



HAL
open science

Vécu à long terme d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse

Agathe Desmons

► **To cite this version:**

Agathe Desmons. Vécu à long terme d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03436886

HAL Id: dumas-03436886

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03436886v1>

Submitted on 19 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

SOUTENANCE A CRÉTEIL

UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL

FACULTÉ DE SANTÉ DE CRÉTEIL

ANNÉE 2021

N°

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :

à : CRÉTEIL (PARIS EST CRÉTEIL)

Par Madame DESMONS Agathe

Née le à

TITRE : Vécu à long terme d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

DIRECTEUR DE THÈSE :

Madame le Docteur Emilie ZARD

LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
FACULTE DE MEDECINE
8, rue du Général Sarrail
94010 CRETEIL CEDEX
Tél. 01 49 81 36 07



SOUTENANCE A CRÉTEIL

UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL

FACULTÉ DE SANTÉ DE CRÉTEIL

ANNÉE 2021

N°

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :

à : CRÉTEIL (PARIS EST CRÉTEIL)

Par Madame DESMONS Agathe

Née le à

TITRE : Vécu à long terme d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

DIRECTEUR DE THÈSE :

Madame le Docteur Emilie ZARD

LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**



Remerciements

A Messieurs les Professeurs, membres de ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération et de mes sincères remerciements.

En premier, je remercie Émilie, ma directrice de thèse. Tu as parfaitement su m'accompagner tout au long de ce travail de recherche, même parfois à des horaires improbables. Merci aussi pour ta disponibilité et tes conseils depuis un an, ainsi que pour la touche finale de mon parcours d'interne, qui feront de moi, j'espère, un aussi bon Docteur que toi !

Merci aux différents maitres de stage qui m'ont accueillie, conseillée et m'ont fait découvrir la richesse de la médecine générale : Christian pour ta gentillesse et ton expertise, Cécile pour m'avoir fait gagner en autonomie, Florence L pour mes compétences gynécologiques, Florence A-D et Émilie, pour finir en beauté et m'épanouir encore plus dans ce métier.

Merci à Émilie F pour son accompagnement en tant que tutrice pendant ces trois années d'internat. Ta rigueur a fait de moi un meilleur médecin.

Je remercie aussi mes super collègues du CPEF d'Athis-Mons ainsi que ceux de la MSP d'Épinay, qui m'ont soutenue tout au long de cette année.

A toutes les patientes qui ont bien voulu répondre à mes questions et sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

A mes parents adorés et ma sœur chérie. Merci pour votre soutien de toujours et votre accompagnement sans faille depuis le début de mon parcours. Merci aussi de supporter mon caractère de cochon depuis si longtemps ! Je vais enfin pouvoir accrocher ce fameux serment d'Hippocrate que le père Noël a apporté un peu trop tôt !

A mon papi Geo, et ma mamie qui me regarde du haut des étoiles, j'espère que tu serais fier de ta petite-fille aujourd'hui. Au reste de ma famille, merci pour tout.

A mes beaux-parents, Vincent et Emmanuel. Merci pour les bons moments rennais et pour m'avoir acceptée dans votre famille.

A tous mes amis, mes indispensables et toutes les belles rencontres ces dernières années : Thaïs the first one, Alice, Pauline, Léa, Cécile, Azélie, Marine, Aurélie, Anaïs, Lucie, Thibault, Éric, Florent... et tous les autres ! Que de souvenirs accumulés ensemble : au lycée, sur les bancs de la fac, en soirée, en vacances ou lors des après-midi jeux de société... J'espère bien que ce n'est pas fini, on ne se débarrasse pas de moi comme ça ! Merci de me rendre la vie plus belle !

Enfin, le meilleur pour la fin, merci à Paul, mon amour. Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée. Tu as su révéler la meilleure partie de moi-même et tu me rends meilleure au quotidien, ce n'était pas gagné pourtant ! Tu sais me rassurer, me pousser vers le haut et trouver les mots justes. Je n'aurais probablement jamais été jusque-là sans toi, cette thèse est donc aussi un peu la tienne (à 49%) !

Table des matières

| | |
|--|----|
| <i>Glossaire</i> | 5 |
| <i>Introduction</i> | 6 |
| I. Généralités sur l'IVG | 6 |
| II. L'IVG en chiffres | 6 |
| III. Le déroulement d'une IVG médicamenteuse | 7 |
| IV. Les complications de l'IVG médicamenteuse | 8 |
| V. Justification de l'étude | 8 |
| I. La recherche qualitative | 10 |
| II. L'échantillonnage | 10 |
| III. Le guide d'entretien | 10 |
| IV. La réalisation des entretiens et le recueil des données | 11 |
| V. L'analyse des données | 12 |
| <i>Résultats</i> | 13 |
| I. Population étudiée | 13 |
| II. Découverte de la grossesse, décision de faire une IVG et facteurs influençant la décision | 14 |
| III. Le vécu physique | 18 |
| IV. Le vécu psychique et les facteurs influençant le vécu | 21 |
| V. Conséquences effectives à moyen et long terme | 30 |
| 1. Sexualité post-IVG | 30 |
| VI. Les propositions d'amélioration | 39 |
| <i>Discussion</i> | 44 |
| I. Comparaison avec la littérature | 44 |
| II. Forces et limites de l'étude | 51 |
| III. Perspectives et propositions d'amélioration | 53 |
| <i>Conclusion</i> | 55 |
| <i>Bibliographie</i> | 56 |
| <i>Annexes</i> | 62 |

