



Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Avortement en France : vers la télémédecine?

par
Clémence Chbat

Mémoire de master 1
Mention santé publique - Sciences sociales et management

Enseignant référent :
Monsieur Arnaud Campéon

Juin 2021

Liste des abréviations

ANCIC: Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

AP-HP: Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

ARS: Agence Régionale de Santé

BMJ: British Medical Journal

DGS: Direction Générale de la Santé

EHESP: École des Hautes Etudes en Santé Publique

IMG: Interruption Médicale de Grossesse

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

MLF: Mouvement de Libération des Femmes

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

REVHO: Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

SA: Semaines d'Aménorrhée

WoW: Women on Web

Liste des personnes rencontrées au cours de ce stage, dont les prénoms figurent dans ce mémoire

Rebecca Gomperts: fondatrice de l'ONG Women on Waves et Women on Web

Hazal Atay: coordinatrice de Women on Web France, doctorante en politique comparée à Sciences Po Paris, maîtresse de ce stage

Richard* : gynécologue-obstétricien à l'AP-HP, auteur d'ouvrages et d'articles sur l'avortement et la contraception.

Sophia*: gynécologue-obstétricienne, fondatrice de structures développant la prise en charge des femmes victimes de violences en région parisienne

Marie*: gynécologue-obstétricienne, responsable d'un centre IVG à Paris, auteure d'ouvrages et d'articles sur l'avortement et la contraception

Mathilde*: Sage-femme hospitalière, référente en orthogénie dans le sud de la France, militante au planning familial et ancienne membre de l'ANSFO (Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes)

Cécile* : Médecin généraliste à Paris depuis 12 ans, médecin référente dans une maternité, membre de REVHO, ANCIC, maître de stage à l'Université de Paris, encadre actuellement deux thèses dont une sur l'avortement

Julie*: Doctorante en démographie, dont le sujet de thèse porte sur l'avortement

*les prénoms ont été modifiés pour garantir l'anonymat des personnes rencontrées

Sommaire

Présentation du stage	6
Historique de Women on Web	6
Fonctionnement de l'organisation	6
Women on Web en France	7
Introduction	7
La construction du droit d'avorter en France	8
Méthodologie de recherche	12
Analyse	13
Accès à l'avortement en France	13
Obstacles dans l'accès à la demande	14
Capacité à s'informer	14
Capacité à payer pour un avortement	15
Autres problèmes d'accès propre aux femmes	16
Obstacles dans l'accès à l'offre	17
L'acceptabilité par les professionnels	17
La disponibilité du service	18
La pertinence du parcours	20
Conclusion première partie	21
Avorter durant la crise sanitaire: innover dans un contexte d'urgence	22
De l'urgence de la mesure	22
La télémédecine comme opportunité d'accès dans un contexte de crise	23
L'innovation à l'épreuve du terrain	24
Point de vue des professionnels	24
Point de vue des femmes	26
Conclusion de la deuxième partie	29
Retour sur le stage	29
Conclusion générale	31
Bibliographie	32
Annexes	37

Présentation du stage

Mon stage se déroule à distance avec l'ONG Women On Web. Je me propose d'introduire brièvement cette ONG pour établir le lien avec mon sujet, et mon travail durant ce stage.

Historique de Women on Web

L'association "Women on Waves" a été créée en 1999 par Rebecca Gomperts, une gynécologue néerlandaise. Il s'agit d'une association qui vient en aide aux femmes originaires de pays possédant des lois restrictives en matière d'avortement. L'association permet à ces femmes de monter à bord d'un bateau, et de les emmener jusque dans les eaux internationales pour procéder aux avortements. Le film "Vessel" retrace l'historique de cette organisation.

En 2005, face aux demandes de plus en plus nombreuses par mail, "Women on Waves" devient "Women on Web", pour offrir une aide et de l'information sur la contraception et l'avortement par correspondance.

Fonctionnement de l'organisation

L'association Women on Web (WoW), basée au Canada, est soutenue par de nombreuses ONG dans le monde (Asia Safe Abortion Partnership, Global Fund for Women, Women's Global Network for Reproductive Rights...) et par des donateurs privés.

En moyenne, chaque année, l'association répond à près de 100 000 mails venant de 123 pays différents. L'association répond en moins de 24 heures aux demandes d'avortement envoyées par mail, dans 16 langues différentes.

La consultation se fait par télémedecine, basée sur un questionnaire médical à remplir et à renvoyer. Des médecins coordonnent les réponses. Un paiement est demandé, mais des exceptions sont réalisées si la femme ne peut pas s'en acquitter. S'il n'y pas de contre-indications, une enveloppe contenant les médicaments abortifs, (provenant d'un partenaire pharmaceutique indien, Kale Impex), et les informations pour prendre le traitement, sont alors transmises par voie postale. (Women on Web, 2021)

Rebecca Gomperts, la fondatrice de ces deux associations, est très présente dans les médias, et son engagement lui vaut de multiples récompenses. En 2020, elle est notamment présente dans le classement du Time Magazine des 100 personnalités les plus influentes.

Women on Web en France

L'organisation est donc surtout présente dans les pays où l'accès à l'avortement est restreint voire illégal. Les demandes effectuées depuis la France étaient donc systématiquement redirigées vers les services nationaux de prise en charge de l'avortement. A partir de janvier 2020, Women on Web a ouvert son service d'avortement par télé-médecine en France afin de réaliser des recherches sur l'accès à l'avortement dans ce pays. Ce sont les résultats de ces mails qui m'ont été proposé d'analyser durant mon stage.

Le but de ce travail de recherche était de permettre de mieux comprendre les obstacles d'accès à l'avortement en France, mais aussi permettre d'explorer le potentiel de la télé-médecine en France sur ce sujet, contribuer aux discussions sur l'offre et la demande aux soins d'avortement et permettre une réflexion plus globale sur l'autoprise en charge des soins.

Introduction

En France, une femme sur trois aura recours à un avortement au cours de sa vie. (Faucher, 2021) L'avortement est une des procédures les plus courantes des femmes entre 15 et 44 ans. Pourtant, la définition de l'avortement n'est pas bien établie. Elle varie en fonction du temps, des lieux et des auteurs. Ainsi, en 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé définissait l'avortement comme: "l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable" soit "la 28^{ème} semaine ou lorsqu'il pèse approximativement 1000g". (OMS, 1970) La définition actuelle de l'OMS sur l'avortement ne s'appuie plus sur la viabilité foetale, ce domaine ayant largement évolué, et les limites de viabilité se situant maintenant à 22 SA et/ou un poids de naissance supérieur ou égal à 500g. L'OMS propose maintenant de distinguer les "avortements sécurisés", des "avortements non sécurisés". Ces derniers correspondent aux interruptions de grossesse pratiquées "soit par une personne qui n'a pas de compétences/d'informations nécessaires ou dans un environnement où les normes minimales médicales ne sont pas appliquées, ou les deux." Il s'agit de 25 millions d'avortements "non sécurisés" chaque année, soit 45% des avortements dans le monde, responsables de 4.7 à 13.2% des morts maternelles. (OMS, 2021) L'OMS définit

ainsi l'avortement du point de vue de santé publique, en terme de sécurité des soins et de mortalité maternelle.

En France, l'avortement est défini dans la littérature parcourue et les entretiens menés durant ce travail par deux termes distincts: le terme "interruption volontaire de grossesse" (I.V.G.), et le terme "interruption médicale de grossesse" (I.M.G.) Les textes de loi français mentionnent "interruption volontaire de grossesse", que ce soit pour l'I.V.G. ou l'I.M.G.

Cette distinction de terminologie se poursuit dans les motifs invoqués pour interrompre une grossesse. Ainsi, une IVG est pratiquée si "la femme enceinte ne veut pas poursuivre une grossesse"¹, et une IMG lorsque "la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme", ou qu' "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"². Les processus de prise de décision sont distincts dans les deux types d'interruption de grossesse, mais aussi les délais impartis, les lieux de prise en charge, les personnes habilitées à prendre cette décision, à pratiquer l'avortement ou encore la méthode utilisée. Un tableau comparatif est proposé en Annexe A pour montrer ces différences.

Les différentes terminologies montrent qu'il n'existe pas de consensus sur la définition de l'avortement, et que la définition varie selon l'angle choisi pour l'analyser. Une sage-femme interrogée me parlant d'ailleurs d'un "modèle culturel" de l'avortement. L'avortement peut être considéré comme "une pratique de régulation de la fécondité", qui selon l'ethnopsychologue Devereux (1955) aurait existé dans toutes les sociétés et à toutes les époques. La tolérance variant selon les systèmes de valeurs, les contextes historiques, sociaux, et législatifs. (Bajos & Ferrand, 2006)

De crime, à interruption d'un processus biologique, et afin d'éviter un "prolongement savant des discours de la polémique", et un "vocabulaire déjà coloré" (Isambert, 1982 in Mathieu, 2016) il me paraît nécessaire d'introduire la construction de sa législation, afin de mieux comprendre le contexte de son application en France.

La construction du droit d'avorter en France

"Depuis l'origine", comme le mentionnait Simone Veil dans son discours devant l'assemblée nationale en 1974, les textes condamnent l'avortement. (Veil, 1974) Dans les textes

¹ article L.2212-1 du Code de la santé publique

² articles L2213-1 à L2213-3 du Code de la santé publique

les plus anciens parce qu'il porte atteinte à la puissance du père ou du mari. Puis la morale chrétienne l'interdit car la vie est considérée comme sacrée et qu'il faut protéger l'enfant à naître car il n'a pas reçu le baptême. Jusqu'au 18ème siècle, la condamnation pour avortement pourtant dénoncée comme homicide et punie de mort est presque invisible aux contemporains, aussi peu condamnée que peu recherchée. (Le Naour & Valenti, 2003) Il est en effet impossible de faire la différence entre un avortement spontané d'un avortement provoqué par la femme.

Durant le siècle des Lumières, la femme qui avorte passe de criminelle à victime, la compassion prend le relais sur la condamnation. Mais ces dispositions disparaissent avec l'Empire, et la rédaction du code pénal de 1810 en revient à la répression de l'avortée et des avorteurs, en grande partie des sages-femmes. (Le Naour & Valenti, 2003)

C'est en 1852, que le débat s'engage sur l'avortement, par la saisine de l'académie de médecine à propos du cas de Julie Gros. Il s'agit d'une femme enceinte, au bassin anormalement rétréci, qui demande l'aide des médecins pour avorter. Le choix doit être fait entre sauver la mère ou le fœtus. Divisée sur ce cas, l'académie de médecine finira par accepter un "avortement thérapeutique", "barbarie raffinée par nos connaissances modernes" selon un homme politique de l'époque (Villeneuve, 1852 in Le Naour & Valenti, 2003). Le débat sur le statut du fœtus s'amorce et sa dévalorisation sera reprise par les néo-malthusiens. Pour eux, la limitation des naissances entraînera de meilleures conditions de vie pour les ouvriers, et permettra ainsi à terme l'effondrement de la bourgeoisie.

