même ce… ce sentiment, peut-être pas un sentiment mais il faut quand même que la personne à côté nous plaît, qu'elle soit… qu'elle rentre un peu dans nos critères quand même, ce n'est pas n'importe heu… n'importe quel homme qui vient et voilà ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« La sexualité… ce n'est pas… ce n'est pas indispensable. En quelque sorte, je veux dire, je peux vivre sans. Pour moi, il faut avoir la bonne personne, qu'il y ait les sentiments et tout mais sinon je peux vivre sans. Si je n'ai pas confiance en la personne à cent pourcents, ben, je n'ai pas forcément heu… l'envie de… d'avoir des rapports avec lui… enfin, je n'ai pas connu beaucoup d'hommes mais sinon, je pense que oui, oui, je veux dire, au début avec mon mari, ça… ça… ça allait, voilà (rire). Avec l'amour, parce qu'il faut avoir les sentiments mais c'est vrai que… heu… c'est un tout, je veux dire, si on est bien dans sa vie avec la personne, ben, ça se ressent forcément dans les rapports parce qu'aux derniers moments, avec mon mari, même si on avait des rapports, ben, je me sentais plutôt mal après ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« Les hommes, ils couchent plus facilement que nous, nous, on couche, heu… eux, ils ont, en fait, un besoin physique à satisfaire. Il y en a qui peuvent s'en foutre, de ne pas avoir de sentiments. En fait, il suffit, je pense, qu'ils aient envie de cette dame… moi, je ne peux pas et je ne m'imagine pas coucher avec quelqu'un pour qui je n'ai pas de sentiments, que je n'aime pas, que je n'ai pas envie de construire quelque chose avec lui. Moi, je ne couche pas comme ça pour coucher, pour satisfaire un besoin physique… déjà, je n'ai pas un penchant sexuel assez, heu, comment dire, comment on dit ça, je ne sais pas, il y a des personnes qui sont très sensibles, qui ont un besoin sexuel, comment dire, fréquent, je ne sais pas comment on dit, ce n'est pas mon cas du tout. Mais c'est vrai que si tu es bien avec quelqu'un, que tu l'aimes et tout, c'est normal que ça se produise, c'est un truc, heu… bah, c'est l'aboutissement, voilà, de l'amour, vous vous aimez et puis voilà, l'un se donne à l'autre, pour moi, c'est ça ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

La sexualité, *« pour moi, ça va être plutôt du plaisir et de l'amour mais, ça ne compte pas trop… non… non, pas trop… non… ce n'est pas pareil, hommes et femmes… il y a des hommes qui ne savent faire que ça et, moi, en tant que femme, je ne pense pas à ça… quand ça arrive, ça arrive mais sinon non ».*
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

« La joie, comme on dit, les sensations...après, comment dire, heu, la tristesse aussi, ben quand vous aimez quelqu'un et après, au moment quand vous tombez enceinte vous n'êtes plus avec, ça gâche tout. La différence entre une femme et un homme... lui, un homme, il adore le sexe et les femmes, je ne dis pas que les femmes n'aiment pas, hein, mais un homme plus qu'une femme s'en fout... une femme se respecte quand même mais un homme non ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

Du point de vue de la sexualité, il semble également que la relation ne soit pas égalitaire. Il est plus difficile, d'une part, pour les femmes d'exprimer ou d'imposer un choix comme le montre l'usage du préservatif masculin. D'autre part, le désir et le plaisir masculins semblent prédominants.

- *« Mon copain m'avait demandé si je prenais un moyen de contraception. J'avais dit non, parce qu'il m'avait dit que, lui, il n'aime pas mettre le préservatif. Ben, je lui ai dit que moi, je ne prenais pas la pilule, donc il fallait s'adapter avec le préservatif… heu… il l'a utilisé une fois… en fait… ce n'est pas qu'il ne voulait pas mettre mais heu… mais il n'a pas mis.*
- *Quel âge a votre copain ?*
- *On est obligé de répondre ?*
- *Non. Est-il plus âgé que vous ?*
- *Ouais ».*
  Jessica, 17 ans (premier rapport sexuel, première IVG, mode médicamenteux)

« Les préservatifs, j'ai déjà utilisé mais ça fait déjà un an et demi que je suis avec mon copain, on s'est dit … les préservatifs, ça protège de tout ! Les maladies aussi, parce qu'il ne faut pas penser que ça protège que d'avoir des enfants, il faut penser aux maladies aussi… en fait, c'est mon copain qui m'a fait changer d'avis là-dessus, personnellement, je ne voulais pas arrêter d'utiliser mais après, vous savez, avec l'influence… les garçons, ils disent que c'est mieux sans ! Donc heu… moi, je ne trouve… je préfère être avec et être rassurée mais bon… en fait, c'est ça aussi qui m'a mis les boules, enfin, je vais être franche avec vous, on était dans l'action et lui, pof… et ça m'a énervée en fait ».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« Ils passent leur temps à flirter de droite à gauche, c'est tout à fait normal… ouais… la femme, elle le fait avec désir et ben, là, elle perd sa virginité et si après le gars, elle n'est plus avec lui, c'est elle qui a tout à perdre ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Il avait déjà connu des femmes mais j'ai eu l'impression que je n'ai pas appris plus que ça avec lui, hein, j'ai eu l'impression qu'il cherchait plutôt son plaisir personnel à lui que le mien, si moi, je n'arrivais pas à être satisfaite, l'important, c'est que lui, il l'était ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« Ces jeunes filles ne s'aiment pas. Elles ne se respectent pas. Elles n'ont aucune estime d'elles-mêmes. C'est la première chose… et tout ça pour un gars, en général. Les garçons ne veulent pas mettre de capotes, les filles acquiescent car on ne mange pas le saucisson avec l'emballage… elles sont esclaves du désir de l'homme… elles n'ont pas de plaisir, elles ne trouvent d'épanouissement dans la sexualité ».

Eléments sur les rapports de genre en matière de parentalité

« Etre sans enfant… non… si je n'avais pas, j'aurais fait je ne pourrais pas… on a toujours besoin d'un enfant… sans bébé, la vie est ratée… parce que c'est de l'amour… il va venir te faire des câlins, des bisous, avoir le sourire, tu es heureuse, plein de trucs ».
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Une distorsion entre les postures dites féminines et masculines a, également, été souvent soulignée par les femmes ayant eu recours à l'IVG interrogées en matière de parentalité.

« Je pense que la femme, elle s'implique beaucoup plus alors que l'homme, enfin ça dépend des familles mais dans la plupart des cas que je vois autour de moi, les amis, la famille, ben, l'homme, en fait, heu… il a plus le rôle de géniteur en quelque sorte (rire). Mais celle qui va savoir heu, les mimiques des enfants, s'il est malade, qui va vraiment pouvoir décrypter quoi quand l'enfant n'est pas bien, ben, c'est la mère, tandis que le père, non. Le père, il prend ses enfants un week-end sur deux, le temps des vacances mais il ne va pas connaître certains petits trucs de l'enfant quoi, même des fois, la pointure de ses enfants, il ne sait pas quoi… des petits trucs comme ça. Je trouve que la mère est beaucoup plus impliquée que le père… c'est triste ! Peut-être que c'est l'instinct maternel mais je trouve, je ne sais pas, que la femme, elle a ce rôle de mère, de femme de ménage dans la maison, de cuisinière… si à chaque fois qu'une femme est enceinte, les hommes partent, c'est trop facile aussi ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

L'accès déficient à la contraception

Outre, la méconnaissance voire la désinformation qui peut exister et qui n'est pas propice au recours à une contraception satisfaisante car choisie et adaptée, une autre réalité rend difficile l'autonomie et la maîtrise par les femmes de leur fécondité non soutenues par les hommes. En effet, pour certaines d'entre elles, l'accès à la contraception n'est pas encore un objectif réalisé. Selon les personnes interviewées, c'est aujourd'hui un enjeu de première importance concernant les mineures.

« Les mineures, elles n'ont pas accès à une contraception de notre temps, vous avez des pilules qu'on ne peut pas leur donner puisque ce n'est pas remboursé, c'est un vrai problème ça quand même… je ne sais pas pourquoi on se creuse tant la tête vis-à-vis de l'IVG, on devrait plus se creuser la tête vis-à-vis de la contraception, œuvrer pour que la contraception soit remboursée. Pour les étourdies, qui oublient la pilule, maintenant il y a des pilules avec des placebos, il y a vingt-huit comprimés mais au lieu d'en avoir vint et un actifs et sept placebos, il y en a vingt-quatre actifs et quatre placebos. Donc vous avez une protection plus importante. Donc là, il n'y a pas de question à se poser, on prend un comprimé tous les jours. Mais jamais les gamines ne pourront les avoir ici, ce n'est pas remboursé… l'anneau, ça pourrait être une bonne alternative mais on ne peut pas en mettre des anneaux, ce n'est pas remboursé… mais c'est quand même dommage, franchement, moi… puis en plus les campagnes sont mal faites. Elles sont démodées, on présente toujours la contraception contre quelque chose, contre la grossesse. On ne devrait pas présenter que comme ça, on devrait dire que les femmes qui sont sous contraception sont des femmes qui sont plus souvent suivies donc qu'on va plus facilement dépister chez elles un cancer du sein, un cancer du col, je ne sais pas… et on peut leur faire des piqûres, vous savez, la contraception psychiatrique. On s'est rendu compte que l'éducation sexuelle était un leurre puisque heu… on a beaucoup tablé là-dessus en se disant l'éducation sexuelle à l'école, c'est formidable, il n'y aura plus de mineures enceintes. En fait, c'est un leurre ou ça ne marche pas ou c'est mal fait heu… en plus, les campagnes de contraception, il faudrait qu'il y en ait une ou deux par an, si vous voulez, il y en a une tous les dix ans et puis pas adaptée à un public jeune ».

Il faudrait *« rendre la contraception encore plus accessible, bien qu'elle soit déjà assez accessible… je dirais assez… parce que, déjà, la pilule du lendemain, le weekend end, la PMI, l'AROF, l'infirmière de l'école ne sont pas là, les pharmacies de garde, c'est une pharmacie dans une ville, parfois dans une ville, il n'y a pas de pharmacie de garde ouverte, il faut passer dans une autre ville et puis j'ai le témoignage de quelques jeunes filles quand même qui… même à l'heure actuelle, bon, il y a des pharmaciens qui ne délivrent pas facilement, ils posent cinquante*

questions avant de délivrer, ça je pense qu'un ado dès qu'on commence à être un peu trop… policier, gendarme, ben, ça y est, c'est fini, on s'en va ! Donc il y a ça, rendre un petit peu plus accessible et puis rendre les pilules non remboursées qui sont quand même mieux que les classiques anciennes, donc si on pouvait au moins rembourser, heu… si on pouvait au moins rembourser, donner en tous cas gratuitement certaines de ces nouvelles pilules qui sont mieux, vraiment, au niveau prise de poids, au niveau boutons, au niveau de tous ces genres de problèmes, peut-être qu'il y aurait plus d'adhésion à la pilule, peut-être que ce serait mieux toléré, mieux accepté ».

Le moins bon accès aux services de prévention du Conseil général réduit les possibilités pour les jeunes filles d'accéder à des contraceptifs, des médicaments et des examens proposés gratuitement sans aucune condition.

« Les filles ne peuvent même pas prendre la carte vitale de leur mère et personne ne distribue la pilule… depuis que les AROF ont fermé, rien n'a remplacé… les acteurs politiques manquent à leurs devoirs, on laisse la population féminine sans accès à la contraception... les femmes, ici, sont laissées pour compte... les filles de treize, quatorze ans n'ont accès à rien du tout ».

Au regard des remarques précédentes, il est intéressant de comparer délivrance de la contraception gratuite et anonyme et interruption volontaire de grossesse. Rappelons que pour les bénéficiaires de la CMU, le recours à l'IVG est gratuit. Pour les mineures, il peut également être gratuit et anonyme. Il semblerait donc que, dans certaines situations, il est plus facile de recourir à l'IVG que d'adopter une contraception. Cet « effet pervers », en termes de prévention, de l'accessibilité à l'IVG à La Réunion a été pointé par des patientes comme par des professionnel-le-s.

« J'avais peur surtout, je pensais que c'était quelque chose de… ben, comme disait mon entourage, que ça allait faire mal, mais en fait, non, c'est simple, c'est vite ».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« Ce que j'ai aimé, c'était rapide quoi, presque pas de douleurs, expulsion rapide, on est soulagée… je comprends pourquoi il y a des femmes qui font des IVG à répétition… je comprends, c'est trop facile, je veux dire, c'est… ça m'a impressionné, je ne pensais pas comme ça… plus douloureux, peut-être psychologiquement aussi je pensais que c'était plus dur parce que c'est vrai que… c'était dur, je ne dis pas que ça n'a pas été dur mais après on se sent bien, après on se sent bien donc comme on saigne, on saigne, on saigne, c'est le cours normal, je veux dire, ça revient. Je dis que c'était facile dans le circuit et tout… si ça n'existait pas, on aurait fait avec, hein, on n'aurait pas eu le choix donc, heu, je veux dire, on aurait, enfin, peut-être qu'on aurait plus fait attention aussi parce que… de toutes façons, moi, dans ma tête, s'il arrivait quelque chose, c'était clair et net que j'aurais recours à l'IVG donc on a le choix, c'est peut-être aussi pour ça que je n'ai pas été régulière ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Je pense que chez nous il y a encore un tabou chez les jeunes pour parler de contraception avec les parents, ce qui les oblige à avoir recours à l'IVG parce que heu… en fait, il est plus facile de faire une demande d'IVG que de parler pilule, que de parler contraception avec la maman, d'autant plus maintenant avec la loi… je crois que c'est encre un sujet tabou ».

« La CMU ! C'est la CMU ! Non, ce n'est pas seulement ça mais je veux dire, ici pour la contraception, on est vraiment dans une médecine à deux vitesses donc comme l'IVG est remboursée à cause de la CMU, autant faire une IVG que de se casser la tête… bon, je vois bien, les médecins me le disent et les dames me le disent : je n'avais plus de pilule ».

Tous ces éléments sont à prendre en compte et c'est l'intrication de ces réalités complexes qui touchent à l'intimité de la personne humaine, aux rapports de genre et à l'éducation des enfants en général qui est à l'origine de bien des grossesses non désirées donnant lieu, pour partie, à leur interruption.

5 - Quelques raisons de la grossesse non désirée et des motifs du recours à l'IVG chez les informatrices rencontrées

« Peut-être qu'elle n'a pas de rapports réguliers, peut-être qu'elle n'a pas de copain et peut-être un jour un copain arrive et puis ben, voilà... et puis souvent, on rencontre aussi des dames qui ont un désir et puis au moment où elles sont enceintes, elles ne veulent plus... ça aussi, c'est moche... elles ne veulent plus, ça arrive souvent ».

« Parce que soit elles sont trop jeunes et elles ne se sentent pas prêtes et c'est les parents. On va dire qu'elles pensent que c'est trop tôt, après, vous avez celles heu... qui ne pensaient plus pouvoir tomber enceintes, qui sont en ménopause et donc c'est le malvenu, celui qui débarque heu... vous avez celles aussi qui ne s'attendaient pas à tomber enceintes du fait qu'elles ont pris la pilule pendant des années et que ça fait peur, parce que professionnellement, parce que... surtout professionnellement... et voilà, c'est les raisons ».

Pourquoi une grossesse non désirée ?

Au moment du rapport ayant donné lieu à la grossesse non désirée, seulement deux informatrices sur douze utilisaient une contraception régulière, en l'occurrence, la pilule. Les autres utilisaient occasionnellement, et pas forcément correctement, le préservatif ou n'avaient aucun moyen de contraception. Autrement dit, le rapport sexuel ayant occasionné la grossesse interrompue par l'IVG n'était pas protégé.

- *« Vous doutiez-vous que vous étiez enceinte ?*
- *Oui…*
  Pour quelles raisons ?
- *Ben, déjà, mes règles… et puis, il y avait les envies aussi, je trouvais ça bizarre… c'était un rapport non protégé… en fait c'est plutôt qui … C'est par rapport plus à ça que je me doutais ».*
  Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

Pour les femmes qui prenaient la pilule, la prise n'en avait pas été conforme aux bonnes conditions d'utilisation pour une contraception efficace.