Glossaire

IVG : Interruption volontaire de grossesse

SA : Semaines d'aménorrhée

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

INED : Institut national d'études démographiques

DREES : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

IST : Infection sexuellement transmissible

RAI : Recherche d'agglutinines irrégulières

Groupe-Rh : Groupe sanguin et rhésus

β HCG : Bêta hormone chorionique gonadotrophine humaine

HAS : Haute autorité de santé

COVID : Maladie à coronavirus

Récapitulatif des tableaux et figures

Tableau n°1 : Principales caractéristiques des patientes Page 13

Introduction

I. Généralités sur l'IVG

Depuis le 17 janvier 1975 et l'adoption de la loi Veil, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée en France [46]. Cette loi sera réexaminée en 1979 et définitivement renouvelée le 1^{er} janvier 1980, légalisant ainsi l'IVG pour les femmes. Actuellement, une femme désirant mettre un terme à une grossesse non désirée a le choix entre deux procédés : la méthode chirurgicale par aspiration et la méthode médicamenteuse, autorisée depuis l'arrêté du 28 décembre 1988 et la mise sur le marché d'une pilule abortive, la Mifegyne (RU 486) [2].

La loi du 4 juillet 2001 a permis d'augmenter le délai de l'IVG à 12 semaines de grossesse (SG) (soit 14 semaines d'aménorrhée (SA)), de supprimer de l'autorisation parentale pour les mineures et d'autoriser la réalisation d'une IVG médicamenteuse en ville [47]. Cependant, ce n'est que depuis le 1^{er} juillet 2004, que les gynécologues et les médecins généralistes justifiant des compétences nécessaires peuvent effectuer des interruptions de grossesse médicamenteuses jusqu'à 7 SA, dans le cadre d'une convention signée avec un hôpital référent [20]. Cette autorisation a été étendue aux Centres d'Éducation et de Planification Familiale (CPEF) en 2008 [26]. En 2016, le délai de réflexion de 7 jours a été supprimé et les sages-femmes ont obtenu le droit de réaliser des interruptions de grossesse [28]. Par ailleurs, depuis 2013, un décret permet la prise en charge intégrale de l'IVG par l'Assurance Maladie [27], ainsi que les échographies et les biologies depuis 2016 [3].

II. L'IVG en chiffres

L'IVG est devenue une pratique courante depuis ses débuts. Selon un rapport de l'INED de 2011, 33% des femmes auront au moins une fois recours à un avortement dans leur vie [51]. L'âge moyen est de 27,5 ans. En 2019, selon un rapport de la DREES, on dénombre 232000 IVG, dont 70% d'IVG médicamenteuse [72]. Le taux de recours à l'IVG est de 15,6 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. En Ile-de-France, le recours à l'IVG est particulièrement élevé avec un taux de 17,5 IVG pour 1000 femmes.

III. Le déroulement d'une IVG médicamenteuse

Le choix de la méthode d'IVG dépend bien évidemment du terme de la grossesse mais également du choix de la patiente, dans la mesure du possible, après avoir reçu une information éclairée par le médecin ou la sage-femme qui l'a reçue en consultation [63].

La première consultation consiste à recueillir la demande d'IVG. Elle permet d'apporter des informations à la patiente concernant la méthode, l'aider à faire son choix ainsi que confirmer la grossesse et préciser l'âge gestationnel. Pour ce faire, la majorité des praticiens s'appuient sur une échographie pelvienne, mais cette dernière n'est pas obligatoire. Différents examens sont donc généralement prescrits : β HCG, groupe sanguin-rhésus et RAI. Un entretien psychosocial doit être systématiquement proposé mais il n'est pas obligatoire, sauf chez la patiente mineure. Cette consultation est également l'occasion de discuter des infections sexuellement transmissibles (IST) et de proposer un dépistage le cas échéant. Les recommandations de la HAS concernant le dépistage du *Chlamydiae Trachomatis* vont d'ailleurs dans ce sens en recommandant le dépistage devant toute demande d'IVG sans limite d'âge. La réalisation d'un frottis cervico-utérin peut également être proposée si la femme n'est pas à jour de ses dépistages. Enfin, la contraception post IVG peut également être abordée.