A cette époque, les techniques pour avorter sont très variées, de l'automédication par les plantes (sabine, rue, absinthe...), des fumigations génitales, des pédiluves à la moutarde... puis lorsque ces méthodes ne fonctionnaient pas, des méthodes plus "instrumentales", l'injection dans l'utérus d'un liquide irritant (lait, eau de savon, vin de quina...) par une canule ou seringue. Une autre technique, moins utilisée car plus difficile, consistait à percer la poche amniotique avec des aiguilles à tricoter, des épingles à chapeau, des plumes etc. (Le Naour & Valenti, 2003)

A la faveur d'une amélioration des techniques et de la découverte de produits plus efficaces, notamment les sondes, il y a une extension de cette pratique à tous les milieux sociaux au 19ème siècle (Perrot, 1979). A la fin du siècle, la baisse de la natalité française devient une source d'angoisses politiques et militaires vis-à-vis du dynamisme démographique de l'Allemagne. L'avortement est alors assimilé à un crime anti-national et anti-patriotique. Pourtant le bilan de la répression est "nul ou pratiquement négligeable" (Le Naour & Valenti,

2003, p. 167) La justice butant toujours sur le fait que les avortements spontanés ou provoqués par la femme ne peuvent pas être différenciés.

Après la seconde guerre mondiale, les antibiotiques font reculer la mortalité maternelle, et les curetages à vif prolifèrent, enseignés dans les facultés de médecine. Pour baisser voire mettre un terme aux avortements, des personnes s'engagent dans la généralisation de la contraception, le "birth control" proposé dès 1915 par Margaret Sanger, une infirmière américaine. En 1956, la "maternité heureuse" est créé, futur Mouvement Français pour le Planning Familial, dans le but de légaliser et généraliser la contraception. Le 28 décembre 1967, la proposition Neuwirth libéralisant la contraception est adoptée. Mais la question de l'avortement demeure devant les échecs de contraception.

Ce n'est qu'en 1970 que le Mouvement de Libération des Femmes (M.L.F.) revendique le droit à l'avortement, suscitant un débat violent et passionné. Ce mouvement va commencer en août 1970 par déposer une gerbe en l'honneur de "la femme du soldat inconnu". Puis le Nouvel Observateur publie le 5 avril 1971 le "Manifeste des 343", liste de 343 femmes qui ont affirmé s'être fait avorter, parmi elles: Simone de Beauvoir, Marguerite Duras, Françoise Sagan, Catherine Deneuve ou Delphine Seyrig. Une caricature de Cabu, parue dans Charlie Hebdo, "qui a engrossé les 343 salopes du manifeste sur l'avortement?" va amplifier le message. Le but affiché étant de contraindre le gouvernement à prendre position, et montrer que les lois de 1920 ne sont plus applicables. Ce but sera également recherché dans le procès de Bobigny, où l'avocate Gisèle Halimi, fondatrice de "Choisir", défend Marie-Claire, une fille de 16 ans qui s'est fait avorter avec l'aide de sa mère notamment. Des "grands témoins" sont convoqués, et la jeune fille est relaxée. Les "lois scélérates" de 1920 deviennent caduques. Alors que le MLF veut une démedicalisation de l'avortement, "Choisir" veut une loi. Lorsque Valéry Giscard d'Estaing est élu en 1974, il a la volonté politique de réformer la loi de 1920. Il demande à Simone Veil, alors ministre de la santé de défendre le projet. Le projet de loi suscite de vives réactions. Des tracts contre les "infanticides" sont lancés dans l'assemblée nationale, des associations de professeurs, de magistrats protestent, le débat s'amplifie partout en France. L'association "Laissez les vivre" exhibe des fœtus dans des bocaux et réclame une minute de silence "en l'honneur de ces enfants assassinés". Le débat s'amplifie encore, et des attaques aux relents antisémites sont prononcées contre la ministre. La limitation du temps de parole et du nombre d'orateurs à l'assemblée est levée pour permettre aux députés de s'exprimer sans limite.

Le projet de loi propose, pour une durée de cinq ans, la légalisation de l'avortement dans un délai inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée, sous condition de détresse, si l'intervention est réalisée par un médecin dans un établissement d'hospitalisation, avec la réalisation de démarches obligatoires (consultations médicales préalables, consultation psycho-sociale, consentement écrit de la femme) avec la disposition d'une clause de conscience pour les médecins. Ce projet de loi, "s'il admet la possibilité d'une interruption de grossesse, c'est pour la contrôler et, autant que possible, en dissuader la femme." (Veil, 1974) Ces dispositions permettent au projet de loi d'être adopté, et le 17 janvier 1975, la loi est promulguée.

En 1979, l'Ordre des Médecins ayant vu l'effondrement des avortements septiques, accepte la reconduction de la loi. Les sondages montrent aussi que les français y sont favorables en grande majorité. La loi est définitivement reconduite. (Le Naour & Valenti, 2003)

Depuis, de nombreux amendements ont été fait. En 2001, le délai pour avorter passe de 12 à 14 SA, l'autorisation parentale pour les mineures est supprimée, l'entretien préalable devient facultatif. En 2013, l'avortement est entièrement couvert par la sécurité sociale et depuis 2016 toutes les femmes, mineures ou majeures, même illégalement rentrées sur le territoire français peuvent accéder gratuitement à l'avortement. En 2016, les sages-femmes deviennent habilitées à effectuer des avortements médicamenteux. En 2017, le délit d'entrave à l'IVG est étendu à internet.

Le dernier amendement a lieu en mars 2020, en début de confinement suite à la pandémie de covid-19. Il autorise la téléconsultation dans le cadre d'un avortement médicamenteux, et ce, jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée. Cette mesure évite le contact des femmes avec les structures hospitalières et évite des délais de prise en charge trop importants dans un contexte de crise sanitaire. Cet arrêté a été abrogé en juillet 2020 puis remis en place en novembre 2020, lors de la deuxième vague de covid-19 et a été prolongé début juin jusqu'en septembre 2021. (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

Le projet de cette recherche se propose donc d'analyser cette mesure et d'investiguer l'avortement médicamenteux par télémedecine en France en répondant à ce questionnement **dans quelle mesure l'avortement médicamenteux par télémedecine constitue une innovation permettant un meilleur accès à l'avortement en France.**

Dans une première partie, il s'agira de développer les obstacles d'accès à l'avortement en France, puis dans une seconde partie de décrire l'émergence de l'avortement par télémedecine en

France, avant d'explorer sa mise en application par les professionnels et de décrire brièvement les premières évaluations de femmes françaises qui y ont eu recours.

Méthodologie de recherche

Pour répondre à ce questionnement, mon travail a débuté par une revue de la littérature. J'ai rassemblé des ouvrages, des articles de recherche, des rapports, des thèses et ai constitué une bibliographie. Ce sujet étant nouveau en France, j'ai fait des recherches sur l'avortement, l'avortement en France, la télémédecine, l'avortement et la télémédecine, puis l'avortement et la télémédecine en France. J'ai trouvé les ressources essentiellement sur Google Scholar, à la bibliothèque de l'EHESP, et par le service de documentation du planning familial à Paris que j'ai contacté.

Il a été très utile d'avoir travaillé sur ces sujets en amont de mon stage, car dès la première semaine, je pouvais suivre le travail engagé par ma maîtresse de stage. Travail d'ailleurs déjà bien avancé, puisque l'article³ était envoyé dès fin avril au *British Medical Journal* pour une première lecture.

Ma maîtresse de stage me propose alors de valoriser ce travail de recherche: "c'est triste mais peu de personnes vont lire cet article, il faut le visibiliser". Elle me demande ainsi de faire un "policy brief", un document court pour rendre les résultats plus accessibles à un public plus large (acteurs publics ou société civile). D'abord en anglais, puis en français, le *policy brief* est un exercice de synthèse qui demande de rendre intelligible une problématique et faire des recommandations en moins de 5000 mots. Mes recherches préalables me permettent d'y aboutir.

Le second outil que je mobilise sont les entretiens qualitatifs. En effet, ma maîtresse de stage me met en contact avec des personnes engagées ou des experts sur l'avortement pour "me présenter". Le but indirect étant de faire un travail de plaidoyer auprès de ces personnes, ou les amener à collaborer avec l'organisation. Je rédige par exemple un article à partir d'un entretien avec un gynécologue-obstétricien, auteur d'ouvrages et d'articles sur l'avortement en France, et éditeur associé au *BMJ*. Cet entretien est disponible en français et en anglais sur le site internet

³ Disponible avec ce lien <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255757v1>

de Women on Web, et sur les réseaux sociaux. Je profite de ces entretiens de présentation pour les retranscrire et les analyser pour mon mémoire.

Afin de contourner ce travail de plaidoyer, et pour prendre un peu de distance, je discute de ce sujet avec des personnes de mon entourage, de façon très informelle pour avoir un regard plus distancié sur la question. J'ai ainsi discuté de ce sujet avec quelques étudiants de l'EHESP, les pharmaciens de mon quartier, et avec quelques professionnels de santé que je connaissais. J'écrivais en rentrant sur un carnet les phrases de ces personnes qui m'avaient marqué. Cette démarche était possible du fait de ce stage qui se déroulait à distance, et qui me permettait d'organiser mon temps de façon adaptée.

Enfin, j'ai demandé à ma maîtresse de stage les évaluations des consultations faites par les patientes ayant recouru aux services de WoW France. Même si les résultats étaient encore non extrapolables, vu l'effectif réduit, il m'a permis de développer la dernière partie, plus quantitative de ce travail. Un travail de plus grande ampleur est prévu en fin d'année pour reprendre ces évaluations dans un article auquel je participerai.

Ainsi, même si ce sujet est nouveau en France, et au-delà du fait que je travaillais à distance, j'ai pu mobiliser différentes ressources pour me permettre de réaliser ce travail de recherche.

Analyse

Accès à l'avortement en France

Dans les entretiens que j'ai pu mener avec différentes personnes engagées dans l'avortement en France, des visions très différentes de la définition de l'accès et de son évaluation ont été émises. Marie, une gynécologue-obstétricienne, chercheuse et engagée pour l'avortement depuis de nombreuses années décrit un "accès à l'IVG pas trop difficile, une situation plus sereine" tandis que plusieurs autres pointent des "problèmes d'accès, de délais".

Cette définition d'accès diffère dans les discours, mais également dans la littérature et évolue au fil des publications.

Pour certains auteurs, l'accès est synonyme d'entrée dans le système de soins (Aday & Andersen, 1974), tandis que d'autres le décrivent comme la capacité de la population à rechercher et obtenir des soins (Frenk, 1992). Cette conception évolue ensuite pour intégrer également l'organisation du système de santé, et représente l'accès comme une utilisation opportune des services de santé pour atteindre les meilleurs résultats possibles (Margolis & al., 1995). En 2008, c'est l'effectivité du service qui est retenue avec une notion d'adéquation entre les utilisateurs et les services. (Peters & al., 2008 in Levesque & al., 2013)

La notion d'accès qui sera retenue dans ce travail est l'opportunité de satisfaire des besoins de santé, matérialisée dans un équilibre entre l'accessibilité des systèmes de santé, institutions, professionnels, etc. d'une part, et la capacité des populations, groupes, et individus à satisfaire leurs besoins de santé d'autre part. (Levesque & al., 2013)

Ainsi, nous distinguerons dans cette partie les obstacles d'accès à l'avortement dans l'offre (le système de soins, professionnels de santé..) et les obstacles dans la demande (femmes, population..)

Obstacles dans l'accès à la demande

Capacité à s'informer

L'information sur l'avortement est disponible sur des sites internet dédiés (ivg.gouv.fr, ameli.fr/assure/sante/themes/ivg, ivglesinfos.org, ivglesadresses.org) et peut être accessible également via l'appel à un numéro vert national, anonyme et gratuit (0800 08 11 11).

Pourtant, une sage-femme hospitalière, militante au planning familial et ancienne membre de l'ANSFO (Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes), que nous appellerons Mathilde me déclare : "Il y a bien "ivglesadresses" mais tous les professionnels n'y sont pas." ou "ivg.gouv est pas mal, mais il n'y a rien sur la télémédecine par exemple, pour le mettre à jour, il n'y a qu'une seule personne. Il faut batailler pour mettre à jour une information."