« Je prends la pilule mais c'est vrai que ces derniers temps j'ai pas mal fait la fête et heu… donc heu, trop d'alcool donc ça n'a pas marché… malheureusement ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Pour moi, jamais ça ne serait tombé sur moi, c'était heu… j'étais sous contraception, Lutéal, mais c'est vrai que je ne suis pas très régulière. Ca n'a jamais posé de souci, je veux dire, j'oubliais le soir, je reprenais le matin, c'était… je savais que j'avais douze heures de sécurité. Donc j'ai eu mes règles et puis je… c'est vrai que deux jours, trois jours après je reprenais la pilule mais là, c'était le week-end et je n'ai pas retrouvé, je ne me suis pas rendue compte et tout et puis ça a duré encore quatre jours, j'ai été chez le médecin, j'ai eu ma prescription, j'ai repris ma pilule. Bon, ben, je veux dire, heu, moi aussi comme je n'étais pas régulière, j'ai dit, bon, il n'y a pas de souci, c'est vrai que j'ai eu des rapports à ce moment-là mais sans penser que… c'était le week-end, la pharmacie fermée et tout donc j'étais de nuit, donc ça a pris un peu plus de temps pour que j'aille chercher ma pilule, je pense que c'est ça qui a occasionné la grossesse. Je savais que j'étais fertile parce que pour ma fille, le mois d'arrêt, ça a été… même après plusieurs années de pilule, le mois où j'ai arrêté je suis tombée enceinte, tout de suite. Mais bon, sans penser que ça allait… c'est vrai qu'à ce moment-là je faisais des nuits, j'étais fatiguée, j'étais exécrable, heu, je ne comprenais pas trop, je voyais mes seins qui grossissaient mais bon, sans me rendre compte que… parce qu'en période hormonale, ça grossit aussi et puis je fais attention à mon poids, je montais sur la balance, ça ne bougeait pas… je dis, hum… ce n'est pas que… je ne sais pas, ça m'a traversé l'esprit, ça n'arrêtait pas, je pensais, ben : si j'étais enceinte, hein. Parce que j'avais

aussi un retard, un retard de trois, quatre jours même et ça ne m'arrivait jamais… et le lendemain, je suis allée faire un test, un test urinaire ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

La rupture du préservatif a été invoquée.

« J'ai vu que mes règles ne sont pas arrivées donc j'ai supposé que j'étais enceinte, j'ai fait les examens, ça a dit que j'étais enceinte… je n'avais pas du tout de contraception… comme ça ne faisait pas longtemps qu'on était ensemble… et, bah, la capote a explosé ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

Une femme avait fait enlever le sien sans reprendre une contraception qu'elle quelle soit. Deux autres devaient aller se faire poser un stérilet et avaient tardé dans leur démarche.

« Après, j'ai mis un stérilet, voilà et puis au bout de... je ne sais pas... j'ai enlevé parce que c'était la dernière date pour, parce que jusqu'à six mois, non, six ans, six ans, dernière date, il y a une date pour enlever le stérilet donc j'ai enlevé et puis après, bon, ça s'est passé ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

« Ca fait cinq mois que j'ai arrêté la pilule parce que je fume des cigarettes et, apparemment, ce n'est pas bien. Comme je ne couchais pas avec mon mari… bon, on contrôlait le jour, on a fait une fois et c'est tombé… en plus, j'avais fait une opération, on m'a enlevé une trompe, on m'a dit que je ne peux pas avoir des enfants et ce n'était pas vrai, j'ai eu ma fille et, là, je suis tombée enceinte, j'ai attendu un mois et j'ai dit : non, ce n'est pas possible.
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Plusieurs informatrices ont, en effet, évoqué un problème de compatibilité entre pilule et tabac, éventuellement en en faisant un motif d'arrêt de la contraception hormonale.

Les jeunes femmes mineures n'avaient aucune contraception, celle de dix-neuf ans non plus.

- *« Je n'avais pas de contraception… non, c'est ici, on m'a conseillé de prendre la pilule.*
- *Est-ce que le risque d'être enceinte existait pour vous ?*
- *Oui ».*
  Vanessa, 16 ans (première IVG, mode instrumental)

« La contraception… je ne prenais pas au sérieux donc c'est ça aussi et après la mentalité d'une jeune fille, je ne sais pas, ce n'est pas pareil que celle d'une adulte, je suis sûre… ben, je ne sais pas, quand on est jeune, on a tendance à faire un peu n'importe quoi, bah, un peu, oui. »
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« La plupart du temps, qu'elles aient dix-huit ou quarante ans, elles vous répondent, pas de contraception... alors, si elles n'ont pas de contraception, et bien, elles n'ont pas de contraception ! Je peux vous dire qu'elles ne passent pas par trente six chemins pour vous dire qu'elles n'ont pas de contraception... alors, de temps en temps, je me dis, peut-être qu'elles croient qu'elles sont en ménopause, très jeunes, elles pensent peut-être ne pas le faire ou ce n'était pas prévu au programme (le rapport sexuel) ou elles pensent être trop jeunes pour tomber enceintes, je ne sais pas... mais, la plupart du temps, elles n'ont pas de contraception ».
« On va dire, un échec de contraception, dans un bon nombre de cas, je pense que c'est la réalité mais parfois il n'y a pas de contraception ou on l'utilise n'importe comment, on fait ce qu'on veut, quoi ».

Pourtant, très souvent les informatrices ont fait part de leur surprise à la découverte de la grossesse. C'est généralement l'absence ou le retard des règles qui constitue un signal d'alerte et suscite une réaction.

« Ben, comme mes règles n'étaient pas encore arrivées, ben, je suis partie à la PMI, à côté de mon lycée et j'ai fait un test de grossesse, ben, là, on m'a dit que c'était positif, ben, sur le coup, ben, j'étais un peu… choquée, quoi ! J'étais… parce que… je ne voulais que ça m'arrive ça, je ne voulais pas que… enfin arriver jusque là… un peu surprise, ouais (elle sourit)… bon, je m'attendais un peu que ça allait être comme ça mais quand j'ai appris que c'est positif, ça m'a surpris quand même ».
Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« J'ai été surprise... ben comme d'habitude tous les 20, 21 du mois, j'ai mes règles et là, je vois qu'il n'y a pas de règles donc... je ne veux pas, pas en ce moment, non ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

« Comment j'ai su que j'étais enceinte ? Heu… ben, en fait, c'est parce que j'avais souvent des fatigues et j'allais souvent aussi aux toilettes… heu… en fait je ne m'y attendais pas… avant, je ne voulais pas de moyen de contraception, parce qu'au niveau de la religion aussi ce n'est pas accepté... voilà... il y a aussi parce que ma mère, elle est contre la contraception ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« La prévention par rapport aux grossesses non souhaitées, ça ne passe pas, ce n'est pas que ce n'est pas fait, c'est que ça ne passe pas, ça ne s'imprime pas, c'est un peu comme la prévention du sida puisque je travaille dedans. Ca ne peut arriver qu'aux autres. Il y a un décalage entre la réalité qui peut s'imposer et heu, la façon dont on l'envisage. Peut-être plus les jeunes femmes mais même des femmes plus âgées, trente cinq ans, quarante ans, qui ont une contraception mais qui n'ont pas pris leur pilule à temps, qui ne s'inquiètent pas et qui se retrouvent enceintes et qui disent : ah, je ne comprends pas, plusieurs fois, ça m'est arrivé et j'ai pris deux comprimés et il n'y a pas eu de souci. Je dis : vous êtes quand même au courant que ça ne marche pas comme ça, vous êtes toujours passée entre les gouttes, façon de parler, mais… et elles sont étonnées, alors intellectuellement, elles sont au courant mais elles pensent que ça ne pouvait pas leur arriver. Il y a quand même un fort décalage, l'intellect passe mais… cette façon de se sentir hors d'atteinte ».

La question de la maternité est extrêmement complexe. Elle synthétise une dimension sociale - les rôles de genre ont été évoqué plus haut et le statut social octroyé par la maternité est un élément à ne pas négliger à La Réunion - ainsi que des données individuelles d'ordre psychologique. La maternité se confond parfois avec la féminité ou, pour le moins, constitue un fondamental dans la vie d'une femme, c'est ce qu'ont expliqué les femmes rencontrées. Il en découle souvent un dilemme plus ou moins conscient entre poursuivre et renoncer à la grossesse. C'est particulièrement notable dans les propos tenus par les mineures, un développement spécifique y sera consacré[13].

« Je pense que, effectivement, ce n'est pas si anodin que ça, que ça n'arrive pas par hasard, même un oubli de pilule, enfin, ça, c'est mon avis ».

« Avoir des enfants, c'est ce qui représente la femme ».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« Je pense que je ne pourrais pas concevoir une vie sans être maman, ça c'est clair et l'envie d'être maman est arrivée à un moment donné, c'était ça quoi, je ne vivais que pour ça et heureusement que je n'ai pas eu de difficultés à l'avoir, ah non, c'était impensable d'être… d'être une femme sans être mère, ouais ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« J'ai toujours voulu être mère depuis étant jeune quoi, je ne m'imaginais pas ne pas avoir d'enfants, donc j'ai été très contente quand j'ai eu mes deux enfants, voilà, heu… moi, j'aime les enfants et donc j'aime bien m'en occuper même si c'est vrai que toute seule, ce n'est pas facile. Le papa, il vient prendre un week-end sur deux, la moitié des vacances et tout… voilà mais sinon,

[13] Cf. ANNEXE 2 sur les IVG chez les mineures.

pour moi, c'est un bonheur même si c'est difficile. Parce que, des fois, il y a des femmes qui n'osent pas dire que c'est difficile parce que pour elles… ah, c'est une mauvais mère ou quoi ! Non, non, moi, j'aime mes enfants, je m'en occupe mais toute seule, ce n'est pas facile… pour moi, en tous cas, si on m'avait dit que je ne peux pas avoir d'enfants, ben, j'aurais été très triste, quoi… j'aurais voulu au moins un enfant à moi, voilà ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« Une joie… une joie, mes enfants, c'est ma fierté… c'est super d'être maman… je ne sais pas moi… de prendre soin de ses enfants… de les avoir en bonne santé ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

Pourquoi une interruption ou non de cette grossesse ?

La plupart des informatrices estiment avoir pris elles-mêmes la décision de recourir à l'IVG, éventuellement en couple.

Les hommes peuvent être dans le désir de la grossesse et de l'enfant en divergence avec leur compagne qui souhaite recourir à l'IVG.

« Lui, il ne voulait pas que j'enlève. Ah oui et puis je lui ai fait un lavage de cerveau, je lui ai dit, non, ce n'est pas possible parce qu'il n'est pas seul à décider, il faut que je décide aussi… pas content, hum… oui, encore… même ce matin, il est venu me déposer et puis il dit : ouais, c'est ta famille qui t'a influencé parce qu'en fait, heu, il n'a pas une bonne relation avec mes parents, ils ne se parlent pas. Il m'a dit : ouais, ils ne m'aiment pas, ils ne veulent pas que tu aies un bébé de moi et tout. J'ai dit : non, attends, c'est ma décision, je suis majeure maintenant donc il n'y a rien à voir mais il ne veut pas entendre ».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

Parfois, il apparaît néanmoins, que la posture du conjoint, voire la pression exercée par un homme, coupe court à toute réflexion de poursuivre la grossesse malgré le désir qu'il en existe chez la femme.

« J'ai dit : est-ce qu'on ne peut pas faire autrement ? Parce que c'est vrai qu'il faut changer de maison, enfin, changer de maison, agrandir la maison, agrandir la voiture, oui, changer de voiture… bon… parce que j'adore les enfants, j'adore être enceinte, j'aime bien cette, cette situation-là, je veux dire, heu, les bébés, c'est vrai, c'est adorable mais il faut… oui, après, j'ai réfléchi, j'ai dit, non. C'est vrai que financièrement, ça posait un souci mais que… je voyais à long terme, l'éducation des enfants, c'est ça qui pesait le plus pour moi. J'ai dit : est-ce que je serai encore capable, dans dix ans, j'aurai quarante-six ans, il aura juste dix ans… mon mari, il a dit : tu réfléchis si tu veux mais moi, ma décision, elle est prise. Je pense que ça aussi, ça m'a, ça… je veux dire que s'il avait dit : bon, on va réfléchir ensemble, peut-être qu'on va trouver une solution. J'ai dit : bah, tu pourras prendre un congé parental parce que moi, ce n'était pas possible, il a dit : mais lui, il est commerçant, il ne peut pas prendre de congé parental, j'ai dit : oui, effectivement mais… c'est après, je veux dire, après, j'ai bien réfléchi et j'ai dit, non, ce n'est pas… je veux dire que si lui, il aurait dit oui, je pense que j'aurais dit oui mais heu… je pense que si vraiment, j'étais dans le truc, avoir un enfant et tout, j'aurais pu, hein, je suis de caractère… je veux dire, non, mais je veux dire, moi-même, je me suis dit, l'avenir avec un autre enfant, c'est… ce sera difficile, voilà ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« J'ai vu des femmes, leur mari leur disait, je te tue si tu ne fais pas l'IVG, leur mari ou plutôt leur conjoint parce que ce sont souvent d'autres hommes qui ont une autre vie plus, plus organisée à côté ? Ou alors, bon, bah, si tu ne fais pas l'IVG, je te quitte ou c'est hors de question d'avoir un enfant ou des femmes qui ne se sentent pas capable de faire l'IVG mais qui suivent le diktat de l'homme ou de la famille, dans le sens où tu comprends, on n'a pas d'argent, si on a un autre enfant, il faut qu'on change de logement, il faut qu'on change de voiture, je n'ai pas de boulot et elles, elles ne se sentent pas prêtes au niveau affectif à faire l'IVG. Mais elles comprennent bien

intellectuellement que cette grossesse n'intervient pas à un moment… dans un contexte difficile sur le plan pécuniaire et elles laissent leur mari prendre leur décision à leur place, enfin les circonstances et le mari ».

« Comme mon copain il ne veut pas d'enfant… et moi, les miens sont trop petits, bon, on a dit ensemble qu'il vaut mieux faire l'IVG… je n'en voulais pas et lui non plus donc, heu, donc la solution était de faire… l'IVG ».
Jocelyne, 31 ans (première IVG par mode médicamenteux)

Au-delà de l'avis du partenaire, c'est généralement la prise en compte d'éléments divers et convergents qui conduit à décider du recours à l'IVG : âge de la femme ou âge des enfants, situation financière, projets professionnels, conditions de logement …

« Je ne pouvais pas garder avec le métier qu'on a, j'ai un petit bébé, j'ai dit : il faut que j'enlève. J'ai dit : non. En plus mon mari, il a cinquante-sept ans, on a une petite de trois ans. Pas la peine de faire un deuxième encore. Je lui ai montré l'échographie, il m'a dit, c'est trop tard, tu ne peux pas faire autre chose il m'a fait venir ici ».
Patricia, 33 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« Je me suis dit que j'étais trop jeune et donc que je ne pouvais pas garder donc heu, j'ai fait toutes les démarches pour… déjà, j'habite toujours chez mes parents et donc, la mentalité de la famille créole, pfutt… marmailles dans la case, pas possible hein ! Et puis le permis aussi, ça arrangerait pour ne pas se baser sur l'un, sur l'autre pour aller faire des courses, avoir un boulot aussi ».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

« La vie qu'on a en ce moment, avec des enfants, ce n'est pas facile donc si on a le moyen de pouvoir ne pas faire d'enfants donc heu, je trouve que c'est bien, pour nous les femmes, en tous cas… c'est vrai que… pas par rapport à l'avortement parce que là c'était vraiment un cas extrême mais heu… pouvoir choisir en fait de ne pas avoir d'enfants si on est dans une situation difficile. Pour le moment, ma préoccupation, c'est de travailler, voilà, je cherche vraiment activement un emploi, voilà, donc voilà, déjà, c'est assez… difficile de gérer les deux enfants, aller déposer à l'école et tout, voilà, pour l'instant, c'est travailler, je n'ai plus d'idée d'enfant pour le moment ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

« Financièrement, je peux assumer mon enfant seule. Donc j'espère rester comme ça le plus longtemps possible. Rester seule avec ma fille. Avec un deuxième, ce ne serait pas possible. Je ne pourrais pas tout lui donner comme en ce moment ».
Isabelle, 28 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Parce qu'avoir des enfants quand on n'a même pas de chez nous, ce n'est pas facile, ce n'est pas facile chez les parents, ah non, ce n'est pas facile du tout... en ce moment, non, je n'en veux pas pour l'instant... c'est par rapport ma fille est encore petite donc je laisse encore grandir, plus grand quoi, et puis comme chez les parents aussi c'est trop petit donc on est obligé de dormir dans une chambre tous les trois ».
Annie, 28 ans (quatrième IVG, mode chirurgical)

« Elles disent qu'elles viennent pour une IVG parce que… heu, elles ont déjà des enfants… que c'est une erreur… de contraception, enfin que la contraception n'a pas marché… heu… si heu… ouais… souvent c'est ça ou elles ont accouché il n'y a pas longtemps et qu'elles retombent enceintes assez rapidement ».