La deuxième consultation a pour but de recevoir le consentement écrit de la patiente et de réaliser la première étape de l'interruption de grossesse via la méthode médicamenteuse, après avoir récupéré les résultats des différents examens précédemment demandés. Des explications complètes et concrètes lui sont fournies. Un document écrit avec le déroulement de la méthode, les informations sur les médicaments, la conduite à tenir en cas d'effets indésirables (saignements, douleurs, fièvre) et les symptômes devant la faire reconsulter en urgence (hémorragie, inefficacité de la méthode). Une fiche de liaison « ville-hôpital » lui est remise afin de faciliter une prise en charge hospitalière si nécessaire lorsque l'IVG est réalisée en ambulatoire hors établissement de santé. Depuis 2016 et la suppression du délai de réflexion, si la patiente présente tous les examens nécessaires lors de la première consultation (β HCG, Groupe-Rh et échographie), la réalisation de l'IVG médicamenteuse est réalisable le jour même après s'être assuré du consentement et de la bonne compréhension de la patiente.

Concernant la prise des médicaments, la première molécule, la Mifépristone (Mifegyne), dont le but est de stopper l'évolution de la grossesse, doit être prise devant le professionnel de santé lors de la consultation. Si la patiente est de rhésus négatif, une injection d'immunoglobuline anti-D (Rhophylac) doit être réalisée dans les 72h suivant le début de saignement pour prévenir l'allo-immunisation materno-foetale. En pratique, elle est réalisée la

plupart du temps le jour de la prise de la Mifegyne. Une ordonnance d'antalgiques est remise à la patiente afin de prévenir les douleurs lors de l'expulsion de la grossesse après la prise de la deuxième molécule, le Misoprostol (Gymiso ou Miso-One). Ce dernier comprimé est remis à la patiente et doit être pris entre 36 et 48 heures plus tard.

Enfin, une consultation de contrôle doit être réalisée entre 14 et 21 jours après la réalisation de l'IVG. Cette dernière est obligatoire, même si dans les faits, seulement 2 patientes sur 3 se présentent. La consultation de contrôle a pour but de vérifier la réussite de la méthode et l'absence de complications grâce au dosage des β HCG ou de l'échographie pelvienne de vacuité. C'est l'occasion de vérifier la tolérance de la contraception, de poser un dispositif intra-utérin ou un implant sous cutané. La consultation psychosociale ou avec un psychologue peut être reproposée, notamment en fonction de la tolérance et du vécu de l'interruption de la grossesse par la patiente.

IV. Les complications de l'IVG médicamenteuse

Selon le rapport de la HAS de 2001, les complications de l'IVG sont rares [1]. Concernant spécifiquement l'IVG médicamenteuse on rencontre deux types principaux de complications : l'hémorragie et l'échec de la méthode. Le taux d'hémorragies sévères est d'environ 1,2 pour mille interruptions, avant 13 SA. Une étude ayant comparé les deux méthodes retrouve également un taux d'hémorragie plus important dans le groupe interruption par médicaments, sans toutefois constater de chute significative du taux d'hémoglobine. L'échec de la méthode se définit par la poursuite d'une grossesse évolutive ou la survenue d'une rétention de matériel trophoblastique. En moyenne, le taux d'échec de la méthode médicamenteuse est d'environ 5% et nécessite la réalisation d'une aspiration. Les douleurs ne sont pas considérées à proprement parler comme une complication de la méthode, cependant, elles sont importantes à prendre en compte. Pour la plupart des femmes, les douleurs sont jugées acceptables. La HAS recommande d'ailleurs la prescription d'antalgiques de palier 1 et 2, qui suffisent en général à soulager la femme [63].

V. Justification de l'étude

Au vu de ces données, on peut donc conclure que la prise en charge de l'IVG est un sujet important, du fait de sa prévalence, mais également par les différentes questions qu'elle soulève : sociétale, éthique, économique, politique. En effet, bien que protégée par une

réglementation stricte, l'interruption de grossesse est un acte médical singulier et reste source de nombreuses interrogations.

Par ailleurs, bien qu'elle soit considérée comme une liberté fondamentale de la femme, elle reste une liberté contrainte par une action du corps médical. Cela interroge donc sur la place du médecin généraliste dans l'accompagnement de ces femmes. En outre, une IVG est rarement une décision facile à prendre. Des bouleversements physiques, psychologiques, voir même sexuels ou sociaux peuvent en découler, immédiatement au décours mais probablement aussi à long terme.

Plusieurs études qualitatives françaises sur le vécu de l'IVG, notamment médicamenteuse, ont été réalisées au décours ou quelques mois après l'acte médical et mettent en évidence un ressenti physique plutôt satisfaisant mais un ressenti psychologique plus complexe. Les conséquences sociales ou sexuelles ne sont que peu ou pas rapportées [31,45,50,61,65,66]. Un travail de revue de la littérature réalisé en 2013 concernant le vécu psychique d'une IVG montre chez certaines femmes l'existence d'un vécu post IVG parfois négatif mettant en lumière la nécessité pour le soignant d'être à l'écoute et la mise en place d'un accompagnement psychologique [48].