Cette difficulté de mise à jour de l'information, même si elle ne rend pas l'information inaccessible, la rend peu réactive lors de changements, de législation ou de contexte. C'est ce qui a été perçu durant la crise sanitaire, nous y reviendrons.

Aussi, des sites internet qui s'opposent à l'avortement comme ivg.net ou avortement.net apparaissent dans les premiers résultats du moteur de recherche Google avec des mots clés tels que "je veux avorter" ou "ivg", et titrent "dépression après IVG", "taux de suicide six fois plus élevé", "risque d'alcoolisme et de toxicomanie multiplié par 5". Ces sites proposent les mêmes outils que les défenseurs du droit à l'avortement : un numéro vert gratuit, un accompagnement, un chat virtuel et des témoignages.

Aussi, la communication digitale a ses limites. La directrice exécutive de Women on Web, expliquait par exemple que le mot "avortement" ne peut pas apparaître dans les publicités de l'organisation sur Facebook ou Google. (Women on Web, 2021)

Enfin, l'information sur l'avortement en France n'est disponible qu'en français. Sophia, fondatrice de structures développant la prise en charge des femmes victimes de violences en région parisienne relevait "on a 120 dialectes dans nos consultations". Une courte étude dans un mémoire sur les représentations des femmes en situation de vulnérabilité sur l'IVG et la contraception montrait des méconnaissances, voire une représentation "honteuse" et "dangereuse" de l'IVG. En outre, la majorité de ces femmes déclaraient ne pas savoir où aller pour avoir une IVG. (Tamim, 2014)

L'accès à l'information est donc contrasté, souvent difficile à trouver pour les femmes les plus vulnérables. Cécile, médecin référente d'une maternité parisienne, et actuellement encadrante de deux thèses sur l'avortement en France résume ainsi: "Quand elles ont pris le mauvais chemin au départ, tout le circuit va être plus compliqué."

Capacité à payer pour un avortement

Un autre obstacle d'accessibilité pour les femmes, est un obstacle économique. Ainsi, dans le rapport d'information de l'assemblée nationale sur l'accès à l'IVG, la première

recommandation est de mettre en place une exonération généralisée d'avance de frais pour les femmes souhaitant une IVG. (Battistel & Muschotti, 2020)

Les consultations demandées en ligne depuis la France à l'ONG Women on Web (WoW) en 2020 permettent d'entrevoir les défauts de parcours de manière indirecte. Ce service n'a obtenu aucune publicité en France ou promotion par des acteurs, et est payant (entre 70 et 90 euros, mais reste gratuit si la femme présente des difficultés financières). WoW a néanmoins reçu 809 demandes en ligne en 2020.

Hors période de confinement, sur 573 demandes, à la question "quelles sont les raisons principales qui vous ont fait demandé un avortement à travers Women on Web?", 117 femmes (20%) ont coché "j'ai des difficultés d'accès à cause du coût". Ainsi, une étudiante étrangère qui faisait ses études en France écrivait : "J'ai appelé pour prendre un rendez-vous dans un hopital public et ils m'ont informé que le coût d'un avortement est de 630 euros, je n'ai pas les moyens financiers pour gérer ça" [traduction]⁴ Les soins d'avortement sont pourtant entièrement pris en charge. Une information insuffisante du système de prise en charge tant de la part des praticiens que des femmes pourrait expliquer ces réponses.

Autres problèmes d'accès propre aux femmes

D'autres problèmes d'accès propres aux femmes ont été retrouvés dans ces demandes d'avortement sur la plateforme de WoW, toujours hors confinement. En premier lieu, "garder le secret vis-à-vis de mon partenaire ou ma famille" pour 282 personnes, ensuite "je préfère garder mon avortement secret" pour 219 personnes. Ensuite, les femmes trouvent l'accès difficile à l'avortement "à cause d'engagements professionnels ou scolaires" (142), "pour garder leurs enfants" (109), elles trouvent l'accès difficile aussi à cause d'"un partenaire abusif" (22) ou sont "immigrées sans papiers" (22). Les difficultés d'accès propres à la femme, sont donc nombreuses, et assez variées.

⁴ "I called to make an appointment with the public hospital, and I was notified that the cost for an abortion is 630 Euros, of which I am totally not within the financial means to handle"

L'analyse des consultations de WoW a permis de découvrir des difficultés d'accès, propres aux femmes qui n'étaient pas ou peu énoncées par les professionnels et acteurs engagés dans le droit à l'avortement en France, et dans les rapports sur le sujet. Bien que ces difficultés soient connues, l'étude sur ces consultations permet de les mettre en exergue, et d'apporter un "chiffage" de ces difficultés. Cette analyse des réponses de centaines de patientes ayant des difficultés d'accès à l'avortement en France en 2020, est quelque chose que je n'ai pas pu retrouver autrement dans la littérature.

D'autres obstacles, en lien avec l'offre de soins, ont également émergé de ces courriels et entretiens.

Obstacles dans l'accès à l'offre

L'acceptabilité par les professionnels

L'acceptabilité de l'avortement par les professionnels de santé constitue un premier obstacle d'accès à l'offre. L'histoire de l'avortement montre combien l'académie de médecine puis l'Ordre des médecins et les organismes de praticiens ont été divisé sur le sujet. Afin de contourner cet obstacle, la loi Veil préconisait un droit à l'objection de conscience pour les praticiens, qui leurs permet de refuser de pratiquer l'avortement. La loi mentionne que le praticien "doit cependant en informer sans délai la patiente et l'orienter immédiatement vers un autre praticien"⁵.

Le Parlement Européen estime que le nombre croissant de médecins qui refusent de réaliser des avortements dans les Etats membre "constitue une nouvelle menace pour la santé et les droits des femmes" (Basterrechea, 2016). Le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes avait recommandé la suppression de la double clause de conscience sur l'IVG, en France dès 2013 (Bousquet & Laurant, 2013), mais elle est toujours en place. Le nombre de médecins et sages-femmes faisant valoir ce droit en France est inconnu.⁶ Le président du

⁵ Article R.4127-18 du code de la santé publique

⁶ "Il est impossible d'avoir des chiffres sur la clause de conscience, car ils n'existent pas", Anne-Marie Curat, présidente de l'Ordre des sages-femmes In <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-lisere-38/avortement/28-sept-2018-francoise-laurant-presid-ente-regional-du>

Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France, déclarait ainsi en 2018 à une journaliste : «Nous ne sommes pas ici pour mettre fin à des vies. Que la majorité des médecins hésitent à le faire, je le comprends très bien » (TF1, 2018). Les professionnels engagés dans le plaidoyer pour l'avortement avaient des positions très différentes. Sophia soulignait dès le début de notre entretien: "Je considère que l'avortement fait intégralement partie de mon métier", de même que d'autres professionnels revendiquent leurs statuts d'"avorteur" ou de "sage-femme orthogéniste hospitalière" comme Mathilde. Cette dernière m'explique aussi le fait que des professionnels peuvent avoir une clause de conscience partielle qui correspond à des médecins "qui ne font des IVG que jusqu'à 10 ou 11 semaines."

La palette de nuances dans l'acceptabilité des professionnels renforce les difficultés d'accès. La "stigmatisation" est une raison invoquée par les femmes pour recourir aux services en ligne de WoW dans un pourcentage stable de 10% des consultations (pendant et hors confinement).

Il est aussi à souligner que cette acceptabilité est ambivalente dès la formation. Richard, gynécologue "avorteur" à l'AP-HP, ayant écrit de nombreux articles et ouvrages sur ce sujet expliquait avec humour "on allait vers des spécialités plus prestigieuses". Les valeurs professionnelles, ainsi que le contexte professionnel dans lequel l'avortement s'inscrit en fait un "soin moralement construit" (Mathieu, 2016) qui en réduit l'accès.

La disponibilité du service

Au niveau régional, les variations du taux de recours à l'avortement sont très marquées, variant du simple au triple. A titre d'exemple, la région Pays de la Loire compte 11,8 IVG pour 1 000 femmes contre 22,9 pour 1000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 39,5 pour 1000 femmes en Guyane (DRESS, 2020) ; les délais de prise en charge varient de 3 à 11 jours selon les régions. (Gaillet, 2020) Ces variations régionales sont aussi visibles à partir des recherches internet effectuées sur le moteur de recherche Google en 2020. Grâce à l'outil Google Trends France, j'ai pu remarquer que les recherches sur "IVG" étaient majoritairement demandées en région PACA, Ile de France (avec une majoration pour la région parisienne: Val-de-Marne, Val d'Oise et Hauts de Seine par ordre décroissant), puis Nord-Pas-de-Calais. Cette "inhomogénéité d'accès surtout dans les régions" décrite par une gynécologue engagée, et chercheuse, que nous

appellerons Marie, se retrouve dans de nombreux témoignages de professionnels et chercheurs. Sur la plateforme de WoW, elles étaient 43 (soit 7%) à avoir énoncé “la distance” comme cause de difficultés d’accès sur les 573 demandes hors confinement.

Outre les disparités régionales, à l’échelle nationale, la fermeture des maternités a eu pour effet de fermer des services d’orthogénie. Ce qui a conduit le Haut Conseil à l’égalité entre les femmes et les hommes, à résumer ainsi la situation :

« La fermeture de plus de 130 établissements de santé pratiquant l’IVG ces 10 dernières années et le manque de moyens et de personnels contribuent à rendre le parcours de soins parfois difficile et peu accessible. L’évolution de la démographie médicale, doublée des départs à la retraite à venir des générations de médecins fortement impliqués dans la prise en charge des IVG risquent d’aggraver cette situation. Conséquences : le choix de la méthode IVG et le choix de la méthode d’anesthésie ne sont pas toujours garantis, les délais d’attente peuvent être quelquefois importants et les distances à parcourir longues. La confidentialité et la gratuité pour les femmes ne sont pas toujours assurées. L’ensemble de ces obstacles peut mener jusqu’à la non prise en charge de l’IVG conduisant ainsi un certain nombre de femmes à partir avorter à l’étranger » (Bousquet & Laurant, 2013)

La conséquence de ces différents obstacles entraîne ainsi pour certaines, des dépassements de délai de prise en charge de l’avortement, au-delà de 12 semaines de grossesse. Selon des estimations, il s’agirait chaque année de 3000 à 4000 françaises qui se rendraient à l’étranger pour avorter hors délai, notamment en Espagne et aux Pays-Bas. (Battistel & Muschotti, 2020) Une des recommandations de ce rapport parlementaire était donc l’allongement du délai de deux semaines, prolongeant le délai pour avorter à 16SA.

Ce travail étant uniquement sur l’avortement médicamenteux, donc jusqu’à 9SA sous conditions, l’allongement des délais pour les avortements chirurgicaux ne paraissait pas faire partie de ce travail. Pourtant je me suis interrogée sur la mobilisation des personnes engagées sur les délais et non sur la méthode. En effet, lors d’un avortement pour motif médical, la technique médicamenteuse est recommandée jusqu’à la fin de la grossesse. Hors le projet de loi et les demandes des associations pour les “IVG” se fait uniquement sur le délai, et non pas sur le choix de la méthode utilisée. L’efficacité de l’avortement médicamenteux est prouvé, de l’ordre de

98%; la justification étant que “la vision de l’embryon est possible et peut être traumatisante”, avec une acceptabilité moins importante pour les femmes. (HAS, 2021). Cependant, j’ai fait remarquer à ma maitresse de stage qu’un avortement spontané ou une IMG avaient les mêmes caractéristiques quant au vécu de la femme, avec bien souvent un fœtus malformé, et que cela n’affectait pas les méthodes proposées dans ce cas de figure. J’ai donc proposé un accompagnement des femmes, et une bonne information qui pourrait aider les femmes à se préparer. J’ai pu en discuter avec elle, et nous l’avons ajouté aux recommandations du *policy brief*.