« Déjà, je veux avoir mon BEP. Après, ben, je vais m'orienter soit, soit, soit vers heu… pour être sage-femme ou pour travailler dans des maisons avec des personnes handicapées mais je ne sais pas trop… je suis trop jeune. Déjà, il y a ma sœur qui vient de naître tout ça donc, heu, s'il y a encore un bébé en plus, ça ne sera pas possible… avoir des enfants, plus tard… plus tard, oui… quand ce sera stable, quand j'aurai un travail, quand… je m'en sortirai un peu ».

Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« C'est parce que je suis encore jeune et je n'ai pas les moyens de m'occuper d'enfants et j'ai encore des études à faire ».
Vanessa, 16 ans (première IVG, mode instrumental)

« Pas pour tout de suite, ben, je suis trop jeune, il faut être prêt aussi à fonder, heu, à aller en ménage déjà ».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

Deux femmes ont eu recours à l'IVG pour interrompre une grossesse au départ désirée, dans le cadre d'un projet conjugal d'enfant. En début de grossesse, le partenaire a changé d'avis et elles ont décidé de recourir à l'IVG.

« Moi, au début, je pensais… je ne pensais pas à divorcer et à vivre toute seule. Pour moi, une fois que je suis mariée, j'ai mon mari, mes enfants, ma vie de famille donc heu… l'IVG n'était pas forcément… ça ne faisait pas partie de… de mes pensées quoi. Pas non plus d'avoir un enfant tous les ans mais, je veux dire, peut-être pas d'avorter étant mariée. Mais c'est après, quand j'ai vu ce qu'il s'est passé, de divorcer, d'être toute seule et tout, c'est là que j'ai commencé vraiment à y penser parce qu'en fait, ce n'était pas ma première IVG. J'étais retombée enceinte de mon mari au moment où heu… ben disons, on était en pleine procédure de divorce et tout et quand j'ai compris que j'y étais… mais c'était tout au début donc j'ai fait par cachets. En fait… parce que je me suis dit : ça ne sert à rien d'avoir un enfant de lui alors qu'on est en train de divorcer donc voilà. C'est à partir de là que j'ai commencé vraiment à penser, je me suis dit, je vais être toute seule… après, j'étais donc avec ce compagnon pendant un bon moment et donc, heu, je… après mes deux enfants, mon divorce et tout, je ne voulais plus d'enfants donc j'étais allée voir mon gynéco, j'ai mis, je lui ai demandé de mettre un stérilet. Donc pendant un moment, j'étais assurée de ce côté-là mais cette personne-là, elle me disait qu'elle voudrait un enfant à lui. Donc moi… j'ai beaucoup hésité et j'ai fait un peu la bêtise, entre guillemets, d'aller enlever mon stérilet et donc je suis tombée enceinte, je dirais, de suite quoi, voilà. J'étais contente parce que c'était, c'était, c'était voulu et donc voilà, donc, je lui ai dit. C'est vrai que, sur le coup, peut-être qu'il ne pensait que j'allais aussi vite tomber enceinte… j'ai commencé les premiers mois, il était là mais c'est vrai que j'étais beaucoup malade comparé à mes deux premiers enfants, j'étais beaucoup malade mais, bon, j'ai quand même voulu garder, il est venu à la première écho et tout donc il n'y avait pas de problème, il était content. Il me disait même : ah, j'espère que ce sont des jumeaux et tout… alors je ne sais pas si c'était de la comédie ou s'il a pris peur après. Mais c'est après, je ne sais pas, alors soit parce qu'il m'a vu malade, soit il a eu peur à un certain moment… je ne sais pas parce qu'il a dit : oui, mais qui dit que demain, on sera encore ensemble, qui dit que si tu trouves une autre personne qui peut te donner plus, tu ne vas pas me laisser et après je me retrouverais… il y aura un enfant au milieu. Donc les doutes sont venus mais, après. S'il m'avait parlé de ça avant, j'aurais peut-être plus attendu mais heu… il a commencé à mijoter dans sa tête une fois que j'étais enceinte en fait. Donc heu, donc à un certain moment, il me dit : ben, voilà, il part, il s'est fait la belle. Comme je n'ai pas voulu revivre la même situation d'élever un enfant toute seule, j'avais déjà mes deux filles, j'étais malade et toute seule alors c'est là que j'ai pris la décision. Tout compte fait, je vais voir le gynéco et je lui dis que j'aimerais enlever l'enfant. La première fois, pour moi, ce n'était pas… ce n'était pas… ce n'était pas… comment… c'était voulu comme j'étais en instance de divorce et tout, en plus j'étais en formation, donc j'ai dit : ah non ! C'était voulu, même si ça m'a plus touchée parce que j'ai vu sortir et tout. Tandis que là, c'est vrai psychologiquement, ça m'a plus touchée parce qu'en fait, c'était un enfant voulu et j'avais déjà pensé : si c'est un petit garçon, à qui il va ressembler ? J'ai même demandé à la sage-femme, quand c'est sorti, est-ce qu'aussi petit, on peut savoir si c'est une fille ou un garçon ? J'avais déjà quand même cette envie de l'avoir. Si ça avait été bien, si ça avait marché ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Précarité de la relation conjugale ou du projet parental, dans ce cas, parcours de vie globalement placés sous le signe d'un cumul de précarités, sociale, conjugale, familiale, professionnelle, dans d'autres. Faire ou avoir un enfant ou recourir à l'IVG pour interrompre une grossesse ? Il apparaît,

finalement, que, pour certaines femmes, un mécanisme assez similaire conduise à l'une ou l'autre des décisions. Si les conditions d'existence rendent possible l'arrivée d'un enfant, la grossesse sera menée à terme, sinon, la décision sera prise d'y mettre fin. Il n'y a pas de réelle maîtrise de la fécondité, pas de projet de parentalité. La construction et la place du projet parental ou maternel ainsi que du désir d'enfant ont rarement été évoqués. Dans cette perspective, l'IVG ne constituerait-elle pas une précarité parmi d'autres pour des femmes en situation de vulnérabilité ? Les situations de répétition d'IVG sont, à cet égard, significatives[14].

Dans l'optique d'une meilleure stratégie de prévention, il ne s'agit pas de réduire un droit mais d'optimiser l'action publique, notamment, pour éviter les IVG chez les très jeunes filles ainsi que les réitérations d'IVG.
« Ce centre n'est pas centre de planification familiale. Ce qui est bien dommage. Enfin, ce qui est pour moi un de mes grands regrets puisqu'il ne peut pas distribuer la contraception heu… gratuite aux mineurs, pas plus que la contraception du lendemain et c'est ainsi... enfin ne facilite pas l'absence de récidive »[15].

Ces développements mettent en évidence la nécessité d'un accueil et d'une prise en charge des IVG au sein d'un ensemble d'activité de planification familiale au sens d'une véritable orthogénie.

II - LE DEVELOPPEMENT D'UNE VERITABLE ORTHOGENIE AU SEIN D'UNE ACTIVITE DE PLANIFICATION FAMILIALE

1 - L'orientation du rapport Nisand : améliorer l'activité d'orthogénie hospitalière

Il n'existe pratiquement pas de travaux qualitatifs sur l'IVG à La Réunion et si le corpus des études sur l'IVG au plan national ou européen est dense, plus rares sont les données actualisées sur la prise en charge et son évaluation qualitative. Le rapport Nisand[16], d'envergure nationale et qui date de 1999, est un document de référence qui en contient. C'est pourquoi il a semblé judicieux de reprendre ici certains éléments de ce rapport pour éclairer ou appuyer certaines observations et analyses effectuées et proposées dans cette étude.

« On a donc confié au secteur public le soin de répondre à la demande d'IVG (…) or le secteur public n'assume pas complètement cette tâche. Les raisons de la carence du public ne sont pas financières. On aurait pu penser que la faible rémunération de l'IVG puisse jouer un rôle mais l'analyse des dysfonctionnements ne fait jamais apparaître cette cause. L'explication la plus réelle est organisationnelle : les IVG dans le secteur public sont réalisées souvent par des vacataires mal rémunérés sans continuité réelle avec l'activité des services de gynécologie obstétrique qui ne font qu'héberger cette activité un peu accessoire »[17].

A propos des structures d'accueil publiques, il est ainsi noté que *« les problèmes sont fonction de l'intérêt porté par le chef de service à cette activité. L'organisation des structures fait souvent porter la réalisation des IVG sur de jeunes médecins (internes ou stagiaires étrangers) sans participation réelle des cadres du service qui n'interviennent en fait qu'en cas de complication. La faible considération de la pratique des IVG aux yeux des médecins (entraîne) une position marginale dans les établissements publics »[18].*

Concernant la place et le contenu des consultations ainsi que le respect du droit des patientes, le rapport Nisand précise :

[14] Cf. ANNEXE 2 sur les IVG itératives.
[15] Cf. ANNEXE 3 sur les IVG itératives et ANNEXE 2 sur les IVG chez les mineures.
[16] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes* - Rapport à la ministre de l'emploi et de la solidarité, février 1999.
[17] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*
[18] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*

« La consultation d'IVG est souvent mal vécue par les médecins qui n'ont pas les moyens d'éclairer le choix des patientes de considérations éthiques (sans) exprimer leur opinion au risque d'agresser la femme. La maladresse verbale est souvent au rendez-vous et le principe du respect de la liberté de la patiente s'inscrit clairement contre l'expression d'une opinion personnelle par le médecin, qui d'ailleurs aurait une extrême variabilité ici ou là (…) Cela introduit souvent un malaise de chaque côté du bureau médical, malaise qui, dans les mauvais cas, peut se transformer en mépris ou en indifférence de la part du médecin et en souffrance accrue pour la femme (...) Or, la maltraitance à l'occasion de l'IVG renforce le sentiment de culpabilité et peut blesser psychologiquement des femmes fragilisées par la période difficile qu'elles sont en train de vivre »[19].

Il y est encore affirmé que :

- *« Il semble donc que le choix de la technique utilisée soit déterminé par la pratique des centres d'IVG avec peu de possibilités de choix pour les femmes (…) La morbidité de l'anesthésie générale est incontestable et justifie que son indication soit posée de manière médicale et pas de manière systématique (…) La pratique exclusive de l'anesthésie générale ou de la méthode chirurgicale dans un centre signe son mauvais fonctionnement (…) Il faut donner aux femmes un accès au choix sur la méthode utilisée après une explication sur les risques respectifs des différentes méthodes tout en donnant une préférence à l'anesthésie locale qui est moins dangereuse et moins chère mais nécessite pour sa bonne réalisation des équipes très motivées »*[20] ;
- *« L'accueil des patientes, qui devrait être spécifique et compréhensif à l'égard de femmes souvent en grande souffrance, est parfois négligé voire dilettante. Des recommandations cliniques, tant en ce qui concerne l'accueil téléphonique que pour l'accueil médical, auraient le mérite de donner dans ce domaine une norme minimale de qualité »*[21] ;
- *« Il serait utile d'inciter à la création de formations permanentes sur le thème de l'accueil des femmes demandant une IVG avec l'aide des associations qui connaissent des problèmes rencontrés par les patientes »*[22] ;

L'exposé aboutit à vingt-cinq propositions pratiques à l'appui d'une refonte de la prise en charge des IVG dans le secteur public sous la forme d'unités d'orthogénie structurées, coordonnées au niveau régional, proposant des actes et un accueil, de qualité grâce à des personnels formés et à poste.

En termes de prévention, le rapport Nisand propose le remboursement et la mise en place d'un accès gratuit aux moyens de contraception et de contraception d'urgence grâce à des *« dotations en préservatifs et en contraceptifs dans les hôpitaux comportant une unité fonctionnelle d'orthogénie »*[23]. La création de structures de prévention des IVG « INFO-ADO » est décrite de manière détaillée. Car l'accent devrait être mis sur les actions de prévention centrées sur les mineur-e-s, à la fois en tant que public prioritaire de prévention et, également, dans l'optique de lutter contre les IVG itératives. *« En effet, le risque d'une utilisation répétitive de l'avortement est plus grand lorsque le premier avortement a été subi avant vingt ans »*[24].

La problématique du choix de la méthode employée est abordée : le document propose, pour chaque patiente, la possibilité d'opter librement pour le mode d'IVG ainsi que celui d'anesthésie quand une technique chirurgicale est indiquée.

Une proposition concerne encore le délai légal avec *« désignation dans chaque région d'une structure hospitalière spécifiquement habilitée »*[25] à recevoir les patientes qui l'ont dépassé.

[19] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*
[20] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*
[21] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*
[22] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*
[23] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*
[24] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*
[25] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*

Au terme de cette brève mise en perspective, il ne peut qu'être proposé de pousser plus avant la valorisation de cette référence dans le but de mutualiser et valoriser les données existantes, notamment pour « territorialiser » la réflexion à La Réunion, éventuellement en déclinant les propositions nationales.

De la même manière, une comparaison avec les autres pays européens sur le « parcours IVG », les modalités de prescription et de délivrance de la contraception et de la contraception d'urgence ainsi que sur les méthodes d'éducation à la sexualité (la France étant un des pays avec le plus fort taux d'IVG) pourrait permettre d'explorer des pistes d'action opérantes.

Dans le rapport Nisand, c'est, notamment, l'option de la prise en charge médicale qui est mise en exergue en insistant sur *« la vigilance des pouvoirs publics sur l'accès correct à l'IVG dans le secteur public. La situation de l'IVG dans le secteur public est fragile et peut se dégrader dans les années à venir si l'IVG n'est pas intégrée normalement à l'activité quotidienne de tous les services publics de gynécologie obstétrique »*[26].

Bien que cette optique présente nombre de points intéressants à développer (par exemple, sous forme de proposition de délivrance de la contraception d'urgence par les services d'urgence), au vu des données recueillies et de l'analyse qui en est effectuée au regard de la prise en charge qualitative des IVG à La Réunion aujourd'hui, une piste pour expliquer cette situation apparaît et une alternative se dessine.

2 - Une autre réflexion à mener : vers une activité d'orthogénie et de planification familiale extra hospitalière pluridisciplinaire

« Le sujet de l'orthogénie et des IVG, c'est quelque chose qui n'est pas simple ».

« Le problème actuel des IVG, à La Réunion, il est dans l'accompagnement, il n'est pas médical... l'accompagnement, c'est double, il y a un but sur le choix, le vécu, la cicatrisation de l'épisode et il y a un but de prévention. L'accompagnement, c'est aussi la prévention ».

« Peut-être quand on fait le choix d'avoir un enfant, peut-être au niveau du gynéco… ben, que le gynéco peut-être pose plus de questions au niveau de la vie de, de… de la femme, pour voir au niveau, voilà… est-ce que c'est vraiment voulu ? Est-ce que vous faites pour vous ou pour la personne ? Qu'est-ce que ça va changer dans votre vie ? Peut-être, comme ça, on nous oriente… voilà, on nous donne la possibilité de réfléchir vraiment, est-ce qu'on veut vraiment cet enfant ? Est-ce que c'est mieux de faire cet enfant maintenant ou d'attendre un peu ? Sans diriger notre vie, bien sûr… mais parler, je pense, oui… je pensais que le stérilet, pour l'enlever, il fallait aller à l'hôpital et quand j'ai vu que c'était aussi facile d'enlever… voilà, pour mettre, je savais que c'était facile mais pour enlever, je croyais qu'il fallait aller à l'hôpital, ça, déjà, je ne savais pas... plus me poser des questions, comme ça j'aurais pu réfléchir un peu plus, c'est vrai, c'est mon choix aussi… voilà, avoir une personne qui aurait plus parlé… voilà… peut-être si on m'avait posé des questions, j'aurais réfléchi, j'aurais dit, bon, pour l'instant, j'attends un peu et après, je verrai… mais j'ai l'impression que l'IVG… c'est vrai que ça reste beaucoup un… comment ? Dans le milieu médical, en fait… voilà, c'est un acte médical ».
Monique, 31 ans (deuxième IVG, mode instrumental)

Les observations effectuées, l'analyse des propos recueillis mettent clairement en évidence la complexité de la problématique du recours à l'IVG, l'absence d'une démarche élaborée et volontaire pour organiser sa prise en charge dans les hôpitaux ainsi que la logique dans laquelle ce constat prend place.

[26] NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, op., cit.*

« En fait, ce service a été créé un petit peu… par heu… enfin, je ne sais pas, ça n'a pas été vraiment pensé quoi ».

« J'ai l'impression qu'on a bâclé tout ça ».

« Le centre hospitalier ne possédait pas de centre d'IVG et il a été contraint et forcé de s'y mettre comme il y a le décret qui dit qu'un centre hospitalier qui possédait un service de chirurgie et / ou de maternité devait organiser heu... la réalisation des IVG dans son sein, ça a été fait. Mais je pense que personne ne s'est penché sur... si vous voulez, sur l'organisation même de ce centre d'IVG… je pense qu'il faudrait mettre les gynécologues autour d'une table avec la secrétaire et décider de fonctionner autrement, ce qui n'est pas simple... il faut qu'il y ait une vraie volonté du chef de service et je pense que ça n'est pas le cas... parce qu'effectivement ça n'intéresse pas les gens ici, ça n'intéresse pas les gynécologues ».