Des études internationales se sont intéressées à l'état psychologique des femmes après un avortement et dans les années qui suivent, mais elles n'explorent pas les répercussions sociales ou sexuelles des patientes [9,11,12,16,49]. Selon le rapport de la HAS de 2001, l'influence de la méthode de réalisation de l'IVG dans le vécu a déjà été explorée mais la plupart du temps seulement à court ou moyen terme [1,39,69]. En effet, une seule étude réalisée en Angleterre en 1997 a suivi les patientes pendant 2 ans après la réalisation de l'IVG chirurgicale ou médicamenteuse [39].

A l'heure actuelle, les entretiens effectués dans le cadre des différentes enquêtes qualitatives retrouvées dans la littérature française, l'ont été dans l'année suivant l'avortement médicamenteux [31,45,50,61,65,66]. L'originalité de ce travail consiste donc à documenter le ressenti des femmes plus tardivement après l'acte, avec un recul de 5 à 10 ans.

Dans ce contexte, notre travail vise à explorer le vécu et les conséquences à long terme d'une interruption de grossesse médicamenteuse. L'objectif est d'évaluer les ressentis des patientes de manière globale ainsi que les potentielles conséquences psychologiques, physiques, sexuelles ou encore sociales qui en découlent. Les résultats de cette étude pourraient permettre d'améliorer la prise en charge des patientes en demande d'IVG et justifier ou non une vigilance accrue du médecin généraliste chez ces patientes.

Matériels et méthodes

I. La recherche qualitative

Afin de recueillir le vécu et les conséquences à long terme pour les femmes concernées, la méthode qualitative a été privilégiée. Issue des sciences sociales, cette dernière est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer de manière objective, comme c'est le cas dans notre étude [4, 13,14]. Au vu du caractère sensible du sujet, les entretiens individuels ont été privilégiés. Ces entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des femmes ayant vécu une IVG au moins cinq ans auparavant, dans plusieurs départements d'Ile de France et une dans le Maine et Loire.

II. L'échantillonnage

Nous avons opté pour la réalisation d'un échantillonnage raisonné. Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire de médecins généralistes conventionnés, de praticiens de CPEF et d'une sage-femme libérale. Deux fiches expliquant l'étude ont été envoyées aux médecins ou sages-femmes : l'une leur expliquant l'étude et l'autre à destination des patientes.

Nous avons donc recruté les participantes sur la base de variables non exhaustives susceptibles d'influencer les propos des personnes interrogées. Nous avons sélectionné, de manière raisonnée, les variables suivantes : âge, niveau socioéconomique, localisation géographique, nombre d'IVG, nombre d'enfants, stabilité familiale, existence d'un suivi psychologique avant/pendant/après l'IVG. Les patientes mineures sur la période d'étude ont été exclues. Le recrutement s'est fait en majorité dans le département de l'Essonne (91), sauf pour une femme qui est originaire du Maine et Loire (49). Les patientes étaient informées de cette étude lors d'une des consultations chez le médecin généraliste ou directement par un appel de leur médecin traitant. Les femmes volontaires étaient alors recontactées par téléphone ou courriel pour confirmer leur accord, fixer une date et un rendez-vous.

III. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré pour servir de trame lors des entretiens avec les patientes.

Les différentes thématiques du guide d'entretien sont les suivantes :

- 1) Contexte de l'IVG

- 2) Contexte : découverte de la grossesse et décision de l'IVG
- 3) Exploration du vécu de l'IVG : physique, psychique
- 4) Exploration du vécu à distance de l'IVG : physique, psychique, sexuel, social
- 5) Les propositions d'amélioration

Lors des entretiens, les différents thèmes n'ont pas forcément été abordés dans l'ordre prévu initialement et les relances ont été faites en suivant la trame du guide. Ce guide a été validé par la directrice de thèse. À la suite des deux premiers entretiens, il a été modifié et retravaillé en incluant de nouvelles thématiques ou en précisant d'autres. La version finale du guide est disponible en annexe n°1.

IV. La réalisation des entretiens et le recueil des données

Les entretiens ont eu lieu entre février et avril 2021. Sur les dix-sept femmes recrutées initialement, cinq n'ont finalement pas donné suite après plusieurs tentatives de contact ou bien ont annulé au dernier moment. Au total, douze entretiens ont été réalisés. La taille de l'échantillon n'était pas déterminée à priori. L'objectif était d'atteindre la suffisance des données, c'est-à-dire le moment où les entretiens n'apportaient pas de changements fondamentaux dans la compréhension du sujet étudié.