Ainsi, l’inégale disponibilité de l’avortement dans les régions, dans la méthode pour avorter (médicamenteuse ou chirurgicale), dans les délais, dans le choix du praticien rend l’accès à l’offre de soins moins évident pour les femmes.

La pertinence du parcours

La coordination du parcours et la continuité des soins est assurée par une convention entre le médecin ou la sage-femme et une structure hospitalière, ce qui évite des ruptures de parcours. Aussi, des structures telles que le réseau entre la ville et l’hôpital pour l’orthogénie (REVHO) ou l’Association Nationale des Centres d’IVG et de Contraception (ANCIC) permet un maillage plus étroit entre les professionnels, et proposent une information des patientes, de la formation et de l’appui logistique aux professionnels.

Le parcours est cependant décrit comme “lourd”, “compliqué” par de nombreux intervenants. Dans les textes, et la littérature, il s’agit de 2 consultations préalables, une datation de la grossesse par échographie ou par bilan sanguin, puis éventuellement un autre bilan sanguin pour connaître le rhésus de la femme, aller chercher les médicaments chez le médecin ou la sage-femme, prendre le premier devant le professionnel, et 2 jours plus tard de prendre une deuxième prise de médicaments, qui entraîne l’expulsion de l’embryon à domicile et enfin une visite de contrôle, avec éventuellement échographie et contraception.

Entre 7 et 9 SA, la deuxième prise médicamenteuse se faisait à l’hôpital, avec une hospitalisation de 3 heures.

Des entretiens ont aussi mentionné la proposition d'un dépistage des infections sexuellement transmissibles, des violences sexuelles et la proposition d'un entretien psycho-social.

Pour illustrer ce parcours, Cécile, membre de l'ANCIC, de REVHO, et médecin référente dans une maternité décrivait : "On les balade", ou encore "Elles se retrouvent à faire une tartine d'examens qui ne correspond à rien". Richard, membre de REVHO protestait : "Il existe encore des femmes qui viennent avec 3 échographies!".

Il est difficile de décrire la pertinence de ce parcours. A ma connaissance, il n'existe pas d'étude sur l'évaluation de la satisfaction des patientes sur ce parcours, et l'évaluation de la satisfaction des médecins et sages-femmes dans celui-ci. Je n'ai également pas retrouvé d'évaluation économique de ces prises en charge.

Les seules évaluations concernent les données quantitatives sur l'avortement et la mortalité maternelle, passée de 17 pour 100 000 entre 1944 et 1947 à 0,44/100 000 entre 1979 et 1999 (Bouvier-Colle & Szego, 2005). J'ai comptabilisé grâce aux rapports de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, seize décès maternels liés à des avortements entre 1996 et 2015 (annexe B pour détails) pour une moyenne de 211 000 interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ces cinq dernières années (INED, 2019).

La pertinence du parcours ne se limitant pas à des données quantitatives de mortalité maternelle, j'ai proposé dans les recommandations du "policy brief" de développer de plus amples études qualitatives. La perception des professionnels, des structures et des organisations à ces obstacles permettrait de mieux y répondre, en adaptant les parcours au contexte français et à la diversité de structures et de professionnels.

Conclusion première partie

La prise en charge de l'avortement continue de faire face à des obstacles variés, tant au niveau des femmes qui veulent y avoir recours, que des professionnels ou du système de soins. Même si la mortalité consécutive à un avortement est en France, de nos jours, presque nulle, peu

d'évaluations sur la satisfaction des femmes et des professionnels de santé, ou d'évaluation économique n'ont été faites sur l'accès à ce soin.

L'ouverture des services de WoW en France a permis de mettre en évidence des besoins d'intimité, de secret et de confort des femmes, qui n'avaient jusque là pas été révélés.

La crise sanitaire va remettre une nouvelle fois en question l'accès à l'avortement. C'est l'objet de cette seconde partie.

Avorter durant la crise sanitaire: innover dans un contexte d'urgence

Selon l'OMS, les obstacles à une prise en charge sécurisée de l'avortement peuvent être majorés durant les urgences sanitaires, notamment les pandémies. En effet, l'accès peut être restreint ou irrégulier, en raison d'un système de santé sous tension. (WHO, 2020)

L'organisation réaffirme à cet effet dès le début de la pandémie de covid-19, l'importance de l'avortement médicamenteux dans un contexte où les services de santé sexuelle et reproductive, ont été négativement impactés, en raison de la pression exercée sur les systèmes de santé, des restrictions à la mobilité, des défis économiques, ainsi que l'exacerbation des inégalités sociales et de genre. (WHO, 2020)

De l'urgence de la mesure

Lorsque le confinement a été proclamé en France en mars 2020, le numéro vert national pour l'avortement a enregistré une augmentation de 50% de ses appels. Les femmes ont eu "peur" de ne plus avoir accès, ou "d'occuper des soignants débordés"(Durocher, 2020). Les professionnels aussi étaient inquiets expliquant comme Marie : "l'accès était extrêmement restreint", et Sophia : "on s'est demandé comment elles allaient faire". Les plannings familiaux étaient "beaucoup moins fréquentés" selon sa co-présidente (Duriez, 2020), et la vente de tests de grossesse a fortement augmenté durant les premières semaines de confinement. (Cohen, 2020)

S’ensuit une mobilisation de tous ces acteurs, d’abord pour réorganiser leurs services en simplifiant le parcours, qui questionne sa pertinence, évoquée plus haut. Comme le pointait Richard: “Cela a permis de pointer les incohérences”.

Cette mobilisation s’est ensuite étendue pour faire évoluer la loi. Mathilde a contacté la Direction Générale de la Santé, Richard: “Ça a été un peu d’activisme, une tribune dans le Monde, qui demandait l’allongement des délais de 14 à 16 semaines [d’aménorrhée], et le lancement de l’IVG par télémedecine.” Sophia a sollicité Laurence Rossignol qui a interpellé le Sénat. Cette mobilisation d’acteurs qui se connaissent tous très bien, a concordé à ce que le gouvernement français autorise, dans l’urgence, la téléconsultation dans le cadre d’un avortement médicamenteux⁷.

Un court travail présenté en annexe C décrit les enjeux éthiques liés à l’ouverture de nouveaux services d’orthogénie dans un contexte d’urgence. J’y développe l’idée que l’anticipation de cette mesure aurait pu favoriser une plus grande équité et autonomie des femmes. Une information claire, et appropriée tant pour les médecins que les patientes, l’accompagnement des praticiens et l’évaluation de cette méthode étaient en outre préconisés pour éviter les écueils liés à l’urgence d’une telle mesure.

La télémedecine comme opportunité d’accès dans un contexte de crise

La télémedecine est une pratique médicale à distance recourant aux nouvelles technologies de l’information et de la communication. Elle est décrite comme “une solution possible aux principaux problèmes qui se posent actuellement en matière de santé publique” (Vie Publique, 2021). (Annexe D pour plus de détails) Selon diverses études, l’avortement médicamenteux par télémedecine est aussi sûr et efficace qu’une procédure faite en présence d’un professionnel de soins (Endler et al., 2019). L’OMS recommande cette alternative pour prendre en charge les avortements sans risque et les avortements incomplets, limiter les visites dans les établissements et les contacts entre prestataires et clients en recourant à la télémedecine

⁷ Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d’organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l’épidémie de covid-19 dans le cadre de l’état d’urgence sanitaire

et à l'auto-prise en charge de l'avortement, en garantissant l'accès à un prestataire formé si une complication venait à survenir. (OMS, 2020)

L'avortement médicamenteux par télé-médecine est ainsi décrit comme une technique non invasive, c'est-à-dire qui ne lèse pas l'organisme, contrairement à l'avortement chirurgical. C'est la technique la moins couteuse et la plus efficace pour prendre en charge un avortement et elle est acceptable pour la santé des femmes. (OMS, 2019) Cette pratique promeut aussi une plus grande autonomie, la personne pouvant prendre les comprimés à domicile, dans l'intimité de son logement, avec ou sans personne, au moment où elle le souhaite. Cela permet un plus grand contrôle sur le processus, elles peuvent se sentir dans de meilleures disponibilités de confort et de soutien (Makenzius et al., 2013) Cela fait dire à certains auteurs que mettre les pilules abortives "dans les mains des femmes" est la réalisation de leurs plein potentiel (Jelinska & Yanow, 2018) que nous pourrions traduire par une plus grande autonomie de décision.

L'innovation à l'épreuve du terrain

La télé-médecine, étudiée en amont en France dans d'autres spécialités, montrait que la télé-médecine était vecteur de changements dans l'organisation des soins. Les interactions et les pratiques professionnelles se modifient, et incitent à une montée en autonomie de la personne délégataire des soins. Le "travail du patient" est alors capital pour le bon fonctionnement de la télé-médecine. (Mathieu-Fritz, Esterel, 2013) En outre, cette délégation des savoirs professionnels entraîne des remises en question des identités professionnelles (Gaglio & Mathieu-Fritz, 2018).

Ces composantes ressortent aussi dans les entretiens menés et les évaluations de patientes.

Point de vue des professionnels

Les premiers entretiens poursuivis avec des professionnels de mon entourage (deux médecins généralistes, deux sages-femmes, deux pharmaciennes de mon quartier, une infirmière, une psychologue et une ostéopathe) m'ont fait hésiter quant à continuer sur ce sujet. Aucun n'avait entendu parler de l'avortement par télé-médecine. Les réactions étaient généralement négatives : "c'est n'importe quoi, tout ça pour faire des économies", "je n'aimerais pas travailler comme ça, on est pas des machines!". Les pharmaciennes ont eu des réactions marquées de peur: "Non non non on ne fait pas ça nous, non non non!" ou encore "Ce n'est pas légal ce que vous faites!".

La méconnaissance des nouvelles législations, et l'absence d'information sur ce sujet est d'ailleurs actée par les experts sur l'avortement, telle que Marie: "Les médecins ne lisent pas. Les gens qui se forment sont dans les congrès et c'est toujours les mêmes. Il y a tout un travail d'information à mener." Richard, quant à lui, pointe "la faiblesse de la formation post-universitaire".

Les données étaient également une déconvenue dans mon stage. Les personnes interrogées, pourtant impliquées dans la mise en place de la télémédecine n'en avaient peu ou pas fait: "C'était minoritaire", "j'en ai fait 5", "c'était relativement marginal", "très rare", "j'ai du en voir une quinzaine". J'ai donc cherché dans la littérature, un questionnaire envoyé à 350 praticiens du réseau REVHO a montré sur 50 réponses effectives, que seuls 25 proposaient des téléconsultations pour avortement (souvent les consultations de contrôle en post-avortement), et qu'un seul membre avait exclusivement pratiqué l'avortement par télémédecine. (Faucher, 2021) Le manque d'anticipation de cette mesure en fait un outil de recherche plus qu'une réelle innovation mise en œuvre sur le terrain.

J'ai pu cependant m'entretenir avec Cécile qui en avait fait suffisamment pour pointer les limites de la télémédecine. Ainsi, elle décrit une "lourdeur organisationnelle", avec de nombreux documents à remettre, à générer, des formulaires de consentement à renvoyer signé, expliquer la marche à suivre pour aller chercher les médicaments, puis les prendre "ça peut paraître dense", "ça peut faire peur". Elle proposait donc un suivi par mail. Son utilisation de la plateforme privée Doctolib l'a aidé, non seulement à gérer ses rendez-vous, mais aussi à "faire des visios", "des partages d'écran", à produire un tableau de bord commun, et à vérifier que les droits sont ouverts, "la garantie d'être payé". La lourdeur administrative était donc contrebalancée par l'utilisation d'une plateforme privée. Elle notait toutefois que la femme devait être "débrouillarde".