La réforme de 2004 relative aux IVG en ville est présentée comme comportant deux atouts majeurs : éviter le bloc opératoire, l'anesthésie et l'hospitalisation ainsi qu'atténuer le caractère traumatisant du recours à l'IVG. Elle devait également permettre à la femme y ayant recours de se faire suivre par le praticien de son choix et non par une équipe médicale hospitalière. En outre, avantage décisif, cette mesure visait à éviter, en métropole, les longues listes d'attente en période estivale qui contraignaient parfois des femmes à se rendre à l'étranger pour pouvoir exercer ce droit.

Cependant, à La Réunion, ce problème n'existe pas et la mise en œuvre de cette réforme n'atteint pas réellement les objectifs qualitatifs escomptés ou annoncés car, là encore, l'accompagnement au-delà du somatique fait défaut.

« Ceci dit pour en revenir à cette histoire d'interruption médicamenteuse, je pense que dans le cadre d'une demande faite à un médecin en ville, je pense que ça, l'accompagnement peut passer à l'as, franchement… peut-être par pénurie de personnel, par pénurie de temps aussi, on va à l'essentiel et, franchement, si vous ne prenez pas un temps, si vous n'êtes pas en alerte sur certains clignotants qui apparaissent, ça passe à la poubelle… toujours pareil, je pense que c'est une bonne chose cette histoire d'IVG médicamenteuse mais il faut être très, très à l'affût. Les praticiens avec qui on travaille, là, je m'avance peut-être un peu mais vu le nombre de personnes qui sont dans la salle d'attente et le nombre de personnes qu'ils traitent, heu… une consultation en dix minutes, je ne pense pas que vous repérez ».

« Il faudrait différencier l'acte, qui est un geste technique... quel est le rôle du médecin dans l'indication ? Vérifier le terme, l'écho... il n'y a pas d'indication à donner, c'est la demande de la patiente. Elle s'estime en état de détresse, le médecin n'apprécie pas cela... c'est presque du travail à la chaîne... après, tout le travail, avant, après, c'est le soignant, c'est pour ça que l'IVG en ville... tout ça, c'est supprimé... au final, ce n'est pas l'acte médical qui... de toutes façons, les médecins n'ont pas le temps ou ils ne veulent pas le prendre ».

Il est possible de s'employer à améliorer la prise en charge, telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui, en se focalisant sur les points d'effort mis en évidence. Cependant, il semble difficilement envisageable, de cette manière, de dépasser tous les obstacles existants.

« Une unité où tout se fait, consultation, geste, échographie, ça me semble bien… pour la confidentialité à l'intérieur de l'équipe et pour les gens qui entrent et sortent dans l'hôpital… des plages horaires ou des matinées de consultations ».

La prise en charge des IVG par les services compétents du Conseil général est parfois présentée comme une solution. Cependant, les plages horaires d'ouverture et de consultation réduites pourraient limiter l'accès à cette prise en charge.

Réellement améliorer la prise en charge des IVG et en faire un outil de prévention supposerait donc de changer totalement de modèle de prise en charge. Des propositions opérationnelles ont été faites pour développer une véritable orthogénie qui n'existe pas à La Réunion.

« Il ne faut pas employer le terme orthogénie pour ce qui n'est pas de l'orthogénie ! Pour que c'en soit, il faut une formation spécifique ».

L'orthogénie, en effet, contient la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse mais signifie, de manière plus globale l'ensemble des méthodes qui concourent au contrôle des naissances, dont l'IVG n'est qu'un maillon. Synonyme de planning familial ou planification familiale, l'orthogénie, par extension, désigne également les centres qui mettent à disposition ces moyens et informent sur leur mise en œuvre. Elle inclut donc l'information sur la sexualité et la contraception, la délivrance de la contraception gratuite, l'interruption volontaire de grossesse, le dépistage anonyme et gratuit des MST et IST voire le suivi gynécologique ou des grossesses. C'est pourquoi, contrairement au vocabulaire employé par nombre d'informatrices lors des entretiens, il n'a pas paru pertinent d'utiliser, ici, le terme d'orthogénie pour décrire l'activité des services IVG.

Cette option constituerait sans doute une meilleure réponse à ce qui a été désigné, et souvent déploré, comme la banalisation du recours à l'IVG.

« L'acte est trop banalisé, avec la pression médiatique, le droit à l'IVG, le droit à l'erreur, le corps médical ne met peut-être pas l'acte à son juste risque, peut-être qu'il y a des gens qui se décident trop vite... il y a trop de banalisation dans l'inconscient collectif par pression... du droit des femmes (sourire)... dans l'esprit des gens, c'est banalisé, a posteriori des gens regrettent... j'en vois des couples, il y a eu une IVG, parce que c'était le début etc, mais un ou deux ans après, ils n'arrivent pas à avoir un enfant, ils regrettent... un projet d'enfant, oui, ça ne se construit pas comme ça dans le délai de réflexion de l'IVG mais pourquoi pas ? Les sexologues sont aussi bien placés... plus personne ne réfléchit, les médecins, les patientes, elles se disent que ça n'a pas de conséquences... c'est la raison de l'absence de baisse, heu... du taux stable. On oublie que l'IVG comporte des risques ».

« On a été trop loin dans la banalisation... il faut renvoyer la balle aux femmes et qu'elles assument leur contraception et qu'elles soient conscientes des risques... comme dans les autres pays industrialisés où il y a moins d'IVG ».

« Je ne veux quand même pas banaliser l'avortement, donc à un moment donné, j'arrive quand même à glisser dans mon entretien qu'un avortement, ce n'est pas banal dans la vie d'une femme, qu'on n'oublie pas, que ça va être toujours dans son histoire de femme et ça va être toujours la première grossesse qu'elle n'a pas pu garder pour x raison ou la troisième qu'elle n'a pas pu garder donc je… mon objectif à moi, quand même, dans mon entretien, c'est qu'à un moment donné, j'arrive à dire quand même que ce n'est pas quelque chose de simple qu'elle fait et que c'est normal qu'elle ne soit pas bien et que c'est normal qu'elle soit moralement… déstabilisée ».
« Je pense par exemple aux jeunes, des très jeunes, qui viennent quelquefois, deux fois, trois fois mais ce sont des jeunes qui sont encore dans l'adolescence, qui n'ont pas encore vraiment de maturité, qui n'ont pas vraiment dans leur tête un projet de vie de femme, de vie de famille, de vie de couple, hein et je me dis qu'à long terme quand elle sera, peut-être, en couple avec beaucoup plus d'instabilité, heu, de stabilité conjugale et tout, qu'elle a envie de fonder une famille, d'avoir des enfants, c'est là que ça va peut-être revenir et si elle se retrouve, en plus, avec des problèmes de fécondité, mais ça quelquefois j'ai l'impression que chez certaines femmes, on banalise, sans dire qu'on prend l'avortement pour une contraception, ça, non, je ne dirais pas ça mais banaliser dans le sens où c'est difficile psychologiquement mais on vient quand même refaire parce que, bon, c'est vite, on rentre au bloc, on ressort, c'est vite fait, quoi… mais on sait quand même que… qu'il y a une grossesse… qu'on arrête et que… ce n'est pas bien quelque part… on a quand même, je ne sais pas, c'est difficile de vous expliquer mais même celles qui ont… chez qui on a l'impression, franchement, qu'elles prennent ça comme, comme vraiment une banalité, que vraiment, ma foi, mais je pense, quand même, quand, à ce moment-là, elles sont en train de faire les démarches, les rendez-vous et tout et tout, elles ont quand même quelque part peur, déjà, peut

qu'il arrive quelque chose, justement et puis quelque part, il y a ce côté, ben, un petit peu de moralité, ce n'est pas bien quand même… elles sont quand même pas bien, tout le monde ! Au moment où elles vivent les choses, où elles sont en train de faire l'IVG, elles ont peur, peur de mourir, bon, au bloc surtout, peur de mourir et peur des risques, hein, des complications et puis cette impression de pas bien, ce n'est pas bien, pas bien par rapport à la religion, à la moralité, mais elles le font quand même ».

Au lieu de se soumettre à une obligation a minima en permettant le recours à l'IVG en cabinet ou en établissement hospitalier, il s'agirait, concrètement, de décider et de financer un dispositif dédié à une activité complète de la planification familiale.

Doté de personnels volontaires, formés, en poste et en équipes assurant un accompagnement à la sexualité, la maîtrise de la fécondité, voire la conjugalité, à la fois lieu de parole, d'écoute et de soins pour tout ce qui concerne la vie affective et sexuelle, la vocation en serait d'assurer un accompagnement adapté en fonction du sexe et de l'âge.

« Il faut renforcer l'infrastructure, un peu comme la psy... avec des formations particulières, des interventions spécifiques... que tout repose sur un corps paramédical plus une approche psycho-sociale... avec par exemple, un éducateur spécialisé en complément ».

« Quelque chose que je trouvais intéressant parce qu'un peu plus pluridisciplinaire ».
La planification familiale suppose, en effet, des ressources humaines et matérielles dédiées. Dans des locaux autonomes, une équipe pluridisciplinaire assurerait l'interruption volontaire de grossesse parmi d'autres activités axées sur une prise en charge psycho sociale et la contraception visant à promouvoir les capacités de choix de vie au plan de la sexualité, de la fécondité, de la conjugalité et de la parentalité.

« Moi, je pense, heu, avec la pratique, hein, avec la pratique, qu'il vaut mieux quand même que ce soit bien déterminé, parce que je pense qu'un personnel prévu pour, c'est déjà un personnel qui est censé, quand même, s'intéresser à ce type de travail, je ne dirais pas motivé, parce que la motivation, on a toujours quand on travaille mais peut-être plus intéressé, peut-être plus dans… dans… dans l'accompagnement de ces femmes… et puis, je pense que quand c'est un personnel prévu pour, dans des locaux prévus pour, je pense que le fonctionnement aussi est quand même plus… régulier… on ne fait pas selon le jour, on ne fait pas… mais bon, pour le moment, on n'a pas… moi, je pense, déjà, ne pas faire tourner les internes tous les six mois sur ce poste-là. Il faut un médecin référent, un médecin stable, le même qui soit là pour un bout de temps, bon, la secrétaire, on a la même, ça, c'est bien et puis peut-être améliorer les locaux au niveau… parce que là, elles sont toutes mélangées, grossesses, heu, IVG, urgences. Peut-être améliorer les locaux et qu'il y ait un médecin personnel prévu pour, volontaire, formé, qui travaillerait vraiment de plein gré, de choix personnel dans ce service-là, ça serait l'idéal ! Avec un bloc attenant. Enfin, là, on rêve ! »

« A la limite, il serait peut-être plus simple qu'un médecin extérieur s'en occupe et en prenne la responsabilité ».

« Je pense qu'il faut qu'il n'y ait qu'une personne qui s'occupe ».

« Pour moi l'idéal c'est que ce soit le même médecin qui fasse la consultation pré et la consultation post et l'acte mais ça, c'est un idéal ».

« (Pour une autre opération)*, en général, si vous venez voir le docteur ***, pour n'importe quoi, je ne sais pas, pour un sein, une hystérectomie, enfin je ne sais pas quoi, vous venez voir le docteur *** et c'est parce qu'on vous a dit que le docteur *** pratiquait bien ce genre d'intervention. Donc vous avez confiance en lui. Donc vous lui confiez votre peau... pour les anesthésistes, c'est plus compliqué, parce qu'effectivement vous allez peut-être voir le docteur *** et être endormi par le docteur ***, et encore je ne trouve pas ça très agréable parce que je trouve qu'on confie encore plus sa peau à un anesthésiste qu'à un chirurgien ! Mais en général le chirurgien qui vous a vu en*

consultation, qu'il soit gynécologique ou chirurgien général, c'est lui qui vous opère et c'est personne d'autre, et c'est lui qui vous revoit en consultation, vous avez créer une relation heu... une relation de confiance avec cette personne... et l'IVG, pour l'IVG, ça n'existe pas... pas ici... pas ici... ce serait un grand progrès qu'elles soient vues par la même personne et opérées, enfin opérées... que l'intervention soit faite par la même personne et qu'elles soient revues en... parce que la même personne peut revoir la patiente et lui parler de contraception... parce que la contraception, c'est quelque chose que l'on va prescrire à une femme à un temps T et la contraception qu'elle aura en 2008 ne sera peut-être pas la même que celle qu'elle aura en 2010, en fonction de sa vie personnelle et professionnelle, de sa vie familiale et amoureuse et heu... du nombre d'IVG qu'elle a pu avoir à subir ».

Ce changement de paradigme serait à même de faire de la prise en charge des IVG un outil de prévention quotidien et efficace. C'est-à-dire toucher les femmes aux moments opportuns avec les méthodes efficaces parce qu'adaptées. Ainsi, les référents seraient uniques, spécialisés, formés à la relation d'aide et à l'éducation sexuelle qu'ils mettraient en œuvre de manière transversale quel que soit le cadre et le motif précis de la visite.

« On a du mal à les toucher... les femmes... les revoir, les avoir à distance... faire passer les messages à l'adolescence et aux adultes jeunes, c'est difficile... il faudrait une unité qui fasse tout, tout ».

« Pendant la grossesse et en post-partum, elles sont très réceptives... vous pouvez parler pendant deux heures de contraception, elles écoutent, elles posent des questions, elles s'intéressent... parce qu'elles voient bien que... qu'elles se sentent responsabilisées ou investies parce qu'elles ont un gamin... elles comprennent qu'il ne faut pas en refaire un tout de suite, je ne sais pas... à dix-huit ans, elles s'en foutent, elles se disent qu'elles feront une IVG ».

Cela permettrait de (re)valoriser le relationnel, y compris les entretiens et la prise en charge psycho-sociale.

« En fait, je pense qu'il y a beaucoup de choses à faire ici pour les IVG et il y aurait moyen. (Un suivi psychologique)*, je suis sûre que ça améliorerait la prise en charge et le suivi et que ça diminuerait les récidives parce que c'est ce qui nous intéresse quand même ! Enfin... oui, quand même... parce que tout le monde trouve ça formidable que les gamines aient des enfants et qu'elles en refassent un l'année d'après. Moi, je suis navrée mais une multipare de dix-sept ans, ça ne fait pas du tout sourire, pas du tout ».*

« Pas de manière générale mais j'ai quelquefois l'impression, chez certaines, qu'on ne mesure pas l'impact psychologique peut-être à long terme ».

« J'aimerais voir plus de gens en entretien, voilà, je pense que ça, vraiment… je comprends les gens des associations, féministes ou pas, qui ont milité pour que cet entretien ne soit plus imposé, hein, je comprends parce que la façon dont c'était annoncé, peut-être la façon dont c'était fait aussi, heu, mais je voudrais au moins qu'on laisse le choix aux patientes et qu'il y ait une explication adaptée et éclairée à ce sujet. Seulement ça prend du temps, ce ne sera jamais fait ».

« C'est pour ça que si on remettait l'entretien en route, on en saurait beaucoup plus… on ciblerait beaucoup plus la réalité des choses. Là, on ne sait pas pourquoi elles font des IVG. Bon, elles le disent bien un petit peu mais si vous voulez, moi, je me verrais bien, par exemple, parce que j'ai les diplômes pour ça, je me verrais bien faire de l'accueil au centre d'IVG. C'est-à-dire, les dames qui ont rendez-vous, on me téléphone dans le bureau que j'occupe et c'est moi qui remplit le dossier parce que je sais faire ça, et par le biais du remplissage du dossier, je fais un entretien pré IVG… le dossier est un support qui sert de mise en bouche pour l'entretien et après blablabla… si vous voulez il y a toutes sortes de raisons, alors, il y a des dames qui ont trop d'enfants, mais si elles ont trop d'enfants, pourquoi n'ont-elles pas pensé plus tôt à une contraception ? Bon, il y a des dames qui vous disent ça pour des raisons financières… parce qu'il y a des raisons qui peuvent être entendues par un… il y a des raisons qui peuvent être entendues par un

professionnel de santé et d'autres moins avouables mais heu… qu'elles ne mettront pas en avant, il faudra un peu débusquer mais en même temps, il ne faut pas non plus les asticoter de trop sinon on va juste obtenir une crise de larmes, rien de plus, en même temps, il ne faut pas psychiatriser l'entretien, ce n'est pas un entretien psychiatrique. L'écoute empathique me semble un bon moyen… mais sans entretien, ici, on ne sait pas, (on pourrait) *continuer à le maintenir, il y a très peu de dames qui ne savent pas que ce n'est pas obligatoire… tenez, cette dame va remplir le dossier avec vous, il y avait certaines dames qui disaient, non, je ne veux pas d'entretien, ce n'est plus obligatoire, et à ce moment-là, la conseillère intervenait en disant, je vous propose que ci, je vous propose que ça et souvent ça se passait très bien car la dame n'avait pas imaginé que ça allait se passer comme ça ».*

« Les entretiens, je pense que c'était une très bonne chose... bon, ils étaient obligatoires, certes, donc, il y avait des gens qui vivaient ça comme quelque chose de contraignant... mais après deux minutes de discussion avec la conseillère conjugale, cet argument était balayé et c'était souvent des patientes qui étaient contentes d'avoir eu un entretien parce qu'elles disaient que dans la santé, c'était le seul espace où on parlait avec quelqu'un et où on avait le temps de le faire, c'est-à-dire où on ne se sentait pas prise par un temps quelconque... et c'est vrai que les conseillères, à partir du moment où une conseillère vous explique qu'elle n'est pas là pour vous dire oui ou vous dire non, c'est-à-dire que les femmes percevaient mal l'entretien parce qu'elles pensaient qu'à l'entretien était subordonnée l'acceptation ou le refus de l'IVG.. à partir du moment où les conseillères leurs expliquaient qu'elles faisaient de l'écoute empathique et non pas heu, bon... elles... comment dire... elles réduisaient aussi beaucoup le temps de consultation parce qu'elles expliquaient absolument tout le déroulement de l'intervention avec du matériel qu'elles montraient à la dame... donc la dame savait exactement ce à quoi elle s'attendait ».