Ces entretiens semi-directifs se sont déroulés au cours de rencontres organisées en fonction des patientes : au cabinet de médecine générale ou alors en visioconférence du fait de l'épidémie de COVID. La durée des entretiens allait de 16 à 53 minutes, la durée moyenne étant de 32 minutes. Avant chaque entretien oral, il était rappelé à chaque femme les objectifs de l'étude et des explications concernant le déroulement de l'entretien. Le respect de l'anonymat leur était rappelé en début d'entretien et leur accord préalable était requis pour l'utilisation des données issues de ces discussions.

Nous nous sommes inspirés de la méthode de la théorisation ancrée : ce que pense le chercheur influe et l'outil de recueil est donc modifiable à tout moment. Le fait de faire évoluer la grille d'analyse en cours est un élément améliorant la validité de l'étude.

Les données ont été enregistrées grâce à un dictaphone. La retranscription a ensuite été faite mot à mot de manière la plus exhaustive possible, tant sur le verbatim que sur le non-verbal des femmes. Chaque retranscription a été réalisée dans les jours suivant l'entretien par l'investigateur.

V. L'analyse des données

Nous avons utilisé la méthode d'analyse de contenu thématique. Cela consistait à repérer et collecter les verbatim ou unités de sens, considérés comme « remarquables » dans le discours des femmes interrogées. Ces données ont été consignées dans un tableau Excel en 4 colonnes (de gauche à droite) : le verbatim concerné, le codage, puis les thèmes et sous thèmes auxquels ils correspondaient. Cette analyse transversale a évolué et été modifiée au fur et à mesure de l'étude et de l'analyse des entretiens. La lecture du matériel a de nombreuses reprises a permis d'acquérir une vue d'ensemble et de voir émerger plusieurs thèmes. L'analyse a été réalisée en double codage, c'est-à-dire qu'elle a été menée de façon conjointe et parallèle avec la directrice de thèse, de manière à améliorer la validité de l'étude.

A l'issue de cette analyse, nous avons pu aboutir à un système de thèmes, sous-thèmes et extraits de verbatim. Nous avons donc pu établir un plan avec cinq grands thèmes.

Les résultats obtenus ont été comparés aux données de la littérature qui avaient soutenu l'élaboration des premières hypothèses.

Résultats

I. Population étudiée

Tableau n°1 : Principales caractéristiques des patientes vues en entretien

| | Age | Situation maritale au moment de l'entretien | Profession | ATCD gynéco-obstétriques | Contraception au moment de l'IVG | Lieu de réalisation de l'IVG | Lieu de recrutement |
|-----|--------|--|---|--|--|--|---------------------|
| F1 | 32 ans | Séparée de son conjoint. Deux enfants | Travailleuse sociale dans une association d'aide aux victimes de violences conjugales | G5P2, 3 IVG med | Pilulex2, DIU cuivre | Cabinet x3 | MSP ESS MG |
| F2 | 31 ans | Célibataire. Un enfant | Gestionnaire administratif | G4P1, 2 IVG med, 1 IVG chir / Dysplasie haut grade | Pas de contraception, retour de couches, préservatif | CPEF/Cabinet/Hôpital en ambulatoire | MSP ESS MG |
| F3 | 42 ans | Célibataire. Pas d'enfants | Domaine bancaire | G2P0, 1 FCS, 1 IVG med | Pilule | Cabinet | MSP ESS MG |
| F4 | 33 ans | Mariée. Un enfant | Professeure de musique | G2P1, 1 IVG med | Calcul du cycle et préservatif | Cabinet | MSP ESS MG |
| F5 | 32 ans | En couple. Deux enfants | Monitrice-éducatrice | G4P2, 2 IVG med | Au moment changement implant | Clinique à domicile/Hôpital en ambulatoire | MSP ESS MG |
| F6 | 35 ans | En couple. Pas d'enfants, grossesse en cours | Sans emploi, vendeuse | G2P0, 1 IVG med | Préservatif | Hôpital en ambulatoire | MSP ESS SF |
| F7 | 29 ans | En couple. Un enfant | Assistante RH | G2P1, 1 IVG med | Pilule | CPEF hospitalier (à domicile) | MSP ESS MG |
| F8 | 46 ans | Célibataire. Quatre enfants | Auxiliaire en crèche | G7P4, 3 IVG med | Pilulex2, préservatif | Cote d'Ivoire x2/CPEF | MSP ESS MG |
| F9 | 26 ans | Célibataire. Un enfant | Sans emploi, études CAP petite enfance et BEP vente | G5P1, 2 IVG med, 2 IVG chir | Préservatif | Cabinet x1/Hôpital en ambulatoire x3 | MSP ESS MG |
| F10 | 25 ans | Mariée. Pas d'enfants | Thèse en biologie | G1P0, 1 IVG med | Calcul cycle et préservatif | Cabinet | CPEF |
| F11 | 23 ans | Célibataire. Pas d'enfants | En recherche d'emploi, bac professionnel commerce | G3P0, 1 IVG chir, 2 IVG med | Préservatif, pilulex2 | CPEF x2/Hôpital en ambulatoire | CPEF |
| F12 | 28 ans | Célibataire. Pas d'enfants | Médecin généraliste | G1P0, 1 IVG med | Préservatif et retrait | Hôpital en ambulatoire | Libéral |