Si l'aspect technique avait pu être surmonté, l'aspect logistique de distribution des médicaments était "un maillon qui bloque la prise en charge" selon elle. Comme le disait Marie: "[les pharmaciens] ont tous reçu l'avis dérogatoire, mais comme ils n'en ont pas fait, ça s'est un peu perdu dans les limbes des courriers envoyés par la DGS."

Ainsi, Cécile raconte comment certains pharmaciens ne voulaient pas délivrer les médicaments, a mentionné écrire le décret sur l'ordonnance, demander aux femmes une photo pour confirmer l'obtention des médicaments. Elle décrit ironiquement: "Autant je n'ai pas eu

d'appels des femmes, autant les pharmaciens beaucoup." Ils avaient de l'appréhension tant au niveau de la procédure elle-même que du fait de ne pas être payés. Devant ces difficultés, Cécile a proposé aux femmes de "passer ou faire passer" les médicaments par son cabinet ou par voie postale. Cette réorganisation des soins faite en urgence a demandé un plus grand travail de coordination entre les professionnels, et un plus grand travail d'articulation dans le parcours de ces femmes.

Enfin, en ce qui concerne les consultations post avortement, ce sont celles que les professionnels ont fait le plus en téléconsultation. Ils trouvaient une "amélioration des taux post-IVG" par rapport à l'avortement en présentiel, et étaient satisfaits de ce contrôle final, comme une sorte de reprise de contrôle sur la procédure.

En somme tous les professionnels interrogés ayant eu recours à l'avortement par télémédecine, se sont dits "satisfaits", "à l'aise", "pas gêné", "pas sentie en échec de prise en charge", aucun n'a mentionné des difficultés de diagnostic, ou de perception clinique. Enfin, tous et toutes étaient favorables au prolongement de cette mesure hors contexte d'urgence sanitaire.

Cette nouvelle procédure a néanmoins eu des impacts sur les représentations professionnelles. Marie décrit: "c'est comme si elles n'avaient plus besoin de nous". Le travail du patient étant plus important que celui du praticien, la redistribution des rôles a pu freiner l'adoption de ces nouvelles prises en charge. (Grosjean & al., 2020) Même si ce constat a été réalisé dans plusieurs études, peu de recommandations ont été faites pour améliorer cet aspect (Brewster, 2013). Un médecin coordonnateur en télémédecine a été proposé dans une étude pour faciliter cette adaptation. (Esterle, 2011)

Aussi, les acteurs engagés en faveur de l'avortement ont développé une mobilisation depuis plusieurs années sur ce sujet, et cette dépossession de leur engagement peut leur paraître difficile à assumer. Mathilde résumait ainsi: "l'IVG c'est plus que ça". La protection de la femme des violences sexuelles, le dépistage des infections sexuellement transmissibles, la prise en compte du contexte social est ainsi évoqué par les professionnels comme un défaut de la prise en charge par la télémédecine. Comme l'expliquait un historien des sciences, la mobilisation autour de l'avortement a changé, il ne s'agit plus de dénoncer l'exploitation et la domination mais de pointer les carences et les risques des interventions techniques. (Gaudillère, 2006) Un seul

intervenant a critiqué la “philosophie cocooning” dans les prises en charge, et prônait un “accès très direct, à la mode anglo-saxonne ou nordique”. Ces exemples interrogeraient donc plutôt le périmètre du soin d’avortement que celui de la télémédecine. De plus amples études seraient intéressantes à mener sur ce sujet.

Point de vue des femmes

Il n’a pas été possible d’interroger directement des femmes sur leurs parcours par télémédecine. Cependant, les professionnels relatent des patientes “ravies”, “extrêmement soulagées”, “les femmes n’ont pas regretté” “très demandeuses” et Cécile souligne “les retours sont tellement positifs”.

N’ayant pas pu interroger de patientes directement, et n’ayant que peu de professionnels utilisateurs de la télémédecine dans l’avortement pour extrapoler, j’ai demandé et obtenu les évaluations anonymisées des femmes ayant eu recours aux services de WoW en France.

L’évaluation détaillée, et présentée durant mon stage se trouve en annexe E.

Evaluations des services de WoW France

Durant les périodes de confinement, les demandes aux services de WoW ont augmenté, passant de 60 demandes en mars à 128 en avril, puis de 54 en octobre à 80 en novembre. La totalité des consultations durant cette période soit 236 consultations ont fait mention de “coronavirus” comme cause de demande d’un avortement via WoW. La deuxième raison la plus souvent invoquée était de vouloir être plus confortable à la maison, viennent ensuite de vouloir garder leurs avortements privé et de le garder secret de leurs parents ou partenaire. In fine, ce sont les mêmes motifs que ceux décrits hors confinement. Elles avaient moins de difficultés d’accès à cause de leurs travail ou pour s’occuper de leurs enfants, (16% des demandes contre 19% hors confinement), mais plus de difficultés à cause des restrictions légales (11,8% des demandes contre 9,9% hors confinement) et plus de difficultés d’accès à un service de santé (11% contre 7,5% hors confinement) Elles décrivaient dans leurs mails des délais de prise en charge importants “2 mois d’attente” pour l’une d’elle, des services fermés, trop éloignés de leurs domiciles, ou débordés et des difficultés à sortir de chez elles.

Cinq semaines après leurs avortements, un questionnaire pour évaluer la méthode est adressée aux femmes. Sur 809 femmes ayant eu recours aux services de WoW en 2020, seulement 20 ont rempli l’évaluation. Ce différentiel dans le nombre de patientes est retrouvé à

plus grande échelle. Ainsi, une étude rétrospective sur 10 années (2009-2019) de provision de l'avortement médicamenteux par télé-médecine par WoW dans le monde montre que sur 81 683 patientes ayant reçu les médicaments abortifs, 30 344 seulement avaient évalué cette démarche, soit 37% des patientes seulement (Nortén & al., 2021). Une hypothèse possible serait que les femmes n'ont plus envie de revenir sur cet épisode de leur parcours, et préféreraient en quelque sorte "tourner la page". Une autre hypothèse serait que le délai est peut-être trop long entre l'avortement et l'évaluation. (entretien avec maîtresse de stage)

Sur les 20 questionnaires d'évaluation de WoW France, 17 femmes ont eu un avortement médicamenteux, 2 femmes ont eu une fausse-couche spontanée et une femme a décidé de poursuivre sa grossesse. Même si l'échantillon est trop faible pour être représentatif, il permet d'avoir un bref aperçu de l'expérience de ces femmes. Une étude de plus grande ampleur sera réalisée en fin d'année pour avoir des mesures plus importantes sur le service de WoW en France.

Les femmes qui ont évalué cette méthode se trouvaient généralement assez autonomes pour reconnaître les signes et symptômes de grossesse (12 femmes sur 17 ne se sont pas rendues chez un médecin ou à l'hôpital avant leurs avortements) et engager le processus rapidement sans avoir recours à un professionnel de santé (toutes ont pris les comprimés moins d'une semaine après réception des médicaments). Aucune femme n'a présenté de signes majeurs tels que fièvre ou hémorragie. Elle étaient 12 sur 17 à avoir senti suffisamment de soutien émotionnel de la part de leurs proches. Elles ont presque toutes (15) une contraception en place 5 semaines après l'avortement, une a pris rendez-vous pour une ligature des trompes, et 2 n'ont pas de contraception.

Toutes les femmes ont trouvé cette méthode d'avortement médicamenteux appropriée, et en étaient toutes satisfaites ou très satisfaites.

L'accès à l'information sur le site internet était jugée "bonne" par toutes les femmes, et l'accompagnement par mail "bonne", "claire" et "utile" par ordre d'occurrence. Une femme a commenté en plus "tout est très bien expliqué", une autre "parce que on est pas jugé et que l'on a pas à se justifier.", ce qui correspond à cette notion de dé-stigmatisation de l'avortement par

télé médecine. Une autre femme enfin commente “bonne présence”, qui contraste avec la nature de ce service, dématérialisé.

La description des sentiments éprouvés par les femmes après leurs avortements sont très divers: “soulagée” (17 occurrences), “satisfaite” (8), “contente” (5), “confiante” (3), “triste” (3), “coupable” (2), “renforcée” (2), “heureuse” (1), “déçue” (1), “déprimée” (1). Une même femme pouvait également ressentir des émotions très différentes en même temps : “Coupable, triste, soulagé, satisfait, heureux”, ou encore “soulagée et déprimée”. Ces données amènent à penser l’avortement comme “une expérience socialement construite” (Mathieu, 2016), avec des représentations et des vécus très contrastés. Les derniers commentaires, aucun négatifs, sont des remerciements, qui s’adressent à une ou plusieurs personnes, marquant là aussi la personnification du service par ces femmes, alors qu’il ne se faisait qu’à travers des mails.

Même si ces résultats sont trop peu nombreux pour être extrapolés, ils sont néanmoins les premiers éléments sur ce sujet en France.

Conclusion de la deuxième partie

La crise sanitaire de Covid-19 a montré la fragilité de l’accès à l’avortement, mais a permis une simplification du parcours, et l’émergence de la télé médecine. Cette innovation n’ayant pas été anticipée, elle n’a été que très peu utilisée en pratique. Le travail de réorganisation du circuit du médicament, du parcours de soins, et l’adaptation aux outils numériques, ont constitué des freins à son développement. Le changement dans les identités professionnelles tant des professionnels de la santé que des acteurs engagés dans les droits des femmes est un élément important qui a pu également contribuer à cette faible appropriation. Cependant, les retours positifs des patientes, “ravies” par leurs expériences, permettent d’entrevoir une option possible post crise sanitaire. Des travaux de recherche sont donc indispensables à poursuivre avant de généraliser cette opportunité en France.

Retour sur le stage

En ce qui concerne la forme de ce stage, je correspondais par mail avec ma maîtresse de stage, et avais une réunion virtuelle par semaine avec elle. Une personne moins expérimentée aurait peut-être eu du mal à se sentir “en stage”. Comme j’ai souvent travaillé sous cette forme, je me sentais au contraire très autonome et recevais des réponses rapides et pertinentes à mes

questions. Je me suis sentie bien encadrée tant par ma maîtresse de stage que par mon référent EHESP. J'en profite pour les remercier tous les deux pour leur accompagnement de qualité dans ce travail.

En ce qui concerne le contenu de ce stage, je dois avouer qu'il était un peu déroutant au début. Mon parcours de sage-femme s'étant fait dans des pays où la législation était restrictive en matière d'avortement, j'avais quelques difficultés pour parler d'un sujet que je considérais comme "tabou" et j'avais quelques appréhensions sur le fait de devoir publier sur ce sujet. J'avais aussi un sentiment d'illégitimité pour interroger des experts français sur le sujet. La totale liberté avec laquelle j'ai pu interroger les bases de données, qui montraient un grand nombre de recherches sur ce sujet, et l'aisance avec laquelle hommes et femmes partageaient leurs opinions sur l'avortement m'a fait peu à peu changer de regard. J'ai finalement trouvé cela amusant de voir toutes ces différences de représentations sur un même sujet.