« Ca fait du bien d'en parler vous savez, quand on a des douleurs, parce que ça fait toujours mal, hein, quand on y repense et qu'on est toute seule, on pleure, hein… peut-être qu'on a besoin de voir un psy pour aider à… comment dire, à continuer, à avaler ces trucs qui sont durs à porter… je pense que ça aurait été bien. Ca aurait été bien, psychologiquement, on en a besoin, peut-être pas toutes mais il y a des personnes qui vivent ça très mal, psychologiquement, la deuxième fois, c'était très éprouvant et j'aurais voulu avoir quelqu'un à qui en parler, qui me conseille sur comment faire après, comment vivre avec ça, en fait, mieux… psychologiquement, on a besoin de quelqu'un qui s'y connaît, parce qu'on va en parler à des amis, des collègues, ils vont nous donner leur point de vue mais ce ne sont pas des spécialistes de la question, ce n'est pas pareil ».
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

« Je trouve que ce serait bien… je n'en avais pas vraiment besoin mais j'avais besoin de parler… c'est ça… si on m'avait donné un rendez-vous, je serais allée… mais c'est vrai qu'après autour de moi, j'ai des personnes qui m'ont écoutée aussi mais je n'avais jamais ressenti ça, avoir envie de parler, jamais ce sentiment, ah, il faut que je parle à quelqu'un, il faut que je trouve quelqu'un, voilà, je n'avais jamais eu… enfin, bon, c'est un truc qui nous appartient aussi, qui peut traumatiser une personne quand même… quand on a besoin de parler, bon, moi, ça ne m'étais jamais… mais là, oui, dans cette situation-là, c'est pfutt… et encore heureusement, j'avais des personnes à qui parler parce que… j'aurais dit à n'importe qui, ouais, ouais, je pense et j'aurais peut-être regretté après… psychologue automatique pour tout le monde, enfin, automatique, ce n'est pas évident car il faut avoir quelqu'un de disponible aussi… parce que franchement, sur le moment, on en a besoin, on a besoin de parler, je ne dis pas que le médecin ne m'a pas écouté mais, voilà, plus profondément, pourquoi, voilà ».
Héloïse, 36 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Bon, maintenant l'entretien n'est plus obligatoire donc on se pose la question du bienfait de sa venue alors qu'en fait, quelquefois, ça peut être intéressant. Quand un médecin bloque avec une femme qui est dans son bureau et qui lui prend énormément de temps, il lui dit : écoutez, je vous propose d'en parler avec la conseillère... la conseillère est là heu... il passe la main, la dame peut exprimer des choses, ça peut être intéressant. Et puis la conseillère peut faire des explications de pilule, enfin reprendre ce que la sage-femme a dit heu... enfin heu... la conseillère pouvait aller au bloc avec la dame qui le souhaitait, en plus de l'aide-soignante, c'était très intéressant... c'était

quelquefois très utile. On faisait de la sophro aussi, on faisait pas mal de choses, enfin... de l'analgésie électrique ».
« Une chose de plus, je pense qu'on aurait pu garder cet entretien pour savoir si c'était clair dans la tête de la dame, pour savoir si après il ne va pas y avoir des séquelles, non comment je veux dire… des regrets, je pense que c'était une bonne chose, une bonne chose et maintenant que ce n'est plus obligatoire ».

Les sages-femmes pourraient avoir un rôle pivot dans cette organisation.

« C'est quand même une branche d'activité de la sage-femme un peu particulière parce que nous, sages-femmes, heu… notre métier premier c'est de mettre au monde et là, on est quand même dans l'autre… une autre extrême. Mais moi, je pense que sage-femme, c'est mettre au monde mais en même temps c'est accompagner une femme enceinte et une femme qui vient en IVG, elle est enceinte, hein. Il y a quand même une grossesse et moi, je pense que quand il y a une grossesse, la sage-femme, elle a sa place. Pour moi, ça ne me choque pas, ça ne m'interpelle pas, ça ne me fait pas poser des questions, pourquoi je veux rester en IVG… pour moi, ça fait partie du métier de sage-femme, ce n'est pas quelque chose de spécial, ce n'est pas parce que… j'ai choisi ça pour je ne sais quelles raisons personnelles, c'est parce que ça fait partie du métier de sage-femme tout simplement ».

« S'il y avait un poste crée de sage-femme, conseillère conjugale, à temps plein, peut-être que mon travail… peut-être que mon travail, heu… peut-être que je réorganiserais mon activité, pourquoi ne pas, dans ce ca-là, proposer un rendez-vous aux mineures, par exemple, de les revoir en post-IVG au moins ? Ou même les autres femmes… pas que les mineures… proposer systématiquement de les revoir après, heu, donner un rendez-vous… heu, peut-être, heu, je ne sais pas, il y aurait des choses à faire… peut-être proposer de les revoir sur la contraception, heu, un mois après… pourquoi ne pas les revoir pour voir alors comment ça se passe ? Est-ce qu'on a trouvé la pilule qu'il fallait ? Et à ce moment-là peut-être orienter vers… la suite, soit le planning familial, soit le PMI, soit le médecin traitant, soit le gynéco… enfin, donner des choses un peu plus concrètes à ces jeunes filles ».

Axée sur une prévention et une éducation réfléchie et adaptée, une activité complète de planification familiale absorberait l'orthogénie comme un maillon de la chaîne. La prise en charge en serait plus efficace pour les femmes et la pratique professionnelle plus confortable pour les intervenants.

« C'est extrêmement épuisant l'interruption de grossesse et justement quand on n'est pas centre de planification, il y a beaucoup de choses dont on ne peut pas bénéficier... la présence d'un psychanalyste pour heu... discuter avec l'équipe, re-dynamiser une équipe de conseillères... pas de conseillère conjugale sur place parce qu'elle n'a pas été recrutée ».

« Qu'est-ce qui soigne l'éducation ? Encore plus d'éducation ! On a déjà distribué des pilules, on a déjà été faire les cons dans les écoles, les filles, c'est la casse ! Alors on se demande pourquoi autant d'IVG mais on ne fait rien à côté pour qu'il y en ait moins, au sens prévention… il faudrait emprunter le système de la mode avec des messages visuels à destination des jeunes ».

Cela suppose, bien évidemment, une volonté politique et un engagement des pouvoirs publics sur le sujet.

« Ce serait bien que la PMI s'investisse dans les IVG en ville, dans la même structure. Ils pourraient proposer un accompagnement et un soutien, pluridisciplinaire... je crois foncièrement que ceux qui s'occupent... enfin, au niveau institutionnel, doivent s'occuper de prévention... la prévention primaire, c'est la contraception et l'information. La prévention secondaire, c'est l'acte, l'accès à l'acte et ses bonnes conditions. La prévention tertiaire, c'est s'occuper des complications et des séquelles, qu'elles soient, elles aussi, prises en charge dans de bonnes conditions ».

Si ce n'est exclusivement en PMI, l'on peut imaginer un partenariat entre les différentes autorités. L'idée d'un « Pôle sexualité » polyvalent a été exprimée.

« Cela suppose, avant tout, une véritable volonté politique que réclament les professionnels investis dans l'activité ».

Ce sont tous ces éléments et la problématique qui les sous-tend que regroupent et résument les propos tenus par l'une des personnes rencontrées qui intervient dans un service d'IVG. Sous forme de vision très concrète propre à impulser une autre voie pour prendre en charge les IVG aujourd'hui à La Réunion, la piste proposée ouvre des perspectives pour améliorer à la fois sa qualité et son efficacité du point de vue de la prévention.

« La contraception est un tel problème actuellement, à mon avis, ceux qui essayent d'y réfléchir ne sont pas au bon endroit... une prescription toute seule ne suffit pas, il faut un accompagnement… une mission polyvalente... intégrée dans des groupes de travail, de discussion, de retour d'expériences avec d'autres acteurs, des psychologues, des sociologues, des anthropologues... quatre sages-femmes tournent sur un centre, une dans les écoles, une en orthogénie, une en planification et une en suites de couches... ou trois infirmières au lieu d'une, en temps plein, une irait deux fois par semaine dans les écoles sur un secteur... sachant que les sages-femmes ont le droit de prescrire la contraception... ce n'est pas l'objectif initial de la formation des sages-femmes mais on en a bien mis dans les centres de stérilité, qui font surtout de l'accompagnement, il faut inventer un peu la même chose. Elles ont la formation pour la prescription, l'accompagnement psycho-social, elles ont la formation médicale pour les prescriptions, les échos, les bilans sanguins... les sages-femmes ont une carrière à gérer... je crois qu'il y a cinquante pourcents des sages-femmes qui démissionnent au bout de quinze ans d'exercice, elles ont fini leurs études à vingt-cinq ans, donc ça fait quarante ans... parce que, quand elles sortent de l'école, ce qui les intéresse, c'est de faire naître des bébés, les nuits, elles s'en foutent... mais après, avec des enfants, un mari à la maison... si on crée des postes de jour et d'activité de semaine, il y aura des volontaires, il y en aura... je ne veux pas dire, par dépit non, mais il y en aura. Les médecins de PMI, ils sont très investis auprès des adolescentes, leur approche, les problématiques de la contraception au fil de l'âge... il faudrait un pool de personnes qui puisse tout couvrir. Si ces personnes ne peuvent pas faire l'acte, ce n'est pas grave, on trouve des prestataires de service, comme pour les implants, les stérilets. Il ne faut pas obliger le corps médical à faire ce qu'il essaye de refiler depuis trente ans... car l'acte en lui-même, c'est de la prestation de service, ce n'est pas compliqué, c'est répétitif, ça n'intéresse personne pour ça... les médecins, ils aiment que ce soit compliqué... ce n'est pas au corps médical de... alors on bouche les trous... on met des gens en formation (les assistants) *alors, bien sûr, ils ferment leur gueule. Mais ils ne connaissent même pas le protocole du service. Ils font les IVG deux fois par mois parce que le chef de service a décidé qu'ils devaient faire les IVG deux fois par mois. Comment voulez-vous que quelqu'un s'investisse ainsi ? C'est plus aux psys qu'aux gynécos de s'investir dans ces tâches-là… en faisant tout ça à la fois, ils auraient un poids considérable, en gérant l'ensemble de la filière... dans ce cas, qui paye quoi ? Le rectorat ? L'hôpital ? La PMI ? Qu'ils se démerdent... ils créent un GCS, un groupement de coopération sanitaire ».*

Dans cette optique, il semble évident que l'insularité de La Réunion et l'éloignement géographique de la métropole ne favorisent pas l'intégration, la mutualisation donc la valorisation d'une recherche et recherche-action nationale. C'est pourquoi seule une volonté institutionnelle et politique locale forte serait susceptible de créer une dynamique positive dans le sens d'une meilleure prise en charge et prévention des IVG.

« La pression sociale, c'est le seul moyen de les éduquer les politiques ! Ils ne les ont pas vu, eux, les minettes de treize, quatorze ans qui chialent dans les couloirs parce que leur mec s'est tiré et que la famille les traite de putes… même si vous êtes soignant, vous avez les larmes qui montent aux yeux ».

ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLES D'ENTETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN - FEMMES AYANT EU RECOURS A L'IVG

Nous menons actuellement une étude, à la demande de la DRASS, auprès des femmes qui ont été confrontées à une grossesse non prévue et qui ont décidé de l'interrompre.

Nous souhaiterions donc connaître votre avis sur les questions et les difficultés auxquelles vous avez pu être confrontées ainsi que sur la prise en charge de l'IVG afin de répondre au mieux aux besoins des femmes.

A - Informations biographiques 1

Pouvez-vous me donner certaines informations pour me permettre de savoir qui vous êtes …

Age
Commune de résidence
Niveau d'études et formation(s) suivie(s)
Profession et emploi actuels
Revenus
Logement
Situation familiale d'origine : mère ; père ; fratrie
Situation conjugale et / ou familiale actuelle : couple ; enfant(s)
Religion
Couverture santé (primaire, complémentaire)

B - Représentation de la fertilité, de la fécondité, de la parentalité

Pouvez-vous raconter comment ça s'est passé quand vous avez été enceinte sans l'avoir prévu et ce que vous en avez pensé …

Découverte de la grossesse
Quand avez-vous découvert que vous étiez enceinte ?
Comment / pourquoi avez-vous découvert que vous étiez enceinte ?
Quelle a été votre réaction et pourquoi (sentiments, impressions, test, consultation médicale) ?

Survenance de la grossesse
Aviez-vous une contraception au moment où vous avez été enceinte ?
Saviez-vous que vous couriez le risque d'être enceinte au moment du rapport qui a entraîné la grossesse ?
Savez-vous comment on fait un enfant (sperme ; ovule ; cycle) ?
Que pensez-vous de la contraception ?
Connaissez-vous les différents modes de contraception ?
Lesquels avez-vous déjà utilisés, pourquoi et comment ?
Pensez-vous qu'il y a des inconvénients à prendre une contraception ?
Pensez-vous qu'il y a des avantages à prendre une contraception ?

Avoir un enfant…
Avez-vous déjà été enceinte ?
Avez-vous déjà eu un enfant ?
Avez-vous le projet d'avoir / d'avoir d'autre(s) enfant(s) plus tard ?
Pourquoi aujourd'hui ne voulez-vous pas avoir un enfant ?
Qu'est-ce que cela représente pour vous ?

Comment voyez-vous le rôle de parent ?
Est-ce pareil ou différent pour une femme et un homme ?
Pensez-vous avoir des enfants plus tard ?
Si oui, quelle serait la différence avec aujourd'hui dans votre situation ?

C - Contexte normatif et processus décisionnel

Pouvez-vous me parler de l'opinion de votre entourage sur l'IVG, des personnes à qui vous avez expliquées votre situation et de la manière dont vous avez décidé d'avoir recours à l'IVG …

Dans votre entourage qui était au courant de votre début de grossesse ?
Comment cette / ces personne(s) l'ont-elle(s) appris ?
S'il était au courant, quelle a été la réaction, l'attitude et l'opinion de votre entourage ?
En avez-vous parlé à une / des personne(s) extérieure(s) à votre entourage ?
Avez-vous eu le sentiment d'avoir un secret ?
Si oui, vis-à-vis de qui (partenaire, famille, amis, collègues, quartier)
Si oui, quel en était le poids ?
Qui a décidé qu'il fallait interrompre la grossesse ?
Diriez-vous que c'était un choix personnel ?
Diriez-vous que votre décision a été influencée par votre partenaire, votre famille, un médecin, une autre personne ?
Avez-vous hésité ?
Avez-vous imaginé une autre solution à la situation (faire un enfant ; accoucher sous X) ?
Avez-vous l'impression d'avoir eu toutes les informations nécessaires pour décider ?
Où les avez-vous trouvées ?
Qui avez-vous rencontré comme professionnels de santé pour vous orienter, répondre à vos questions ou discuter ?
Connaissez-vous des personnes qui ont déjà vécu le même genre de situation ?

D - Accès au système de soins et parcours IVG

Pouvez-vous me raconter l'ensemble des démarches que vous avez dû effectuer et ce que vous avez ressenti à chaque étape …

Quelles ont été les démarches à faire pour interrompre la grossesse ?
Comment se sont déroulées ces démarches ?
Avez-vous trouvé cela facile ou éprouvant ?
Quelles ont été les difficultés rencontrées ?
Quelle est la personne qui vous a le plus aidée ?
Qu'est-ce qui ne s'est pas très bien passé et pourrait être amélioré selon vous ?