Les principales caractéristiques des patientes sont résumées dans le tableau n°1. L'âge des patientes était varié allant de 23 à 46 ans. Sur l'ensemble des patientes, 6 femmes ont subi plusieurs interruptions de grossesse et une femme une fausse couche spontanée précoce. Au moment des interruptions de grossesse, 11 femmes étaient en couple, une seule était célibataire. Toutes les femmes interrogées n'avaient pas d'enfants lors de leur (première) interruption de grossesse. L'entretien a eu lieu entre 5 et 10 ans après l'interruption de grossesse.

II. Découverte de la grossesse, décision de faire une IVG et facteurs influençant la décision

1. Découverte de la grossesse

a. Réaction à la découverte de la grossesse

Pour la plupart des femmes, les principaux indicateurs de la grossesse étaient un **retard de règles** : « *Ça a été radical, j'ai eu cinq jours de retard de règles, et je savais tout de suite* » (F10) ; et la survenue de **signes sympathiques** : « *Je voyais que mes seins ils gonflaient, que c'était sensible* » (F11) ; « *J'arrêtais pas de vomir, j'étais malade* » (F5).

Pour d'autres, c'est un **comportement inhabituel** qui les a mises sur la voie : « *J'avais envie de manger du chocolat* » (F1) ; « *J'avais des agissements bizarres, je dormais beaucoup et j'ai mangé quelque chose que j'avais pas l'habitude de manger* » (F9). Enfin, pour l'une d'elles, il s'agissait de son « *instinct* » (F2).

Les patientes présentaient des **réactions diverses** à l'annonce de la grossesse : de la « *peur* » (F1), « *j'étais au bout de ma vie* » (F1), « *un choc* » (F11) voire de la « *panique* » (F11). Pour deux femmes, la grossesse n'était **même pas envisagée** : « *Mais non, j'ai le stérilet... J'étais sûre de moi, c'était pas possible* » (F1) ; « *J'ai compris par hasard que j'étais enceinte car je prenais toujours la contraception* » (F3). Une autre décrivait même un **refus de croire à cette grossesse** non prévue malgré un test de grossesse positif : « *J'étais dans un déni total. Pour moi c'était pas possible, il y avait une erreur* » (F11).

Le sentiment de **culpabilité** vis-à-vis de l'oubli de la contraception était évoqué par une patiente : « *J'étais pas très bien à dire, bon bah voilà encore, j'ai encore été maladroite, enfin j'ai pas fait attention* » (F3). Le sentiment d'**injustice** suite à la découverte de cette nouvelle grossesse était également ressenti par l'une d'elles : « *Il y a des femmes qui galèrent à avoir des enfants, moi je demande rien et en fait j'ai vu ça comme une malédiction* » (F1).

La grossesse apparaissait comme quelque chose d'**inattendu** pour toutes les femmes : « *J'étais quand même assez choquée parce que je m'y attendais pas* » (F1) ; « *C'est arrivé alors qu'on s'en doutait vraiment pas* » (F4) ; « *Je savais même pas que j'étais enceinte* » (F6).

Souvent, les femmes rapportaient un **sentiment d'urgence ressenti** suite à la découverte et un besoin que les choses aillent vite : « *J'ai réagi tout de suite* » (F8) ; « *Il fallait que je fasse les choses vite* » (F1) ; « *J'ai pris cette décision très vite... Très vite* » (F5).

b. Contexte de la grossesse

Au moment de l'IVG, la majorité des patientes n'avaient **pas de contraception** ou utilisaient le préservatif : « *J'étais pas sous contraceptif, mais on pratiquait, on faisait très attention, on essayait de calculer les cycles* » (F4) ; « *On utilisait des préservatifs [...] j'avais pour habitude de compter mes jours* » (F10).

Cette absence de contraception s'expliquait soit par une **mauvaise tolérance** de la pilule : « *Ça me convenait pas, parce que j'avais pris du poids. Donc je l'ai arrêtée* » (F12) ; « *Ça m'a fait grossir jusque-là. Depuis, j'aime pas tout ce qui est pilule* » (F6) ; soit par une **méfiance** vis-à-vis de la contraception : « *La contraception souvent ça provoque des choses et ça provoque des changements aussi sur le corps* », « *J'ai pas confiance jusqu'à maintenant en, comment dire, aux moyens de contraception* » (F9).