Aussi, j'ai émis quelques réserves sur la démarche de WoW en France. Pour moi, il faudrait tisser un maillage plus étroit avec les acteurs "historiques", comme le planning familial, les ordres professionnels, ou les ARS. Cette option a été discutée durant mon stage, et une réunion avec le Planning Familial aura lieu bientôt, d'autres maillages sont en cours. Il me semble qu'il faudrait utiliser l'outil de la télémédecine comme un motif de coopération plus étroit entre les différentes organisations, locales, régionales et nationales, pour amener un accès plus large et une meilleure qualité de soin de ces femmes à l'avortement. Ce projet est plus long à mettre en place, mais sera à mon avis plus pérenne et de meilleure qualité.

Ce stage, ainsi que la première année de master en santé publique m'ont permis de développer une "boîte à outils" intellectuelle, qui me permettra de mieux comprendre les problématiques de santé publique et m'y adapter. J'ai compris l'importance de travailler avec des personnes différentes, issues de domaines différents pour colorer la réflexion. L'Histoire, la sociologie, l'anthropologie peuvent aider à démêler des représentations. Le poids de la législation et des politiques publiques, qui facilitent ou restreignent l'accès au soin était un élément que je n'avais pas identifié aussi nettement avant ce stage.

Le travail de plaidoyer m'a aussi permis de comprendre l'importance de la recherche en santé publique, et comment ce travail est utilisé par les acteurs. Mes missions en début de stage ne mentionnaient pas ce travail de plaidoyer, mais j'ai accepté un peu par curiosité. Cependant, je n'ai pas aimé le faire. Je me suis rendue compte que je n'avais pas la personnalité pour ce genre d'exercice de communication, et que je ne me sentais pas à l'aise avec les réseaux sociaux. Même si ce travail de plaidoyer est indispensable à l'évolution des législations, j'ai compris à travers ce stage, que cela ne me correspondait pas.

Cette boîte à outils sera enrichie l'année prochaine en master 2 AMOS (Analyse et Management des Organisations de Santé), par la gestion et la régulation en santé. Au terme de ces deux années de master, j'aimerais continuer dans la recherche, appliquée à la santé sexuelle et reproductive. En effet, je pense que les sages-femmes sont très peu investies dans la recherche, et les postes à responsabilité, et que cela se reflète dans le rapport sur l'état de la pratique sage-femme dans le monde (UNFPA, 2021)⁸.

Si ce parcours n'est pas possible, je reprendrai mes missions de sage-femme avec Médecins Sans Frontières. La région du Moyen-Orient étant la région dans laquelle j'ai le plus vécu et travaillé, il sera intéressant d'y mettre en application tout ce que j'ai appris. Ce travail sur l'avortement par télémédecine pourra être une proposition pour enrichir l'accès des femmes de cette région à ce soin.

Conclusion générale

Ce stage m'aura fait découvrir l'avortement sous un autre aspect, sous d'autres représentations, et cela a enrichi ma réflexion. Les problèmes d'accès retrouvés, mal évalués qualitativement avant la crise sanitaire, se révèlent durant le confinement. L'opportunité que représente alors la télémédecine est saisie par les professionnels et acteurs engagés dans l'avortement. Cependant, l'impréparation de cette mesure empêche son développement effectif. L'accès aux médicaments, aux outils numériques, et à l'information sur cette méthode ont été les pierres d'achoppement dans ce parcours. Malgré cela, les femmes qui y ont eu recours ont toutes été satisfaites, et des études de grande ampleur montrent que cette méthode est sûre et efficace. D'autres études, en français, et un travail d'information sont prévues par Women on Web dans

⁸ En investissant pleinement en faveur des sages-femmes d'ici à 2035, on pourrait éviter deux tiers environ des décès maternels, des décès néonataux et des mortinaissances, et sauver 4,3 millions de vies par an. Pierre angulaire des droits et de la santé des femmes et des enfants, il manque 900 000 sages-femmes dans le monde. (UNFPA, 2021)

les prochaines semaines. Cependant, je pense que d'autres organisations et personnes engagées en France dans l'amélioration de l'accès à l'avortement devraient également se saisir de ces travaux. Le "travail d'articulation" qui doit être maintenant mené doit faire en sorte que « les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail accompli » (Strauss, 1992, p. 191). Je vais donc poursuivre quelque temps ce travail avec l'organisation.

Enfin, ce travail ouvre la voie à l'auto-prise en charge des soins. Les tests de grossesse, les auto-tests pour le VIH, et maintenant l'avortement médicamenteux à domicile amorcent des opportunités de prise en charge plus autonomes de la santé sexuelle et reproductive. Il serait intéressant d'étudier ce nouveau mode d'accès dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, cancer qui fait maintenant plus de morts que l'accouchement dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire. (Guttmacher Institute, 2020)

Bibliographie

Agence de biomédecine, (2016). *Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France*. Agence de biomédecine. <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm>

Bajos, N. & Ferrand, M. (2006). L'avortement ici et ailleurs: Introduction. *Sociétés contemporaines*, 1(1), 5-18. <https://doi.org/10.3917/soco.061.0005>

Bajos, N., Moreau, C., Leridon, H., & Ferrand, M. (2004). *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* *Populations et sociétés* 407, 4.

Basterrechea, B., (2016). *Rapport sur la promotion de l'égalité des genres en matière de santé mentale et de recherche clinique*, (numéro 46), Parlement européen.

Bousquet, D., & Laurant, F. (2013). *Rapport relatif à l'accès à l'IVG* (N° 2013-1104-SAN-009; p. 101). Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes.

Bouvier-Colle, MH, Szego, E., (2005). La mortalité maternelle depuis 1945. *La population de la France*, 373-384

Brewster, L., Mountain G., Wessels B., Kelly, C., Hawley, M., (2013). *Factors affecting front line staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review*, *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.12196>

Cohen, O. (2020). Confinement : les ventes de tests de grossesse s'envolent dans les supermarchés. France Bleu <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/confinement-les-ventes-de-test-de-grossesse-s-envolent-dans-les-supermarches-1588567234>

Devereux, G. (1955) A Study of abortion in primitive society, *The Julian Press*

DRESS. (2020). *Interruption volontaire de grossesse : Une hausse confirmée en 2019*. 1163. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>

Durocher, S. (2020, avril 25). *Confinement : Le numéro vert du gouvernement sur l'IVG reçoit 50% d'appels en plus, selon le Planning familial* [France info].

https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/confinement-le-numero-vert-du-gouvernement-sur-l-ivg-recoit-50-d-appels-en-plus-selon-le-planning-familial_3934179.html

DREES. (2016). *IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information*. Rapport de la commission sur les données et la connaissance de l'IVG.

Duriez, I. (2020, 5 mai). *L'IVG en confinement* [vidéo]. Acast https://www.planning-familial.org/fr/avortement/le-planning-sort-un-episode-special-du-podcast-au-coeur-du-planning-axe-sur-lavortement?fbclid=IwAR3F-0KDBn_yn__e6xIaLgPv3mC-MMKhD4Vv9XmAPbuA_tPp9Ri6QVACOWk

Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomperts, R., & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Telemedicine for medical abortion: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126(9), 1094-1102. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15684>

Esterle, L., Mathieu-Fritz, A. & Espinoza, P. (2011). L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?. *Revue française des affaires sociales*, 63-79. <https://doi.org/10.3917/rfas.112.0063>

Faucher, P. (2021) Une sur trois. *Robert Laffont*

Gaglio, G. & Mathieu-Fritz, A. (2018). Les pratiques médicales et soignantes à distance: La télémédecine en actes. *Réseaux*, 1(1), 9-24. <https://doi.org/10.3917/res.207.0009>

Gaillot, A. (2020). *Rapport de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi de Mme Albane Gaillot et plusieurs de ses collègues visant à renforcer le droit à l'avortement* (N° 3383). Assemblée Nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b3383_rapport-fond.pdf

Gaudillière, J. (2006). Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement. *Natures Sciences Sociétés*, 3(3), 239-248. <https://doi.org/>

Grosjean, S., Cherba, M., Nahon-Sarfati, I., Bonneville, L., Waldolf, R. (2020). *Quand la distance reconfigure la pratique clinique. Une analyse multimodale des interactions en télémédecine*. Communiquer. <https://www.erudit.org/en/journals/communiquer/1900-v1-n1-communiquer05390/1070426ar/abstract/>

Gutmacher Institute (2020). *Vue d'ensemble: investir dans la santé sexuelle et reproductive*

2019.

Guttmacher

Institute.

<https://www.guttmacher.org/fr/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019-executive-summary>

Haute Autorité de Santé (2021), *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour*, Recommandations de bonne pratique, HAS, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour

Institut National d'Etudes Démographiques, (2019). *Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels depuis 1976*, INED <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>

Jelinska, K., & Yanow, S. (2018). Putting abortion pills into women's hands : Realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*, 97(2), 86-89. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.05.019>

Le Naour, J.-Y., & Valenti, C. (2003). *Histoire de l'avortement. XIXe -XXe siècle* (Seuil).

Levesque, JF., Harris, M., Russel, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* 12:18.

Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 569-579. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x>

Marie-Noelle Battistel, & Cécile Muschotti. (2020). *Rapport d'information sur l'interruption volontaire de grossesse* (N° 3343). Assemblée Nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343_rapport-information.pdf

Mathieu, M. (2016). *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France - Québec*. [Thèse de sociologie. Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis; Université du Québec à Montréal], HAL

Mathieu-Fritz, A. & Esterle, L. (2013). Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales: Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches. *Revue française de sociologie*, 2(2), 303-329. <https://doi.org/10.3917/rfs.542.0303>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021), *IVG : un droit garanti par la loi*, Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>

Nortén, H., Wilkinson, J., Ilozumba, O., Gemzell-Danielsson, K., Gomperts, R. (2021). *10-year evaluation of the use of self-managed abortion through telemedicine: A retrospective cohort study*. BJOG

Oberti, V. (2018). *L'interview en intégralité du docteur Bertrand de Rochambeau qui refuse de pratiquer l'IVG* [vidéo]. TF1.

<https://www.tf1.fr/tmc/quotidien-avec-yann-barthes/videos/l-interview-integralite-docteur-bertrand-de-rochambeau-gynecologue-refuse-de-pratiquer-ivg.html>

OMS. (2019). *Utilisation des médicaments dans le cadre d'un d'avortement*. Organisation Mondiale de la Santé. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/fr/>

Santé publique France. (2021) : *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*. 6e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), 2013-2015. Santé publique France.

