

Madame, Mademoiselle,

Dans le cadre d'une étude de politique de santé régionale menée avec les professionnels des centres de planification et d'interruption de grossesse, nous vous proposons de répondre à **un questionnaire anonyme** dont l'objectif est d'essayer de mieux comprendre les liens qui peuvent exister entre Interruptions Volontaires de Grossesse itératives (à répétition) et histoire personnelle.

Vous n'êtes pas obligée de répondre à toutes les questions. Vous pouvez cocher plusieurs cases à chaque question.



Parlons de vous « aujourd'hui »

Quel est le numéro de votre département de domicile ?

- 1) A-t-il été facile d'obtenir les coordonnées du service où vous venez aujourd'hui ? oui non
Avez-vous obtenu un RDV rapidement (< 1 semaine) ? oui non
Ce premier contact s'est-il bien passé ? oui non
Vous êtes vous sentie bien accueillie aujourd'hui ? oui non

2) Quelle est votre année de naissance ?

3) Avez-vous des enfants ? oui non si oui, combien ?

4) Habitez-vous ? en couple seule autre :

5) Vivez-vous dans un contexte économique difficile ?

- pas particulièrement difficile oui, difficile

Si oui, pouvez-vous préciser le ou les problèmes que vous rencontrez actuellement ?

- 1 chômage
2 problème de logement
3 périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières
4 autre :

6) Subissez vous des violences conjugales ? non oui

Si oui, de quel type ?

- 1 psychologiques (dénigrement, humiliation, insultes...)
2 physiques
3 sexuelles

7) Avez-vous déjà utilisé une méthode de contraception ? oui non

8) Combien d'IVG avez vous déjà pratiquées ? Précisez dans le tableau en quelle(s) année(s) :

1 <input type="checkbox"/> médicamenteuse(s) :						
2 <input type="checkbox"/> chirurgicale(s) sous anesthésie générale :						
3 <input type="checkbox"/> chirurgicale(s) sous anesthésie locale :						

S'il s'agit de votre première IVG, allez directement à la question n°11.

Parlons de votre précédente IVG

9) Estimez-vous que l'équipe a pris en compte votre avis pour le choix de la méthode ? oui non

Si non, pourquoi ?

- 1 L'avancement de la grossesse ne laissait pas le choix
2 Vous avez préféré laisser le médecin faire "au mieux"
3 On ne vous a pas demandé votre avis
4 Une seule méthode vous a été proposée

10) A l'issue de l'IVG, vous a-t-on proposé une méthode de contraception ? oui non

Si oui, laquelle ?

- 1 Pilule
2 D.I.U (stérilet)
3 Implant
4 Patch
5 Anneau vaginal
6 Préservatif masculin
7 Préservatif féminin
8 Autre :

Avez-vous bénéficié d'explications sur les différentes méthodes ? oui non
Avez-vous pu exprimer vos préférences ? oui non
Vous a-t-on parlé de la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ? oui non

T.S.V.P. →
Suite au verso

11) Avez-vous lors d'une précédente IVG bénéficié d'un accompagnement ou d'une prise en charge psychologique ?
 oui non

Si oui, par qui ?

¹ Un professionnel (de l'équipe ou extérieur)

² Un groupe (de parole)

Si non, auriez-vous aimé en bénéficier ? oui pas particulièrement non

Etiez-vous soutenue par un proche (conjoint, famille, amis) ? oui non

Parlons de vous « hier »

12) Avez-vous connu un environnement familial chaleureux dans l'enfance et l'adolescence ? oui non

Avez-vous été confrontée dans votre entourage familial ou proche à des problèmes tels que :

¹ Alcoolisme ³ Dépression

² Toxicomanie ⁴ Autre :

13) Avez-vous le souvenir de relations harmonieuses entre vos parents ? oui non

Vos parents se sont-ils séparés ? oui non

Avez-vous été témoin de violences conjugales entre vos parents ? oui non

14) Estimez-vous avoir été élevée dans un environnement « moral très strict » ? pas particulièrement oui

Estimez-vous avoir été élevée dans un environnement « trop laxiste » ? pas particulièrement oui

15) Avez-vous subi des violences dans l'enfance ou l'adolescence ?

a - Psychologiques : oui non

(ex : Préférence d'un autre / Enfant non souhaité (accident) / Enfant de sexe non souhaité / Sévérité excessive / Dénigrement / Humiliation / Bouc émissaire / Surprotection / Autres)

b - Physiques : oui non

(ex : Coups / Sévices corporels / Négligence de soins / Privation de libertés / Enfermement / Autres)

c - Sexuelles : oui non

(ex : Attouchements / Exhibitionnisme / Agression sexuelle / Viol / Inceste / Autres)

16) Avez-vous le souvenir traumatique du décès d'un proche ? oui non

17) Estimez-vous avoir traversé une adolescence difficile ? pas particulièrement oui, difficile

Si oui, avez-vous eu ¹ des troubles du comportement alimentaire (anorexie/ boulimie)

² une tentative de suicide

³ un comportement auto agressif ou risqué (scarification, toxicomanie, alcoolisme, vitesse)

⁴ autre :

18) Avez-vous été choquée par des aspects agressifs de la sexualité ? oui non

(ex : pornographie, images, paroles, exhibitionnisme...)

19) Quel âge aviez-vous lors de votre premier rapport sexuel ?

En gardez vous un bon souvenir ?

oui non

Etiez-vous consentante ?

oui non

20) Avez-vous une vie sexuelle épanouie ? oui non

Avez-vous une vie conjugale satisfaisante ? oui non

21) Avez-vous un commentaire à ajouter ?

Nous vous remercions d'avoir participé à cette étude. Vous pouvez maintenant glisser le questionnaire dans l'enveloppe fournie et le déposer dans la boîte prévue à cet effet.

Nous vous rappelons que ce questionnaire est strictement anonyme, de ce fait il n'a pas pour objectif de vous proposer une prise en charge spécifique. Néanmoins, et si vous en émettez le souhait, nous restons à votre disposition pour vous accompagner, si l'évocation de certains événements de votre vie devait générer une trop grande souffrance.