Pour une femme, il s'agissait d'une **méconnaissance totale de la contraception** : « *Je ne connaissais pas la pilule* » (F11).

Une autre a évoqué la « **honte** » d'avoir recours à la contraception d'urgence : « *J'ai pas voulu. En fait qu'il aille à la pharmacie la chercher. Je lui ai dit que ça irait* » (F12).

Pour d'autres, la grossesse est intervenue à la suite d'un **problème** alors qu'une contraception était en place : **oubli** « *Il y a eu un oubli. Un jour seulement !* » (F7) ou **maladie intercurrente** : « *J'ai supposé, comme j'ai été malade...* » (F3).

2. Décision de faire une IVG

Concernant la décision, les femmes interrogées se scindaient en deux groupes distincts : celles pour qui la décision avait été certaine et rapide, les autres pour qui, au contraire, la décision avait été difficile ayant entraîné de nombreuses hésitations et interrogations.

Pour la majorité, le choix a été une **évidence** : « *Dans ma tête c'était clair en fait* » (F1) ; « *Moi j'étais déjà décidée. Parce que moi aussi je n'étais pas prête* » (F5) ; « *A aucun moment, garder la grossesse n'a été une option* » (F12).

Le **vécu psychique des premiers instants** de la grossesse non désirée était parfois **plus difficile que d'envisager l'avortement**, rendant ce choix indiscutable : « *Pourquoi je vais mettre au monde un enfant que je n'ai pas voulu ? [...] Donc oui, c'était plus facile d'interrompre la grossesse que de mener la grossesse à terme* » (F8).

Certaines évoquaient toutefois une **décision vécue comme imposée** : « *J'étais obligée d'interrompre [...] C'était malgré moi en fait* » (F6) ; « *Du coup, j'ai décidé ben d'avorter parce que bon il le fallait. [...] J'ai pas réfléchi, je l'ai fait... instinctivement, enfin je l'ai fait parce qu'il fallait le faire* » (F9).

Une d'elles évoquait cette évidence alors même que ses **représentations personnelles** étaient totalement différentes avant de tomber enceinte : « *Pour moi l'avortement c'était impensable, impossible* » (F1).

Au contraire, pour d'autres ce choix était plus ambivalent, occasion de **doutes et d'hésitations** : « *J'étais vraiment assez perdue* », « *J'avais plein de doutes dans ma tête* » (F3).

Plusieurs femmes ont évoqué une **décision complexe mais dans laquelle le conjoint était impliqué** : « *On en a beaucoup discuté avant* » (F7) ; « *On a réfléchi pendant une semaine avec mon compagnon et puis on a pris la décision de... d'interrompre, du coup* » (F4).

Pour la seule femme célibataire au moment de l'interruption de grossesse, cette décision était encore plus délicate, entraînant des questionnements supplémentaires, liés à un contexte de doute sur le géniteur.

Pour quelques-unes, les **hésitations** ont même duré **jusqu'au dernier moment** : « *Ça fait encore hésiter. Ça fait attendre... [...] C'est vrai que oui, ça fait se reposer quinze mille questions !* » (F7) ; ce qui confirme la **complexité** de cette prise de décision : « *En fait le plus dur c'est de prendre le choix* » (F4). L'une d'elles a même finalement décidé de garder sa quatrième grossesse : « *Après, ben il y a eu ma fille, j'ai failli le faire et je me suis rétractée à la dernière, mais vraiment à la dernière minute* » (F9).

3. Influence de l'environnement sur le choix

Pour la majorité des patientes, la **décision** s'est faite **seule**, quels que soient les avis de l'entourage : « *C'est une décision que j'ai prise seule, et aucune des personnes, enfin, personne*

*autour de moi n'est au courant de cette interruption », « Je pense que c'est une décision, parfois qu'on peut faire à deux... Et là j'ai choisi de la faire toute seule » (F3) ; « Il s'est sauvé quand je lui ai parlé de ça » (F8). Pour les autres, c'est le **conjoint** qui était impliqué dans la décision.*

La prise de décision, qu'elle soit simple ou plus compliquée, était étroitement liée au contexte. Différents facteurs pouvaient influencer et rendre cette décision plus facile. En effet, pour la majorité, les femmes jugeaient leur **situation personnelle inadaptée** à l'accueil d'un enfant.