Tamim, S. (2014). *Les connaissances et les pratiques de la contraception et de l'IVG chez des femmes en situation de vulnérabilité - précarité en Île-de-France* [Mémoire Master PPASP Pilotage des politiques et des actions en santé publique] <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/ppasp/omar.pdf>

UNFPA. (2021). *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde*. Fonds des Nations unies pour la population <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-FRv5173.pdf>

Veil, S. (1974) Grands discours, Simone Veil (26 novembre 1974), Assemblée nationale, <https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/grands-discours-parlementaires/simone-veil-26-novembre-1974>

Vie Publique (2021). *La télémédecine, une pratique en voie de généralisation*. Vie Publique. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>

Women On Web, (2021) *Who we are*, Women on Web, <https://www.womenonweb.org/en/page/521/who-we-are>

Women on Web. (2021). *On the Interplay of Abortion Access and Digital Rights : A Conversation with Venny Ala-Siurua, Women on Web's New Executive Director*, Women on Web, <https://www.womenonweb.org/en/page/20985/on-the-interplay-of-abortion-access-and-digital-rights-a-conversation>

World Health Organization (2020). *Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response*, WHO

World Health Organization, (2020). *WHO Recommendations on Self-Care Interventions: Self-management of medical abortion*, WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332334/WHO-SRH-20.11-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization, (2020) *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context interim guidance*, WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>

World Health Organization & WHO Scientific Group on Spontaneous and Induced Abortion. (1970). *L' avortement, spontané ou provoqué : rapport d' un Groupe scientifique de l' OMS*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38299>

Annexes

Annexe A: Différences entre IVG et IMG

Avortement	Interruption volontaire de grossesse	Interruption médicalisée de grossesse
Termes employés	IVG, “IVG médicamenteuse”, “IVG chirurgicale”	IMG, “avortement thérapeutique”
Chiffres	Il s’agit de 217 291 IVG en 2019 (INED, 2020)	Il s’agit de 4438 IMG en 2015 dont 1842 ayant nécessité des gestes d'arrêt de vie avant IMG (agence de biomédecine, 2015)
Motifs	“La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.” (article L.2212-1 du Code de la santé publique)	“L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'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.” <u>articles L2213-1 à L2213-3 du code de la santé publique</u>
La décision appartient	À la femme	A l'équipe pluridisciplinaire et à la femme
Délais	Jusqu'à 14 SA	Jusqu'à la fin de la grossesse

Technique	Médicamenteux: Jusqu'à 7 SA, jusqu'à 9 SA sous conditions Par aspiration: Jusqu'à 14 SA	Médicamenteux, aspiration ou déclenchement de l'accouchement
Lieu	Avant 7 SA: en établissement de santé, en cabinet de ville par un médecin ou une sage-femme ayant conclu une convention avec un établissement de santé, ou en centre de santé ou en centre de planification ayant conclu une convention avec un établissement de santé Entre 7SA et 9 SA: Uniquement en établissement de santé Dans un établissement de santé, c'est-à-dire un hôpital ou une clinique autorisés à pratiquer l'avortement. Sous certaines conditions (IVG pratiquée uniquement sous anesthésie locale, locaux adaptés, disponibilité d'un anesthésiste...), elle peut avoir lieu dans un centre de santé de santé autorisé ayant établi une convention de coopération avec un centre hospitalier de proximité.	Hopital ou clinique
Personnel autorisé à pratiquer l'avortement	Médecin et sage-femme uniquement si médicamenteux	Médecin
Accompagnement par le partenaire	Possible si médicamenteux Non fait si aspiration (témoignages)	Possible dans tous les cas

Annexe B: Décès maternels liés à des avortements entre 1996 et 2015

D'après les rapports de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, seize décès maternels sont liés à des avortements entre 1996 et 2015:

- Entre 1996 et 1998, 2 décès suite à une infection au cours d'un avortement
 - Entre 2001 et 2006, 2 avortements septiques, dont 1 péritonite suite à un avortement clandestin, 1 avortement hémorragique (2004-2006)
 - Entre 2007 et 2009, 2 hémorragies consécutives à un avortement dont 1 avortement précoce à 10 SA probablement d'origine clandestine
 - Entre 2010 à 2012, une femme est morte d'une hémorragie des suites d'un avortement clandestin chez elle, 6 femmes sont décédées des suites d'avortement: un choc hémorragique (IVG chirurgicale), une embolie pulmonaire, un choc toxi-infectieux à *Clostridium perfringens* (IVG médicamenteuse), un suicide, et un décès de cause non identifiée dans un tableau de mort subite 2 jours après une IVG chirurgicale.
 - Entre 2013 et 2015, 3 IVG : une mort subite inexplicée (33 jours après) ; une embolie pulmonaire (45 jours après) et un suicide (65 jours après).
- En France, il y a un décès maternel tous les 4 jours, d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites, et représente 10,8 décès pour 100 000 naissances vivantes. (ENCMM, 2021)

Annexe C: Discussion éthique autour de l'IVG par télémedecine durant l'état d'urgence en France

Article présenté dans le cadre du certificat d'éthique et santé publique en mars 2021

De nos jours en France, “la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.” ([J.O du 27 janvier 2016](#))

Suite à la pandémie de covid-19, le gouvernement français a amendé la législation, et a autorisé la téléconsultation dans le cadre d'une IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée dans l'[arrêté du 23 mars 2020 \(J.O 24 mars 2020\)](#)

Cet arrêté a été abrogé en juillet 2020 puis remis en place en novembre 2020, lors de la deuxième vague de covid-19 et devrait perdurer jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire. ([J.O 7 novembre 2020](#)).

Cette disposition ayant été mis en place durant “l'état d'urgence”, et “à titre dérogatoire”, elle n'a pas été débattue, d'où ce questionnement : Est-il éthiquement souhaitable d'avoir recours à l'IVG par télémedecine en France durant l'état d'urgence?

Pour répondre à cette problématique, je m'appuierai sur les travaux de Schröder-Bäck ([Schröder-Bäck et al., 2014](#)) qui permettent un cadrage opérationnel d'un problème en santé publique. Les principes de non-malfaisance et de bienfaisance pourraient être débattus longuement, l'histoire de ce droit français ([Le Naour & Valenti, 2003](#)) montre les tensions idéologiques qui ont existé et qui continuent d'exister en France. Le travail étant contraint en nombre de mots, je vais uniquement développer les autres principes des travaux de Schroder-Back, à savoir le respect de l'autonomie et de la justice. Les principes de maximisation

de la santé, d'efficience et de proportionnalité seront abordés succinctement. Des données probantes manquent sur ces aspects, récemment implémentés en France.

L'enjeu éthique perçu étant la mise en place de nouvelles modalités d'accès à des services d'orthogénie dans un contexte d'urgence.

Selon diverses études, l'avortement médicamenteux par télémedecine est aussi sûr et efficace qu'une procédure faite en présence d'un professionnel de soins ([Endler et al., 2019](#)). L'OMS la décrit comme non-invasif, coût-efficace et acceptable. (OMS, 2020b) Elle promeut également une plus grande autonomie, la personne pouvant prendre les comprimés à domicile, dans l'intimité de son logement, avec ou sans personne, au moment où elle le souhaite. Cela permet un plus grand contrôle sur le processus, elles peuvent se sentir dans de meilleures disponibilités de confort et de soutien. ([Makenzius et al., 2013](#)) Cela fait dire à certains auteurs que mettre les pilules abortives "dans les mains des femmes" est la réalisation de leurs plein potentiel ([Jelinska & Yanow, 2018](#)) que nous pourrions traduire par une plus grande autonomie de décision.

Dans la continuité de ces travaux, et suite à la décision du Royaume Uni, et de l'Irlande d'adopter la télémedecine pour améliorer la continuité et l'équité des soins d'avortement dans un contexte de crise sanitaire ([Moreau et al., 2020](#)) le gouvernement français abroge la loi pour "contribuer à la diminution de la circulation du virus" et "s'appuie sur un protocole validé par la Haute Autorité de Santé, qui est conforme aux recommandations nationales et internationales des sociétés savantes de gynécologues et obstétriciens.". ([Conseil d'état, 2020](#))

Cela pose néanmoins la question de son application. En effet, dans son analyse, "l'avortement en temps de confinement", le planning familial note des difficultés des femmes qui sollicitent leurs services par téléphone ou dans leurs permanences physiques: "besoin de confidentialité impossible à concrétiser [...], enfants en permanence à la maison", "difficultés de faire un test de grossesse quand on est une jeune femme confinée avec ses parents, de faire une

IVG à domicile quand on ne veut pas informer les personnes avec qui on vit.”([Planning familial, 2020](#)). D'où la question du respect de l'autonomie telle que formulée par Schroder-Back. Est-ce que la vie privée est traitée convenablement? Cela ne semble pas être le cas durant un confinement, lorsque les téléconsultations ne garantissent pas une confidentialité optimale, comme décrit dans les témoignages relayés.

Est-ce que les données personnelles sont traitées convenablement? Là aussi, cette mesure prise hâtivement pose question. Dans ses “réponses rapides” à la covid 19, la Haute Autorité de Santé, relayée par l'ordre des sages-femmes notamment, propose des plateformes sécurisées pour faire les téléconsultations mais aussi “des outils numériques/applications de communication « grand public »”. ([HAS, 2020](#)) Ces mesures sont encore valables un an après le début de la crise. L'urgence pourrait-elle justifier moins de sécurité dans le traitement des données médicales? Je dirais que non, car pour moi la sécurité des patientes et de leurs données privées ne devrait pas être réduite lorsque des moyens plus efficaces existent ou pourraient être mis en place.

Aussi, la question de la justice peut être posée. Est-ce que les sous-populations vulnérables, - qui peuvent être aussi bien des adolescentes confinées avec leurs parents, des femmes confinées avec leurs conjoints et/ou leurs enfants, des femmes migrantes, des femmes subissant des violences ou à faibles revenus- est-ce que ces femmes sont prises en considération et soutenues? Réduira-t-elle ou augmentera-t-elle les inégalités (iniquités) sociales et de santé? Il est difficile de répondre à ces questions, les études sont encore en cours pour la période du confinement, même si déjà en 2019, la DRESS montrait que “les femmes aux revenus les plus faibles ont plus souvent recours à l'IVG”, traduit par une différence de taux de recours à l'IVG de 11 points entre les 10% des femmes aux revenus les plus élevés et les 10% de femmes aux revenus les plus faibles. ([DRESS, 2020](#)).

La téléconsultation risquerait d'accroître ces inégalités à mon avis, car les femmes avec peu de ressources (migrantes, SDF, travailleuses précaires par exemple) peuvent ne pas être en mesure d'accéder aux services de téléconsultation qui demande de connaître les modalités

d'accès à ces services, les outils pour y avoir accès (téléphone ou ordinateur, connection internet, carte vitale, adresse mail...). De même, si une femme est dans l'incapacité de le faire dans son logement si elle est confinée avec son conjoint, ou ses parents, des solutions alternatives devraient pouvoir être proposées. L'OMS le mentionnait déjà en 2019, "lorsque l'auto-prise en charge est un choix par défaut qui s'explique par la peur ou l'absence de solutions alternatives, elle est susceptible d'aggraver les vulnérabilités" ([OMS, 2020a](#)).

Pour une maximisation de la santé, afin que l'IVG par télémedecine soit une alternative efficace et efficiente, améliorant la santé des femmes comme proposée et évaluée par l'OMS, il aurait peut-être fallu une meilleure préparation à cette alternative. "Les décisions [prises durant la crise sanitaire] ne tenaient absolument pas compte des conditions de mise en oeuvre" ([Bergeron & Borraz, 2020](#)) L'augmentation de 50% des appels au numéro vert du gouvernement sur l'IVG durant le confinement le prouve: Les femmes ont eu "peur" de ne plus avoir accès, ou d'occuper des soignants débordés ([Durocher, 2020](#)). L'option de la téléconsultation n'a été que très peu abordée publiquement. Aucune campagne de promotion nationale n'a été faite sur ce sujet.

De mon point de vue, l'accès à une information claire, et appropriée sur cette nouvelle modalité d'accès à l'avortement me paraît nécessaire. Cela pourrait se faire via une campagne de promotion, par des messages dans les médias, sur les réseaux sociaux, dans les pharmacies ou durant les consultations (médicales et paramédicales). Aussi, une préparation de crise dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive serait utile, "des situations radicalement nouvelles étant appelées à se multiplier dans les années à venir" ([Bergeron & Borraz, 2020](#))

Nul doute que la téléconsultation est devenue, à la faveur de la crise sanitaire, un élément important dans le système de soins français. Son élargissement à l'avortement médicamenteux dans un contexte d'urgence ne permet pas, avec les informations actuellement disponibles, de

délibérer sereinement sur son application dans un contexte bien particulier de confinement. Néanmoins il me semble qu'une meilleure anticipation aurait pu réduire les tensions éthiques et participer à une plus grande équité et autonomie des femmes.