Démarches pré-IVG
Quelles démarches avez-vous fait jusqu'à l'IVG ?
Quel a été votre premier interlocuteur ?
Avez-vous été bien accueillie aux consultations avant l'intervention (secrétaire, RV, médecins, autres personnels) ?
Comment avez-vous choisi le lieu pour faire l'IVG ?
Aviez-vous une préférence pour les médicaments ou l'opération ?
Si oui avez-vous choisi le mode d'IVG ?

L'intervention
Le jour de l'IVG êtes-vous venue accompagné ?
Si oui par qui ?
Avez-vous été bien accueillie le jour de l'IVG ?
Comment s'est passée l'intervention ?
Diriez-vous que c'était douloureux physiquement ?
Diriez-vous que c'était douloureux moralement ?

Avez-vous pleuré ?
Qu'est-ce qui ne s'est pas très bien passé et pourrait être amélioré selon vous ?

Démarches post-IVG
Avez-vous (l'intention) d'aller à la consultation de contrôle ?
Pourquoi ?
Si vous y avez déjà été, avez-vous été bien accueillie ?
Pensez-vous qu'il y a encore des risques après l'intervention ?
Qu'est-ce qui a été le plus difficile dans tout ce parcours pour arrêter la grossesse ?

Que pensez-vous de l'IVG ?
Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients ?
Pour vous, est-ce une question de religion (croyante, pratiquante, prescriptions sur ce sujet) ?

E - Perspectives

Et pour l'avenir, comment voyez-vous les choses ?

Avez-vous l'intention ou non d'adopter une contraception ?
Vous en a-t-on prescrit une après l'intervention ?
Si oui, avez-vous choisi et comment ?
Après l'IVG, vous a-t-on donné des informations sur la contraception ?
Si oui, qui l'a fait ?
Qu'en avez-vous pensé ?
Avez-vous appris des choses ?
Pouvez-vous parler de contraception à des personnes de votre entourage et si oui, qui (famille, amis, médecin) ?

F- Informations sur le vécu de la sexualité en général

Pouvez-vous me parler de votre façon de voir et de vivre la sexualité en général ?

A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?
Avec qui ?
Comment était-ce ?
Est-ce pareil ou différent aujourd'hui ?
Diriez-vous que la sexualité et les rapports sexuels procurent
Du plaisir
De la crainte (si oui, de quoi ?)
De la douleur (physique ? morale ?)
De l'amour
De l'argent ou d'autres avantages
Autre chose
Est-ce pareil pour les femmes et les hommes ?
Si non, quelles sont les différences ?
Avez-vous reçu une éducation sexuelle ?
Si oui par qui ?
Comment avez-vous appris ce qui concerne la sexualité, la reproduction, la contraception ?
Qu'en pensez-vous aujourd'hui ?
Combien de partenaires avez-vous eu ?
Etait-ce dans le cadre d'une relation amoureuse ?

G - Informations biographiques 2 (le partenaire)

Pouvez-vous me fournir quelques éléments sur votre / vos partenaires (partenaire du rapport qui a donné lieu à la situation / autre)

Age
Commune de résidence
Niveau d'études et formation(s) suivie(s)
Profession et emploi actuels
Revenus
Logement
Situation familiale d'origine : mère ; père ; fratrie
Situation conjugale et / ou familiale actuelle : couple ; enfant(s)

Est-il au courant de la grossesse et de l'IVG ?
Si oui, qu'en pense-t-il ?
Si non, pourquoi ?
Savez-vous ce qu'il pense de la contraception ?
Savez-vous ce qu'il pense d'avoir des enfants ?

H - Informations biographiques 3 (le couple)

Pouvez-vous me décrire votre parcours conjugal et votre situation de couple aujourd'hui …

Statut du couple : concubinage ; mariage ; PACS
Durée du couple
Perception du couple
Situation de communication : sexualité ; contraception ; IVG ; création d'une famille
Enfant(s) dans ce couple

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez consacré et les informations que vous avez bien voulu partager avec moi.
Si vous êtes d'accord pour me donner votre numéro de téléphone, je me permettrai, en cas de besoin, de vous re-contacter.

Etes-vous intéressée par la suite de l'enquête et l'étude à laquelle elle va donner lieu ? Souhaitez-vous en être informée ?

GUIDE D'ENTRETIEN PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVENANT EN ORTHOGENIE

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) mène actuellement une étude, à la demande de la DRASS, sur le « parcours IVG » à La Réunion. Le double objectif est de mieux connaître et comprendre les raisons qui conduisent à l'IVG ainsi que la manière dont est effectuée la prise en charge des femmes qui y ont recours. Il nous semblait important d'avoir le point de vue des professionnel-le-s de santé concernés (médecin, sage femme, personnel administratif).

A - Cadre de travail

Connaissez-vous le nombre de médecin(s) / sage(s) femme(s) pratiquant dans la structure ?
Connaissez-vous le nombre d'IVG pratiquées par an en moyenne par médecin(s) / sage(s) femme(s) dans ce centre ?
Quels sont les moyens donnés au centre pour exercer cette activité (crédits ; locaux ; professionnels et personnels administratifs) ?
Que pensez-vous du fonctionnement du service ?

B - Avant l'IVG

Le parcours avant et au centre d'orthogénie

Quelles sont les démarches antérieures ou extérieures au centre d'orthogénie ?
Quelles sont les démarches à accomplir au centre d'orthogénie ?
Comment se déroulent-elles ?
Qu'en pensez-vous en termes d'organisation ?
Qu'en pensez-vous en termes d'accueil ?

La prise de contact avec le centre d'orthogénie

Comment et pour quelles raisons pensez-vous que les femmes choisissent le centre ?
Pensez-vous que les femmes connaissent l'existence du service IVG ?
Font-elles une démarche spontanée ou viennent-elles par l'intermédiaire du médecin de ville, si oui, lequel (généraliste, gynécologue) ?
Font-elles une démarche solitaire ou viennent-elles accompagnées, si oui, par qui ?
Le premier contact se fait-il par téléphonent ou les femmes se déplacent-elles pour avoir des informations ou un rendez-vous ?
Quel est le type d'accueil téléphonique qui existe (standard ou secrétariat spécialisé) ?
Quel est le contenu de cet accueil téléphonique ?
Quelles sont les questions posées à la femme ?
A quelles et dans quelles conditions leur donne-t-on un rendez-vous ?
Quelles sont les consignes et les informations qui sont données au sujet du premier rendez-vous ?
Quel est le type d'accueil sur place dans le centre ?
Comment cela se passe-t-il pour les mineures ?
Est-ce différent d'avec les majeures ?

L'entretien pré-IVG

Existe-t-il un entretien psychosocial pré-IVG dans le centre ?
Si non, une alternative est-elle proposée aux femmes qui le demandent ou semblent en avoir besoin ?
Comment cela se passe-t-il pour les mineures ?
Si oui, quel type(s) de professionnel-le(s) assure(nt) cet entretien (sage femme, conseillère conjugale et familiale) ?
Y a-t-il une formation particulière de ces professionnel-les ?
Quel est leur nombre dans le centre ?
Quelles sont les modalités de déroulement de ces entretiens ?
Quel est le discours tenu lors de ces entretiens par le ou la professionnel-le qui l'assure ?
Quel est le discours tenu lors de ces entretiens par la femme qui va avoir recours à l'IVG ?

Les consultations médicales

Quelles sont-elles ?
Comment se déroulent-elles ?
Par qui sont-elles assurées ?
Qu'en pensez-vous en termes d'organisation ?
Qu'en pensez-vous en termes d'accueil ?
Quels sont les questions et les sujets abordés ?
Des documents sont-ils remis aux femmes, si oui, est-ce systématique ou sur demande ?

C - Le jour de l'IVG

L'intervention
Quelles sont les modalités concrètes de l'intervention ?
Qu'en pensez-vous en termes d'organisation ?
Qu'en pensez-vous en termes d'accueil ?
Comment s'effectue le choix du mode d'IVG ?
Qui décide ?
Quel est le nombre et la qualité des professionnel-les présent-es ?
Quelles sont les difficultés ressenties ou vécues de cette intervention ?
Combien de temps l'intervention dure-t-elle ?
Combien de temps le séjour au centre d'orthogénie dure-t-il ?
Quels sont les risques de l'intervention ?

La suite de l'intervention
Quel est le contact avec les femmes ?
Y a-t-il une rencontre ou un entretien, si oui, avec qui ?
Qu'en pensez-vous en termes d'organisation ?
Qu'en pensez-vous en termes d'accueil ?
Quels sont les questions et les sujets abordés ?
Quel est le discours tenu aux patientes ?
Quel est le discours tenu par les patientes ?
Quelles sont les informations ou les conseils qui leurs sont donnés ?
Quel est le suivi proposé aux femmes avant le retour à domicile ?
Avec quel(s) rendez-vous les femmes rentrent-elles à domicile ?
Avec quelle(s) information(s) les femmes rentrent-elles à domicile ?
Des documents sont-ils remis aux femmes, si oui, est-ce systématique ou sur demande ?

L'aspect psychologique
Dans quel état psychologique se trouvent les femmes le jour de l'IVG (typologie) ?
Quel discours tiennent-elles au médecin / à la sage femme au moment de l'intervention (juste avant ; juste après) ?
Le partenaire est-il présent ?
Quelle est selon vous la place des hommes dans cette situation ?
Quelle perception avez-vous de la douleur des femmes ?
Que ressent le médecin / la sage femme pendant l'intervention ?

L'aspect géographique et temporel
Les femmes résident-elles dans la zone du centre ?
Connaissez-vous le parcours géographique qu'elles ont fait jusqu'à l'intervention ?
Connaissez-vous le nombre d'interlocuteurs qu'elles ont eu ?
Combien de temps environ dure l'ensemble des démarches pour interrompre une grossesse ?

L'aspect financier
Quel est le coût de l'intervention ?
Quelle est la prise en charge de l'intervention ?
Comment se déroule le paiement ?

D - Après l'IVG

Quels sont les risques encourus après l'IVG ?
Existe-t-il une visite de contrôle ?
En quoi consiste-t-elle ?
Quelles en sont les modalités (combien de temps après ; avec qui) ?
A quoi servent ces rendez-vous ?
Quels sont les questions et les sujets abordés ? Quel est le discours qui leur est tenu par la ou le professionnel-le qui l'assure ?
Quel est le discours tenu par la patiente à ce moment-là ?
Les femmes y sont-elles présentes ?
Des documents sont-ils remis aux femmes, si oui, est-ce systématique ou sur demande ?
Les femmes reviennent-elles plutôt en consultation à l'hôpital ou chez le médecin de ville (généraliste ; gynécologue) ?

E - Ressentis et perceptions

Le fonctionnement du service
Quels sont vos principes d'action dans le service ?
Quels sont les principes d'action du service ?
Quels sont les principes d'action de l'équipe ?
Quelle importance est-elle accordée à la santé des femmes dans la prise en charge ?
Qu'en pensez-vous personnellement ?
En quelle langue les professionnel-les de santé s'adressent-ils aux patientes ?
Quelle importance est-elle accordée à l'écoute, à l'accueil et à l'échange avec les femmes dans la prise en charge ?
Qu'en pensez-vous personnellement ?
Quelle importance est-elle accordée à la suite de l'intervention (contraception ; sexualité) dans la prise en charge ?
Qu'en pensez-vous personnellement ?
Pouvez-vous me décrire votre place dans le fonctionnement de ce service ?
Quelles sont vos impressions sur ce sujet ?
Que trouvez-vous éventuellement difficile dans cette activité professionnelle ?

L'opinion extérieure
Selon vous quelle est la place du centre dans la structure ?
Comment est-il perçu ?
Pensez-vous qu'il y a un jugement de valeur par rapport à cette profession ou cette activité (collègues ; société ; amis ; famille)
Quels en sont les signes ?
Que pensez-vous de la reconnaissance de cette activité ou de cette profession (discours de la direction ; position éventuelle de la CME ; position des confrères au sein de la structure ou en ville) ?

L'opinion personnelle
Estimez-vous que le discours religieux sur la contraception et l'IVG peut avoir une incidence sur les femmes ?
Cela en a-t-il une pour vous personnellement ?
Comment vivez-vous le fait de travailler précisément dans ce service-là ?
Quelles sont, selon vous, les difficultés rencontrées par les femmes qui ont recours à l'IVG ?
Selon vous quelles pourraient être les améliorations apportées au fonctionnement du service et à la prise en charge ?

Les raisons du recours à l'IVG
Que pensez-vous du niveau important de recours à l'IVG à La Réunion ?
Comment percevez-vous la situation à La Réunion ?
Pensez-vous qu'il existe ici des spécificités au niveau de l'IVG (rapports entre hommes et femmes ; contraception ; situations socio-économiques ; éducation sexuelle) ?

Quelles sont les raisons invoquées par les femmes elles-mêmes ?
Quelle est votre perception, qu'en pensez-vous ?
Quels sont, selon vous, les motifs du recours important à l'IVG à La Réunion ?
Qu'en pensez-vous ?
Quelles seraient, selon vous, les pistes pour mettre en place une meilleure prévention ?

Les IVG chez les mineures et les IVG itératives
Cela change-t-il quelque chose quand la femme est mineure ?
Cela change-t-il quelque chose quand ce n'est pas la première IVG réalisée par la femme ?
Qu'en pensez-vous ?

F - Informations biographiques

Age
Poste occupé
Ancienneté sur ce poste
Ancienneté dans la structure
Ancienneté dans la profession
Lieux de formation
Parcours professionnel
Situation personnelle conjugale et familiale : conjoint-e ; enfant(s)
Lieux de formation de l'interviewée
Parcours professionnel
Ancienneté dans la profession
Ancienneté en orthogénie
Ancienneté en orthogénie
Existence d'un choix
Raisons de ce choix au début de la carrière
Raisons de ce choix actuellement

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez consacré et les informations que vous avez bien voulu partager avec moi.
Si vous êtes d'accord pour me donner votre numéro de téléphone, je me permettrai, en cas de besoin, de vous re-contacter.

Etes-vous intéressé-e par la suite de l'enquête et l'étude à laquelle elle va donner lieu ? Souhaitez-vous en être informé-e ?

ANNEXE 2 : SYNTHESE DES ELEMENTS RECUEILLIS SUR LES IVG ITERATIVES

« Par contre, ce qui m'interpelle, ici, c'est le taux de récidive, ça me semble beaucoup plus important. Parce que moi, mon axe de travail, c'est vraiment d'être dans la non récidive, heu, en tout cas, pas tous les six mois. Une femme que je vois à dix-huit ans pour une interruption de grossesse et qui revient à quarante cinq ans pour une erreur de contraception, un oubli, bien sûr, il y a récidive, mais il s'est déroulé un certain nombre d'années où elle a été efficiente au niveau de sa contraception. Mais je vois des gens, une patiente, c'est la 8ème interruption de grossesse qu'elle fait et on n'arrive pas à travailler avec elle au niveau de la contraception. A chaque copain, il y a une IVG. Ca, ça me peine et ça ce n'est pas un défaut d'information, elle fonctionne comme ça. Qu'on décide d'arrêter la grossesse ou non, peu importe, mais des fois, les dames qui ne veulent pas de grossesse, je les revois six mois après dans le même contexte donc ça veut dire qu'il y a quelque chose qui n'est pas résolu ».

Le terme « récidive » est couramment employé par les intervenants en orthogénie pour désigner les IVG itératives. Il n'est pas anodin d'utiliser un vocabulaire juridique et judiciaire définissant la réitération d'une infraction pénale. Du côté des patientes, c'est très fréquemment que le mot « crime » est employé pour exprimer leur perception de l'acte.

La réitération de l'IVG n'a pas été un critère pris en compte pour élaborer l'échantillon des informatrices. Cependant, il est intéressant de noter que sur douze femmes, quatre avaient eu recours à l'IVG au moins une fois précédemment :

- Deux femmes avaient déjà eu une IVG (l'entretien a eu lieu après la deuxième) ;
- Une femme avait déjà eu deux IVG (l'entretien a eu lieu après la troisième) ;
- Une femme avait déjà eu trois IVG (l'entretien a eu lieu après la quatrième).

Il est indéniable, cela a été souligné dans la deuxième partie, que le nombre des IVG a une incidence importante sur la perception qu'en ont les intervenants professionnels. C'est, en effet, l'élément qui va déterminer l'existence ou non d'une excuse, c'est-à-dire d'un motif acceptable de recours à l'IVG.

Ainsi, la première IVG, y compris quand il y a absence de contraception, peut être considérée comme un accident. Les suivantes, surtout en l'absence de contraception suscitent un regard bien différent, moins bienveillant ou pour mieux dire, il semble que les limites de la compréhension d la situation elle-même soit atteinte. Comment peut-on ne toujours pas utiliser de moyen de contraception après plusieurs IVG ?