L'évolution de la pratique de l'avortement médicamenteux par téléconsultation devrait être mieux accompagnée, et son application durant un confinement mieux étudié. Ces travaux pourraient permettre de discuter de son maintien ou non hors crise sanitaire. Un débat ouvert et respectueux, qui pourrait amorcer un débat plus large sur la place des femmes dans notre société.

Annexe D: Les cinq actes médicaux réalisables en télémédecine

Le décret du 19 octobre 2010, pris en application de la loi HPST, définit cinq actes médicaux réalisables en télémédecine, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre :

- la **téléconsultation** : il s'agit d'une consultation à distance, entre un médecin et un patient (seul ou assisté d'un professionnel de santé). Tout médecin libéral ou salarié d'un établissement de santé peut effectuer une téléconsultation, qu'il facture au tarif d'une consultation en présentiel. Toutes les situations médicales peuvent donner lieu à une téléconsultation mais le recours à la téléconsultation relève de la seule décision du médecin
- la **téléexpertise** : elle consiste en un échange entre au moins deux médecins qui arrêtent ensemble, avec le consentement du patient, un diagnostic ou une stratégie thérapeutique sur la base de données biologiques, radiologiques ou cliniques. Elle permet d'obtenir rapidement l'avis d'un spécialiste, donc de réduire les délais de prise en charge et de suivi ;
- la **télesurveillance médicale** : un médecin interprète à distance les données cliniques ou biologiques recueillies par le patient ou un professionnel de santé ;
- la **téléassistance** : un médecin assiste à distance l'un de ses confrères pendant un acte médical ou chirurgical ;

- la **régulation** : c'est la réponse médicale apportée par les centres 15 (SAMU). Les médecins de ces centres établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la situation.⁹

Annexe E: Evaluation des patientes 5 semaines après un avortement par télémedecine via le questionnaire de Women On Web France

Contexte

Suite à l'étude qui analysait 809 consultations de 140 avortements médicamenteux (Atay et al., 2021), faits par l'intermédiaire de la plateforme de Women on Web en France, il me paraissait important de recueillir le vécu des femmes par rapport à cette méthode.

N'ayant pas jusque là accès à des médecins ou sages-femmes ayant pratiqué l'avortement médicamenteux par télémedecine en France, j'ai eu l'opportunité grâce à ma maitresse de stage d'accéder au questionnaire d'évaluation envoyé cinq semaines après l'envoi des médicaments abortifs, et les réponses des femmes afférentes.

Ainsi, de janvier 2020 à avril 2021, sur 140 patientes ayant obtenu les médicaments, 20 patientes ont répondu au questionnaire d'évaluation, soit 1 personne sur 7. Même si l'échantillon est trop faible pour être représentatif, il permet d'avoir un aperçu des femmes qui utilisent le service de Women On Web en France.

Ce différentiel dans le nombre de patientes est retrouvé à plus grande échelle. Ainsi, une étude rétrospective sur 10 années (2009-2019) de provision de l'avortement médicamenteux par télémedecine par WoW montre que sur 81683 patientes ayant reçu les médicaments abortifs, 30344 seulement avaient évalué cette démarche, soit 37% des patientes seulement (Nortén & al., 2020). Une hypothèse possible serait que les femmes n'ont plus envie de revenir sur cet épisode de leurs parcours, et préféreraient en quelque sorte "tourner la page" (entretien avec maitresse de stage).

⁹ Pour plus d'informations sur l'évolution de la télémedecine en France:
<https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>

Analyse des profils:

L'heure à laquelle les questionnaires ont été remplis marque quelques valeurs inhabituelles: 2h, 4h ou 6h du matin. Le besoin "d'intimité" et de "secret", déjà relevé dans l'étude de WoW sur ces avortements par télé-médecine, pourrait donc persister jusqu'à l'évaluation de cette procédure. 9 femmes sur 20 ont répondu au questionnaire entre 20h et 8h du matin.

Les langues utilisées pour répondre sont majoritairement le Français (16), puis l'anglais (3) et une femme a répondu au questionnaire en Espagnol; il est à noter que le site de WoW permet de répondre en 26 langues.

L'âge des femmes se ventile entre 17 et 48 ans, avec une moyenne de 33 ans. En France, l'âge moyen pour faire un avortement se situe entre 20 et 29 ans et toutes les femmes résident en France.

Evaluation de la procédure

Si 17 femmes ont eu un avortement médicamenteux, 2 femmes ont eu une fausse-couche spontanée et une femme a décidé de poursuivre sa grossesse. Pour confirmer qu'elles étaient enceintes, la majorité des femmes se sont basées sur des symptômes physiologiques de grossesse (absence de règles notamment), puis sur un test de grossesse pour 8 d'entre elles, seulement 6 ont eu recours à l'échographie pour confirmer ou infirmer leurs grossesses, dont 4 parce que l'échographie leur avait été conseillé. 12 femmes sur 17 ne se sont pas rendues chez le médecin ou à l'hôpital avant de procéder à leurs avortements. Elles ont toutes pris les médicaments moins d'une semaine après avoir reçu le paquet, ce qui souligne leur volonté de mettre fin à leur grossesse sans avoir recours à une période de réflexion. Ce n'est d'ailleurs que depuis la loi du 26 janvier 2016, que la période de réflexion de 7 jours a été levée en France.

Les femmes qui ont évalué cette méthode se trouvaient donc généralement assez autonomes pour reconnaître les signes et symptômes de grossesse et engager le processus sans avoir recours à un professionnel de santé.

En ce qui concerne la gestion des complications, aucune femme n'a présenté de signes majeurs tels que fièvre ou hémorragie. Une seule femme décrit avoir eu des douleurs qui ont duré plusieurs jours après l'avortement et qui ne disparaissaient pas. Elle n'a cependant pas consulté de médecin, n'est pas allée à l'hôpital, mais a pris les anti-douleurs fournis dans

l'enveloppe en sus des médicaments abortifs. Elle s'est dite "très satisfaite" de la procédure, ce qui montre que la femme a su gérer sa douleur de façon autonome.

Aussi, 8 femmes sur 17 n'ont pas eu de gêne particulière, et 4 ont pensé ne pas saigner suffisamment ou ne pas avoir assez de saignements; une étude sur la représentation des saignements durant un avortement n'a pas été retrouvée, mais l'hypothèse d'une représentation symbolique de la quantité de sang à verser durant un avortement pourrait être posée.

Aussi, 5 femmes n'ont pas pris d'anti-douleurs, alors même qu'elles qualifiaient les douleurs de "plus importantes" ou "beaucoup plus importantes que les douleurs des règles normales". Les femmes pourraient utiliser cette douleur non traitée comme une "auto-punition", "un acte emprunt d'une certaine gravité, pour lequel elles se sentent responsables et peut-être coupables" (Mathieu, 2016).

Pour 14 femmes sur 17 n'étaient pas seules pendant l'avortement, et 12 sur 17 ont senti suffisamment de soutien émotionnel de la part de leurs proches. Ce qui contraste avec les avortements à l'hôpital, où les partenaires ne sont pas admis dans le service durant cette période (entretien sage-femme orthogéniste) et où les aspirations, considérées comme des interventions chirurgicales, ont lieu dans des espaces réservés aux professionnels de soins.

Elles ont presque toutes (15) une contraception en place 5 semaines après l'avortement, une a pris rendez-vous pour une ligature des trompes, et 2 n'ont pas de contraception.

Toutes les femmes ont trouvé cette méthode d'avortement médicamenteux appropriée, et en étaient toutes satisfaites ou très satisfaites.

Evaluation de l'accès

Même si des entretiens soulignaient le "défaut majeur" de la télémédecine comme étant "la fracture numérique" (entretien sage-femme orthogéniste) il ressort des chiffres de l'INSEE à ce sujet, que la catégorie des 15-44 ans est la moins impactée par l'illectronisme, qui est le fait de ne pas savoir utiliser les ressources numériques courantes (Internet, traitement de texte). Ainsi, pour une moyenne nationale de 16,5%, l'illectronisme ne représente que 3% des 15-44 ans. Aussi, parmi ces personnes, 2,95% seulement n'a pas d'équipement internet et 2,8% n'a pas utilisé internet dans l'année. (Legleye & Rolland, 2019) Les femmes ont répondu avoir eu accès à ce service en grande majorité (20) par des recherches internet et des réseaux sociaux. Ce qui

montre le caractère “connecté” de ces patientes. Leurs recherches étaient souvent basés sur des mots-clés : “ivg médicamenteuse” ou “avortement”. Une personne a cherché “avortement aide association” qui montre que la femme cherchait non seulement de l’aide, mais aussi une porte d’accès qui ne soit pas hospitalière ou médicale. Une autre femme a cherché “avortement acheter médicaments”, qui là correspondrait plus à la recherche d’une auto-médication. Ces deux femmes avaient eu un premier contact avec une structure hospitalière ou médicale, décrits en ces termes: “Je sentais que j’aurais dû recevoir de meilleurs soins, plus professionnels”. Enfin, une femme a cherché “avortement à domicile”, ce qui correspond pour cette femme à une demande bien précise et non pas à une “mesure par défaut” que décrivait une personne enquêtée.

L’accès à l’information sur le site internet était jugée “bonne” par toutes les femmes, et l’accompagnement par mail “bonne”, “claire” et “utile” par ordre d’occurrence. Une femme a commenté en plus “tout est très bien expliqué”. Elles se sentent toutes “reconnaissante[s] d’avoir eu la possibilité de recourir à un avortement médical à la maison avec le soutien de Women on Web”. Les femmes ont rajouté quelques commentaires: “Très reconnaissante carte n’avais pas d’autres recours (confinement) et j’ai déjà 5 enfants et bientôt 40ans je ne voulais plus d’enfants”. Le commentaire de cette femme sur le confinement, et le fait de ne pas avoir d’autres recours, montre les difficultés d’accès durant cette période. Un autre commentaire était : “Parce que on est pas jugé et que l’on a pas à se justifier.”, ce qui correspond à cette notion de dé-stigmatisation de l’avortement par télé-médecine, et le sentiment de “secret” d’ “intimité” et de “confort” relevés comme les principales raisons d’accéder à ce service en France (Atay, 2021). Une patiente commente “bonne présence”, qui contraste avec la nature de ce service, dématérialisé, qualifié de “peu humain” par une sage-femme enquêtée. Cette “bonne présence” pourrait être liée au non-jugement, à l’information claire, utile, et l’accès facilité à ce service.

Evaluation de l’expérience

Les sentiments éprouvés à la fin de cette expérience par les femmes sont très divers: “soulagée” (17 occurrences), “satisfaite” (8), “contente” (5), “confiante” (3), “triste” (3), “coupable” (2), “renforcée” (2), “heureuse” (1), “déçue” (1), “déprimée” (1). Une même femme pouvait également ressentir des émotions très différentes: “Coupable, triste, soulagé, satisfait, heureux”, ou encore “soulagée et déprimée”. Ces données amènent à penser l’avortement comme “une expérience socialement construite” (Mathieu, 2016), avec des représentations et des vécus

très contrastés. Les derniers commentaires, aucun négatifs, sont des remerciements, par exemple d'une jeune fille de 17 ans : "Un immense merci à vous !" ou reconnaissants : "You saved my life. I will for ever be grateful to you. [Vous m'avez sauvé la vie. Je vous serai à jamais reconnaissante" Le fait que les commentaires, s'adressent à une ou plusieurs personnes, marquent la personnification du service par ces femmes, le rendant "humain" derrière les écrans.