Les conseillères conjugales ont plus particulièrement évoqué cette question sous l'angle de la vulnérabilité. Le parcours des femmes qui viennent pour la troisième ou quatrième fois présentent, fréquemment, comme caractéristique de constituer des histoires de vie compliquées, douloureuses, non résolues. Ce sont, d'après les entretiens menés, des femmes qui s'ancrent dès l'enfance des précarités multiples. Le recours à l'IVG ne représenterait donc qu'une déclinaison parmi d'autre de difficultés psycho-sociales généralisées à mettre en lien avec une absence de maîtrise de l'existence, ici, du parcours conjugal et/ou familial.

« Les femmes qui reviennent pour des répétitions d'IVG, je dirais à partir de trois, quatre, cinq parce que deux, c'est malheureusement, assez courant mais celles qui reviennent quand même pour plusieurs fois, je dirais, j'ai remarqué quand même que ce sont des femmes qui ont toutes un parcours compliqué, compliqué. Déjà depuis leur enfance à elles, je note qu'il y a eu quand même soit des placements, soit des parents pas comme il faut, enfin, ce sont des femmes qui ont une histoire personnelle compliquée. On a l'impression qu'elles n'arrivent pas à se défaire de leur histoire personnelle passée mais en même temps, en permanence, elles se remettent dans des histoires compliquées. Elles ont quitté un monsieur qui tape, elles se remettent avec un qui retape.

C'est comme si… heu… on n'arrive pas à s'en sortir… et à ces femmes-là, justement, aucune contraception ne convient. Rien ne va, elle a tout essayé, elle a essayé, beaucoup de bonne volonté, elle a essayé mais rien ne va. On saigne, on ci, on ça, ce qui fait que nous, professionnels, on est démuni parce qu'on ne sait plus quoi proposer comme contraception. Elle-même, elle est démunie parce qu'elle ne sait plus quoi faire, en même temps, elle fait quatre ou cinq IVG, elle sait que ce n'est pas bien mais elle revient encore. C'est des échecs perçus par nous, professionnels, parce qu'on se dit, ma foi, on n'a peut-être pas fait ce qu'il faut et elle… je ne sais pas si c'est très clair dans sa tête mais en tous cas, elle n'est pas bien. Elle n'est pas bien parce que même si c'est la quatrième ou cinquième fois, on a toujours peur. Peur de mourir, peur que le docteur crie après, peur qu'on ne fasse pas parce que c'est la énième IVG… mais elles reviennent quand même et puis il y a celles qui font le tour des établissement et qui ne disent pas… qui gèrent comme elles peuvent ».

Apparaissent, en effet, de manière répétée et en amont du recours à l'IVG, des échecs sentimentaux ou des relations insatisfaisantes.

« Surtout vous savez, ce n'est pas mon premier IVG, j'en ai eu trois. Alors, le premier IVG c'était quand… c'était l'année où je passais le bac, donc là, c'est vrai, l'erreur de jeunesse, j'étais jeune, les premiers rapports, en fait, on a peur que les parents tombent sur la plaquette de pilule donc là… comment dire… on évite. C'est les premiers petits flirts, les trucs comme ça et puis voilà, c'est arrivé, un accident. J'étais au lycée et heu… voilà. Je n'étais pas prête à être maman donc j'ai eu une IVG. Ensuite, mon deuxième IVG, là, c'est vrai que je ne m'y attendais vraiment pas, c'est le père de mes enfants donc lui heu… on avait décidé d'avoir un enfant. Il m'avait dit, oui, on va avoir un bébé, on vivait ensemble, sauf que, quand j'ai commencé à avoir les symptômes et qu'il s'est rendu compte que j'étais vraiment enceinte, il m'a dit : tu vas quand même garder ? En fait, je croyais que j'étais prêt mais finalement, je ne suis pas prêt, et là… il m'a dit : de toutes façons, si je le garde, il ne va pas… comment dire… assurer son rôle de père quoi. Heu… financièrement tout ça, il serait là, sauf qu'il n'en veut pas et qu'il n'est pas prêt à être papa. Quand j'avais pris la décision d'avoir l'enfant… tous les deux, on travaillait, financièrement, il n'y avait pas de souci, sauf que le fait qu'il ne soit plus… qu'il ne soit plus désiré… j'avais l'impression de lui avoir fait un petit dans le dos quoi. Honnêtement, c'était psychologiquement très dur… du coup, voilà… j'ai eu mon IVG. Et après, j'ai eu mon troisième enfant avec lui, enfin, pas mon troisième enfant mais ma troisième grossesse en fait, à terme. Donc on a eu un petit garçon qui a, aujourd'hui, six ans. Et lui, heu… peu de temps après la naissance de mon fils, il devait avoir, quoi, sept, huit mois, on s'est séparé. Je me suis retrouvée toute seule avec mon fils à élever et là… aujourd'hui, on a eu un deuxième enfant parce qu'il s'est passé quand même un bout de temps, on était séparé, on s'est remis ensemble et tout ça. On a eu une fille… ce qui se passe, c'est j'ai accouché, ça fait sept mois et le souci c'est, qu'entre mon ami et moi, dans notre couple, on ne s'entendait pas et on était en phase de rupture. On avait des relations sexuelles mais qui étaient très, comment dire… très espacée en fait et j'ai pris du temps en fait... je ne m'étais pas précipitée pour aller remettre en place mon stérilet parce que, déjà, on n'avait pas vraiment de rapport et … en fait, j'ai été négligente là-dessus. Mais, pour moi, c'était un accident, ça s'est produit, j'ai commencé à avoir les symptômes, c'est-à-dire à avoir des bouffées de chaleur, des nausées le matin et, là, je me suis dit … j'ai… je… alors que mes règles devaient arriver quinze jours avant, j'ai regardé le calendrier, j'ai dit : mince, j'espère pas, j'espère pas. J'ai été à la pharmacie, j'ai pris un test. Entre temps, on s'était séparé, j'avais pris mes gamins, j'étais partie… heu, j'ai fait mon test, j'ai été positive. Donc, là, j'ai pris rendez-vous chez le gynéco et je lui ai expliqué, je lui ai dit : bon, bah, je crois que je suis enceinte et bon… ce n'est pas une grossesse désirée, c'était un accident. C'était un état psychologique dans lequel j'étais, je savais qu'il y avait un malaise dans notre couple et, en fait, mon ami, il refusait de mettre un préservatif. Pour lui, ben, c'était à moi d'avoir une contraception… donc, heu… soi-disant, il faisait attention pour que… pour que je ne me retrouve pas dans cette situation-là quoi… surtout que le précédent rapport qu'on avait eu, il n'avait carrément pas fait attention et j'avais dû aller prendre la pilule du lendemain et puis, bon, bah, on discutait déjà de nos problèmes de couple et moi, bon, je n'étais vraiment pas bien, et heu… oui, c'est de la négligence. Bon, déjà, pour moi, aller chez le gynéco pour mettre en place le stérilet, ça fait mal, moi, j'ai mal, je trouve que ça fait mal… donc, je me suis dit, bon, bah, je prends mon temps quoi, vu le peu de fois où on a des rapports, je vais attendre et j'avais déjà le rendez-vous

*avec le Docteur *** pour mettre en place mon stérilet. Sauf que je suis tombée enceinte avant de mettre en place le stérilet. La pilule, je ne supporte pas, ça me rend malade, ça me donne des vomissements, même les mini dosées, je ne supporte pas donc il fallait absolument que ce soit le stérilet et puis voilà… donc, il ne sait même pas que j'ai eu mon IVG. En fait, là, depuis que je suis partie, il n'arrête pas de m'appeler, de me courir après, de me… hier, pas plus tard qu'hier soir, il m'a appelée pour me dire qu'il allait se suicider si je ne revenais pas… et donc s'il apprenait que je suis enceinte, c'était une super idée pour que je revienne quoi. Je suis sûre qu'il n'aurait pas voulu que je fasse une IVG, il aurait voulu garder, pour faire encore plus de moi son esclave, sa petite chose à la maison. Mais, moi, je tiens à ma liberté. Si ça se passait très bien dans notre couple, honnêtement, je n'aurais pas eu recours à l'IVG mais on était déjà en pré-rupture et je ne pouvais pas… en fait, à chaque fois que je lui ai fait confiance, à chaque fois je m'attendais à ce que ça se passe bien et à chaque fois, je me suis cassée la gueule. A chaque fois, je me suis plantée. Donc, honnêtement, je pense que j'ai vraiment essayé, pour les enfants surtout parce que je voulais qu'ils vivent dans un milieu où il y a le papa et la maman… moi, je suis, comment dire… ma mère était alcoolique, elle ne s'occupait même pas de nous, on n'a pas eu d'éducation. Ca ne m'a pas empêché, même si j'ai redoublé à l'école, de faire des études supérieures, de m'en sortir, aujourd'hui. Comment dire... à chaque fois, ce sont des histoires différentes parce que le pire c'est que… on peut se dire : bon, bah, tu l'as fait une fois dans ta vie, tu sais ce que c'est, maintenant tu fais gaffe pour pas que ça t'arrive encore. Mais la deuxième IVG, jamais, je ne pensais que ça allait m'arriver… la troisième fois, d'accord, bon, tu es déjà maman et tout… bon, je veux dire, normalement… comment dire… après, il ne faut pas rejeter la faute non plus sur mon compagnon et tout ça et dire, oui, c'est parce que tu avais une fois ou de temps en temps une relation et tout ça. Mais je n'étais pas bien psychologiquement et je n'étais tellement pas bien que je me disais, ça sert à quoi que j'aille mettre un stérilet pour avoir un rapport une fois de temps en temps ? »*
Gislaine, 36 ans (troisième IVG, mode médicamenteux)

ANNEXE 3 : SYNTHESE DES ELEMENTS RECUEILLIS SUR LES IVG CHEZ LES MINEURES

Concernant la prise en charge, enfin, il est probable que les femmes mineures soient davantage impressionnées, voire effrayées, par l'hospitalisation et plus sensibles à la douleur.

« Une mineure qui… qui vient pour faire l'IVG, enfin… quand on veut mettre la perf, elle crie, c'est difficile, elle dit aïe… Pour la perfusion quoi… il y en a qui font vraiment très bébé quand même ».

« Chez les mineures, oui, c'est sûr que si elles n'ont jamais eu de contact avec le milieu hospitalier, elles n'ont jamais eu d'enfant, elles sont plus sensibles par rapport à la douleur, même par rapport à une prise de sang donc la prise en charge, oui, est différente ».

« *Quand la patiente est mineure, elle a le choix d'être accompagnée, soit par ses parents, père, mère, enfin, responsable légal ou soit, si elle ne veut pas, pour x raison, soit elle ne veut pas tout simplement les mettre au courant, soit elle a mis au courant mais les parents ne veulent rien entendre et ne veulent pas s'impliquer dans l'IVG ou sinon… soit elles ne disent pas, soit elles ont dit mais ils n'ont pas voulu et dans ce deux cas, elles se font accompagnées par un majeur, un accompagnant majeur, qui peut-être, heu… n'importe qui, le petit copain, comme la grande sœur, comme la copine, comme la tante ou la tatie, ou le voisin tout simplement. Donc la condition, heu, nous, la condition quand on les voit, la condition, c'est, bien sûr, que cette personne soit majeure ».*

« Ce n'est pas souvent les parents et heu… heu, du coup, la majorité viennent sous X donc on ne sait pas du tout leur nom quoi… et heu, là, le plus souvent c'est soit le copain, soit la mère du copain ou une tatie... mais c'est vrai que c'est quand même assez rare que ça soit les parents ».

Outre le dispositif particulier, en termes d'accompagnement et de prise en charge financière, qui a déjà été décrit, les jeunes femmes mineures interrogées présentent des points communs dans leur situation.

Elles sont en couple, durablement.

« Faire ma vie avec lui… je l'espère, oui ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« La maternité, la grossesse est quand même très vite intégrée dans la tête des jeunes filles comme si ça faisait partie heu… de… de la vie. A un moment donné, on sort avec un garçon, ça aboutit forcément à une maternité. Est-ce que ce sont des schémas familiaux ou schémas culturels tout simplement, schémas de société ? Et puis la contraception aussi. Il faut dire qu'à La Réunion, tout est toujours un petit peu en retard. Les centres de planification familiale ont commencé quand même plus tard ici qu'en métropole. Il y a quand même toujours un petit décalage. La pilule est arrivée un petit peu plus tard, le stérilet, l'implant, enfin tout. On est toujours décalé un petit peu par rapport à la métropole donc est-ce qu'il y a ça ? »

Elles n'avaient jamais adopté de mode de contraception régulier avant l'IVG. L'utilisation du préservatif, quand elle existe, n'est pas systématique.

- *« Les préservatifs… pas systématiquement…*
- *Y a-t-il une raison ?*
- *Ben, je ne sais pas, parce que des coups, on ne pense pas à prendre ça, voilà ».*
  Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

- *« Auparavant la contraception était-elle une chose connue ou inconnue pour vous ?*
- *Inconnue.*

- *Est-ce qu'on peut dire que vous avez commencé votre vie sexuelle sans vous préoccuper de la contraception ?*
- *Ouais… mais je pensais que mon petit copain connaissait les conséquences et pouvait faire attention… se retirer…*
- *Connaît-il les modes de contraception ?*
- *Non.*
- *A-t-il déjà proposé d'utiliser un préservatif ?*
- *Si, si… pas tout le temps… »*
  Vanessa, 16 ans (première IVG, mode instrumental)

Pour l'une, le premier rapport sexuel a entraîné une grossesse non désirée. La conscience du risque prend un visage particulier dans le cas de ces jeunes filles comme l'expliquent de manière quasiment similaire les conseillères conjugales qui les reçoivent en entretien.

« Quand elles viennent hors délai, c'est souvent, c'est comme si ce n'était pas de leur faute mais de la faute à pas de chance ».

« Les mineures, ce que je trouve différent, c'est qu'elles se sentent heu… peut-être déjà moins concernées par la contraception parce que pour elles, heu, ben… ça n'arrive pas à elles ! Ce n'est pas qu'elles sont trop jeunes, mais bon, je sais, je suis au courant, ben, la pilule, la contraception, la pilule du lendemain et tout, mais bon, on est bien informé, on est au courant, au niveau théorie maintenant quand il s'agit d'appliquer… on ne fait pas trop la relation entre soi et puis ce qui se dit, ce qui se… donc c'est comme s'il y avait un clivage. Nous, c'est nous et ce qui se dit là-bas, c'est pour là-bas, à l'école, on a dit, on apprend, on a lu mais nous, on est... mais ça ne nous touche pas. On est… invulnérable. Bah oui, le nombre de fois que j'entends les jeunes dire : bah, oui mais je pensais que ça n'allait pas m'arriver à moi ou je pensais que ça n'allait pas arriver tout de suite, là, tout de suite, là, premier rapport, enceinte ! Ouais, c'est comme s'il y a un comme décalage entre ce qu'elles savent et ce qu'elles vivent et ce qu'elles font… ouais, c'est ça qui m'a marqué au niveau de ces jeunes. Et puis, on est au courant du sida, tout ça, au début, on est très assidu, le préservatif et tout mais assez rapidement, au bout de quelques mois, ben, de temps en temps, on a un relâchement comme on dit ! Est-ce qu'on en a un peu marre ? Est-ce qu'on veut un peu jouer avec le feu ? Est-ce que c'est l'âge de l'adolescence qui fait qu'on a la tête dure comme on dit, qu'on fait comme on veut ? Heu, voilà… il y a l'âge aussi, on est très spécial à cet âge-là ».

« Je pense par exemple aux jeunes, des très jeunes, qui viennent quelquefois, deux fois, trois fois mais ce sont des jeunes qui sont encore dans l'adolescence, qui n'ont pas encore vraiment de maturité, qui n'ont pas vraiment dans leur tête un projet de vie de femme, de vie de famille, de vie de couple, hein. Je me dis qu'à long terme, quand elle sera peut-être en couple, avec beaucoup plus de stabilité conjugale et tout, qu'elle aura envie de fonder une famille, d'avoir des enfants, c'est là que ça va peut-être revenir. Et si elle se retrouve, en plus, avec des problèmes de fécondité… mais ça quelquefois j'ai l'impression que chez certaines femmes, on banalise, sans dire qu'on prend l'avortement pour une contraception, ça, non, je ne dirais pas ça mais banaliser. Dans le sens où c'est difficile psychologiquement mais on vient quand même refaire parce que, bon, c'est vite, on rentre au bloc, on ressort, c'est vite fait, quoi… mais on sait quand même que… qu'il y a une grossesse… qu'on arrête et que… ce n'est pas bien quelque part… on a quand même, je ne sais pas, c'est difficile de vous expliquer mais même celles qui ont… chez qui on a l'impression, franchement, qu'elles prennent ça comme, comme vraiment une banalité, que vraiment, ma foi, je pense, quand même, quand, à ce moment-là, elles sont en train de faire les démarches, les rendez-vous et tout et tout, elles ont quand même quelque part peur. Peur qu'il arrive quelque chose, justement et puis quelque part, il y a ce côté, un petit peu de moralité, ce n'est pas bien quand même. Elles ne sont quand même pas bien, tout le monde ! Au moment où elles vivent les choses, où elles sont en train de faire l'IVG, elles ont peur. Peur de mourir, bon, au bloc surtout, peur de mourir et peur des risques, hein, des complications et puis cette impression de pas bien, ce n'est pas bien, pas bien par rapport à la religion, à la moralité, mais elles le font quand même ».

Intellectuellement, elles savent qu'un rapport non protégé risque d'entraîner une grossesse non désirée. Cependant, le rapport au temps est incarné par l'instant présent et elles disent unanimement ne pas y avoir pensé sur le moment.

- *« Aviez-vous eu un ou des rapport(s) non protégé(s) ?*
- *Oui… oui, oui... je savais mais… mais… mais ça ne m'est pas venu… ça ne m'est pas venu à l'idée que je… voilà ».*
  Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« C'est bizarre… ben… en fait quand on est petit on pense souvent à ce genre de chose mais quand on est dedans, ce n'est pas pareil mais après, après réflexion et quand on voit autour de soi aussi, j'ai des sœurs qui ont des gosses et ce n'est pas facile pour eux donc, heu, ah non, non, je me suis dit que j'avais le temps devant moi, il ne faut pas presser les choses ».
Louna, 19 ans (première IVG, mode instrumental)

Le motif invoqué pour recourir à l'IVG réside dans leur jeune âge, la nécessité de poursuivre leurs études et la conscience qu'elles ont de ne pas être parvenues à l'étape de leur vie où elles peuvent être mères.

« En fait, je veux continuer pour faire un BTS mais en quoi, je ne sais pas encore ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Il y a, par ailleurs, un rapport assez ambivalent à la grossesse et/ou à la maternité et/ou au désir d'enfant chez ces jeunes femmes. Elles désirent cette grossesse, l'idée qu'elles en ont peut ressembler à un projet. Cependant, quand la grossesse est là, la réalité s'impose et avec elle l'impossibilité d'assumer et de poursuivre.

« Il faut une éducation pour les populations jeunes. Le problème est psycho-social. La notion de maternité est très complexe chez les jeunes filles. Le nœud de l'affaire est là : la maternité ».

*« Elles arrivent quand même à dire, moi, je veux mener cette grossesse, c'était un bébé que je voulais, heu, alors on me dit qu'il faut que j'avorte parce que je suis folle, parce que je suis jeune, tout ça. J'ai eu dernièrement, une jeune femme envoyée par le médecin traitant. Elle a fait deux fois l'aller-retour dans la salle d'attente et finalement elle est venue et elle a dit : le médecin, Docteur ***, m'a traité de tous les noms quand il a vu que j'étais enceinte. Il m'a dit que j'étais folle, qu'il fallait absolument que j'avorte et que j'avais le temps de prendre les comprimés. Mais moi, je veux garder le bébé… ça existe encore, elle, elle l'a dit ouvertement qu'il l'avait maltraitée ».*

« J'avais envie de le garder mais après j'ai réfléchi aux conséquences et je me suis dit que ce n'était pas… que je ne peux pas garder… c'était après le premier rendez-vous, c'est là que j'avais envie de garder, après le premier rendez-vous. Et là, c'est eux qui m'ont dit, tu ne peux pas garder quoi… on n'avait pas les moyens de s'en occuper et tout ça, c'était préférable de ne pas garder ».
Vanessa, 16 ans (première IVG, mode instrumental)

« Même si je ne voulais pas trop, trop l'enlever mais je savais que… que ce ne serait pas possible, avec mes études tout ça ».
Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

« Il fallait prendre une décision, j'ai parlé de la chose avec mon copain pour voir quelle décision on allait prendre et puis on a choisi de faire l'IVG. En fait, d'un côté, il voulait garder, mais d'un côté, il ne voulait pas et on a dit qu'il fallait mieux l'enlever. En fait, d'un côté, la grossesse était volontaire mais après, heu… on a décidé d'enlever… en fait, c'était le souhait à tous les deux mais une fois que j'ai su que j'étais enceinte, on n'était pas dans des conditions de l'accepter et on a dû enlever et, là, je prends la pilule depuis l'IVG ».
Jessica, 17 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Il est à noter qu'elles ont peu de conscience des risques liés à l'IVG, excepté éventuellement celui d'infertilité par la suite.

« Si on fait une IVG, pour moi, il n'y a pas beaucoup de risques mais si on fait plusieurs, il devrait y avoir des risques, je pense… peut-être qu'on ne peut plus faire d'enfants ».
Séverine, 16 ans (première IVG, mode médicamenteux)

Apparaît également le mécanisme suivant comme pour les femmes plus âgées : accepter ce qui est arrivé en lieu et place d'un autre projet de vie.

« Et puis, on vous dit que l'avortement, on est en plus. Mais il y a plein de choses pour lesquelles, on est en plus : l'échec scolaire, le chômage… est-ce que tout ça, ce n'est pas lié ? Je me dis qu'il doit y avoir un tout et depuis le début, depuis l'origine même, il y a un décalage, et ben, ça suit. Parce que je vois, quand même, beaucoup, beaucoup de jeunes qui arrivent en IVG à seize, dix-sept ans mais je trouve que le niveau… le parcours scolaire n'est pas génial, hein ! Souvent troisième, on arrive péniblement à suivre un BEP ou un CAP et encore on n'arrive même pas au bout. On arrête au beau milieu. Enfin, bon, moi, je pense que tout ça rend les jeunes filles plus vulnérables et en même temps, il y a une façon de voir les choses… ces jeunes qui sont un peu en échec scolaire, social, familial parce que, quand même, elles n'ont pas toutes un cadre familial comme il faut, hein, est-ce que pour elles, la grossesse, ce n'est pas un peu se raccrocher, se rattraper ? Voilà, il y a un tout et c'est ça aussi qui pourrait expliquer le nombre de grossesses qui arrivent à terme de jeunes femmes. Moi, je pense qu'honnêtement il y a une incidence par rapport à tous les problèmes sociaux. Et puis l'accès à la contraception, on est quand même dans une île, bon, on a des petits coins isolés, on a… pfft… peut-être que dans certains coins isolés de l'île, on n'a pas facilement accès à une contraception. Les moyens de transport, ce n'est pas évident pour tout le monde. Je vous dis, il y a un tout, il y a un tout. Une jeune fille qui habite au fond d'un îlet de Salazie, dès qu'elle sort de la maison pour aller voir un docteur, encore plus un planning familial, il n'y en a pas d'ailleurs à Salazie, tout de suite, tout le monde est au courant. Pourquoi elle est partie voir le docteur ? Pourquoi elle est partie à Saint André ? Moi, je pense qu'il y a tout ça ! Je pense honnêtement, la meilleure prévention, pour qu'une jeune fasse attention, pour qu'elle ne tombe pas enceinte à quatorze, quinze ans, c'est qu'elle ait un projet de vie… un projet dans sa vie : je veux finir l'école, je veux faire ci, je veux faire ça, je veux avoir n'importe quel diplôme, je veux travailler. Parce que celles que je vois en IVG, honnêtement, dans les jeunes, elles n'ont pas trop de projet de vie, hein, bon, on a le copain, on sort ensemble, on n'a pas vraiment… pas de projet clair en tous cas. Donc la meilleure prévention, à mon point de vue, ça n'engage que moi, ce serait leur donner, voilà… qu'elles aient un projet de vie parce qu'une jeune qui sait dans sa tête qu'elle veut avoir son bac après aller en France, elle veut faire ci, elle veut faire ça, ça n'empêchera pas les accidents : préservatif qui déchire ou bien un moment d'inattention, on ne met pas de préservatif mais au moins, bon, celle-là, j'ose espérer qu'elle ne fera pas une deuxième IVG, que la contraception sera… alors que quand on n'a pas vraiment de projet en tête, bon, l'accident arrive aussi… mais peut-être qu'on ne sera pas aussi sensibilisé ou peut-être… je ne sais pas. Tout ça, c'est tellement complexe parce qu'aussi parfois le deuxième accident arrive aussi un peu, entre guillemets, volontairement parce qu'on veut aussi, heu… on veut rattraper, on veut heu… voir si on n'a pas été stérile après la première IVG donc on entre dans des cercles vicieux, voilà, donc heu… c'est complexe, hein, l'IVG. C'est complexe. Je pense que donner des solutions… je crois qu'on ne peut pas, on ne peut pas donner des solutions parce que tout est tellement impliqué l'un dans l'autre et puis l'avortement touche vraiment à des désirs très profonds, hein, désir d'enfant, désir de grossesse, ambivalence, il y a tout ça, hein, et ça, bon, ça, ça, c'est humain. Ce qui expliquerait heu, justement cet aspect heu… qu'on n'arrivera pas de toutes façons à régler, heu, cette part un petit peu d'inconnu dans le désir d'enfant, dans le désir de grossesse, ce qui expliquerait que le taux d'IVG, même en France métropolitaine, on n'arrive pas à baisser au-dessous d'un certain seuil. Il y aura toujours, quelque que soit la contraception, la prévention, tout ce que vous voulez, je pense que le taux zéro d'IVG, non ! Il y aura toujours, bah, parce qu'il y a ça ».

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE SUR LES THEMATIQUES DE L'IVG ET DE L'ENFANTEMENT

AVON B., *A l'écoute du symptôme. IVG : accompagner la relation*, Ed. Chronique sociale, 2004.

BAJOS N., « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *BEH* (INVS), 2005, pp. 9-10.

BAJOS N., FERRAND M., *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Ed. INSERM, 2002.

BLAYO C., « Le point sur l'avortement en France », *Populations et Sociétés*, juin 1997, p. 325.

BOLTANSKI L., *La condition fœtale : une sociologie de l'avortement et de l'engendrement*, Ed. Gallimard, 2004.

BRIAND N., ORY C., TECHER L., *Les mères adolescentes*, Etudes et Synthèses de l'ODR, 1996.

CROST M., KAMINSKI M., GAREL M., « Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives : enquête dans trois centres français », *Contraception, fertilité, sexualité*, 1996, vol.24, p. 1.

DUMOULIN S., *Etre mère à l'adolescence : une démarche de construction personnelle. Mémoire d'Assistante de service social*, IRTS de La Réunion, 2007.

FAIVRE S., *La vérité sur l'avortement aujourd'hui*, Ed. Téqui, 2006.

FONTY B., HUGUENIN J., *Les pères n'ont rien à faire dans la maternité*, Ed. First, 2003.

GEIDEL B., « Relation médecin-patient n°6. Garder o u non cette grossesse », *Panorama du médecin*, 2003, 4, p.48.

GAUTHIER X., *Naissance d'une liberté*, Ed. Robert Laffont.

JEANDET-MENGUAL E., *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, 2002.

KAHN-NATHAN J., « La prévention de l'IVG », *Contraception, fertilité, sexualité*, 1997, vol. 25, 11, pp. 833-835.

LEBOT L., *Contexte de la grossesse chez l'adolescente scolarisée à La Réunion*, Santé scolaire, 1992.

LECORPS P., *La contraception et l'interruption volontaire de grossesse : état des lieux et perspectives*, 2000.

LE CORRE, M., THOMSON, E., « Les interruptions volontaires de grossesse », *Etudes et Résultats*, DREES, n°69, juin 2000.

LERIDON H., « Comment réduire le nombre d'IVG », *Gyn-Obs*, 1997, 366, pp. 13-14.

MIGNOT S., « VG : une loi qui a du mal à passer », *Profession sage-femme*, juin 2002, pp. 4-8.

MOUQUET M.C., VILAIN A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2001 », *Etudes et résultats,* DREES, décembre 2003, p. 279.

MURAT F., *Entre mères : maternité précoce et incidences des représentations sociales sur les relations mères-filles. Mémoire d'Assistante de service social*, IRTS de La Réunion, 1999.

NISAND I., *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes - Rapport à la ministre de l'emploi et de la solidarité*, février 1999.

POLETTI B., *Rapport d'information sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, 2008.

PONS J.C., LACHCAR P., VENDITELLI F., *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*, Ed. Elsevier Masson, 2004.

POURCHEZ L., TABUTEAU, J., « Vierge noire et déesse Karli. Chronique d'un désir d'enfants à La Réunion », *L'Autre. Clinique, cultures et sociétés*, vol. 3, n° 2, 2002, pp. 257-276.

POURCHEZ, L., « Infanticide et représentation de la vie à La Réunion : une approche croisée », *Ethnologie française*, n° 4, 2004, Paris, PUF, pp. 689-697.

QUELIER, C., Le recours à l'interruption volontaire de grossesse en Martinique. Approche sociologique, DRASS de la Martinique, août 2004.

RONDOT-MATTAUER B., *Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens, un autre regard dans l'accompagnement psychologique*, Ed. Erès, 2003.

SEGUILLA M., « Echecs de contraception, IVG, quelles ambivalences, quelles séquelles ? », *Les dossiers de l'obstétrique*, 2002, 6, pp. 30-33.

SIROL F., « La douleur de l'interruption médicale de la grossesse : le point de vue du psy », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2005, 3, pp. 141-143.

TABET P., *Fertilité naturelle et reproduction forcée. Arraisonnement des femmes*, Ed. L'Harmattan, 1998, pp. 26-28.

TAMIAN-KUNEGEL I., *L'avortement et le lien maternel : une autre écoute de l'interruption volontaire de grossesse*, Ed. Chronique sociale, 2002.

TOUTAIN T., « IVG : les femmes et le corps médical sous-informés », *Profession sage-femme*, 2000, 63, pp. 15-18.

WIDMER, I., « Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France à l'île de La Réunion », *Rapport final ENVEFF*, INED, Paris, 2003.

INSEE de La Réunion, DRASS de La Réunion, *Analyse de la contraception à La Réunion - Enquête Famille*, 1997.

Séquelles psychiques de l'IVG ? Le mythe et les faits scientifiques - Actes du Symposium, 2001.

L'organisation de la prise en charge des interruptions volontaires de grossesses dans le Nord - Pas-de-Calais : recommandations régionales / Nord - Rapport de l'ARH, 2003.

Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines - Rapport de l'ANAES, 2001.

Le recours à l'IVG est plus important à La Réunion qu'en métropole, notamment chez les mineures et concernant les IVG itératives. La pertinence et la qualité de la prise en charge de l'IVG participent, voire constituent en elles-mêmes une « stratégie de prévention », notamment des IVG itératives et des IVG chez les mineures.

C'est pourquoi, la DRASS a chargé l'ORS d'établir un état des lieux qualitatif des pratiques et perceptions attachées à la réalisation des IVG à La Réunion, aujourd'hui.
L'objectif de cette étude est de disposer de données actualisées pour adapter et améliorer sa stratégie d'action.

Une enquête de terrain a été effectuée en 2009, par entretien, auprès de 12 femmes ayant eu recours à l'IVG et de 6 professionnel-le-s de santé concourant à sa réalisation en milieu hospitalier.

La description de l'organisation et des étapes du « parcours IVG » présente de quelles manières cette activité est intégrée au fonctionnement des structures hospitalières.
L'analyse des données recueillies met en exergue les difficultés rencontrées par les femmes ayant demandé une IVG ainsi que des dysfonctionnements, également, relevés par les soignant-e-s concerné-e-s. Douleurs physiques et psychologiques chez les patientes, souffrance au travail chez les personnel-le-s de santé sont les conséquences directes ou indirectes de la mise en ouvre d'une activité peu valorisée et peu valorisante dans les établissements.

Il apparaît que ces limites sont inhérentes au système et au modèle de prise en charge tels qu'ils existent : axés sur les gestes techniques au détriment du volet psycho social. Dans le but d'améliorer la prise en charge comme la prévention, seul un changement de paradigme, permettrait de dépasser cette situation et de développer, au lieu d'une prise en charge principalement technique et hospitalière de l'IVG, une véritable orthogénie au sein d'une activité de planification familiale polyvalente et pluridisciplinaire, cohérente et totale.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Directrice de la publication
Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction
Dr Emmanuelle RACHOU

Auteur-e
Mélanie PERCHE

Observatoire Régional de la Sante
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis
Tél : 02.62.94.38.13
Fax : 02.62.94.38.14
Site : http://www.orsrun.net
Courriel : orsrun@orsrun.net
Centre de documentation :
documentation@orsrun.net

Financement
GRSP

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Association loi 1901 – Siret : 393 656 137 00030 - Code APE 9499Z