Il pouvait s'agir d'un **manque de maturité** et un âge considéré comme trop jeune pour être mère : *« J'avais pas forcément la situation adéquate pour accueillir un enfant » (F5) ; à cause d'**études en cours** ou un **contexte professionnel compliqué** : « J'étais encore à l'école, j'avais même pas encore passé mon bac. Donc c'était pas possible pour moi » (F11) ; « On était dans une situation professionnelle très instable » (F4).*

Pour d'autres, il s'agissait plus de **conditions matérielles inadaptées** : *« Je dépendais de l'aide sociale à l'enfance [...] Si j'avais un enfant, ça voulait dire qu'ils allaient devoir me trouver une autre structure » (F5) ; « À l'époque, j'étais au foyer, j'avais pas de position, pas de travail, et tout... » (F6).*

Une des femmes évoquait la **pratique du sport de haut niveau** comme ayant en partie influencé son choix : *« Je faisais toujours du haut niveau et [...] j'ai décidé que je voulais pas garder cet enfant », « J'avais des ambitions sportives toujours, je voulais voyager, je voulais faire pas mal de choses... je changeais de travail » (F3).*

En outre, un **événement de vie traumatique** comme la survenue d'une fausse couche récente avait entraîné la réalisation de l'IVG plutôt que la poursuite de la grossesse pour ne pas revivre cet épisode : *« J'avais aussi la peur que ça fasse... ça fasse comme pour la première fausse couche en fait » (F3).*

Certaines patientes évoquaient aussi la nécessité d'avoir un **couple stable et une relation durable** pour pouvoir construire une famille : *« C'était pas quelque chose de stable, de sérieux » (F8) ; « D'abord parce que j'étais plus avec mon conjoint et ça c'était clair et que c'était terminé » (F3).*

La **relation avec le partenaire**, souvent informé en premier, jouait un rôle important dans la décision et le vécu : *« Le choix [...] a été simple parce que [...] on était d'accord avec mon compagnon, il n'y avait pas eu de conflits à ce sujet » (F4) ; « La décision, elle était conjointe avec lui » (F2) ; « Il était totalement d'accord avec ça » (F1).*

Pour une femme, l'IVG était un **moyen de fuir une relation** qu'elle ne souhaitait pas : « *Lui il voulait mais moi je voulais pas. C'est pour ça que j'ai pas... gardé.* », « *Je voulais pas rester avec lui donc je voulais rien avoir de lui.* » (F8). Deux femmes décrivaient des **violences conjugales** ayant pesé sur la décision de mettre un terme à la grossesse malgré un désaccord concernant ce choix.

L'**entourage** pouvait parfois être impliqué dans la décision, en rôle de **soutien** : « *Je voyais mes amies qui... Je les avais prévenues, du coup, elles m'ont beaucoup soutenu* » (F11).

Au contraire, ce dernier a parfois été complètement **écarté** pour ne pas influencer le choix : « *Ma mère, voilà, je l'ai mis de côté, je l'ai pas incluse dedans... donc ça a simplifié aussi les décisions nous concernant* », « *J'avais pas non plus envie de... que ça puisse interférer dans, dans mes décisions à ce moment-là* » (F4). Une femme a même éprouvé le **besoin de fuir** son entourage pour « *éviter toute complication possible* » : « *Au final, je suis partie en vacances en Nouvelle Calédonie, très loin du monde !* » (F3).

Enfin, le **contexte familial** était également avancé pour expliquer la décision : « *On venait juste de perdre ma grand-mère. Donc c'était une période compliquée. Mes parents étaient en train de divorcer aussi* », « *Fallait pas rajouter ça quoi* » (F10).

A l'inverse, la **religion** a pu être un frein et a rendu la décision plus délicate pour une femme mais finalement, l'IVG apparaissait comme la **seule solution possible** : « *Religieusement ça me... C'était vraiment la seule raison pour laquelle je ne voulais pas ne pas faire d'IVG* », « *Si je n'étais pas religieuse, je n'aurais pas fait d'IVG, j'aurais gardé l'enfant* » (F10).

III. Le vécu physique

Pour la majorité des femmes interrogées, le vécu physique était plutôt intense avec des saignements importants et les douleurs des contractions.

1. Les saignements

Pour la majorité des femmes interrogées, les saignements ont été importants voire **abondants** : « *J'ai énormément saigné* » (F11) ; « *C'était assez abondant* » (F4) ; pouvant même aller jusqu'à **ébranler psychologiquement** une des patientes : « *C'était assez choquant*

de voir tout ce sang et tout ça... », « Ça a été assez dur visuellement en fait. De voir » (F1). Une des femmes évoquait plusieurs heures avant l'arrivée des saignements.

L'abondance était globalement bien vécue du fait, notamment, de **l'information préalable par le médecin** : *« J'ai pas mal saigné ouais. Euh... ça m'a gênée, bah j'étais un peu préparée ! » (F4).* Les saignements ont également été décrits comme **prolongés** par certaines : *« Ça m'a fatiguée en plus, j'ai saigné pendant longtemps » (F1),* voire *« trois mois »* qui a eu pour conséquence un **stress** important pour une femme : *« J'ai eu des saignements pendant plusieurs mois », « Ça a duré très longtemps, j'ai même fini par m'inquiéter » (F10).*

Au contraire, pour les autres, **peu de saignements** étaient dépeints : *« Il y avait du sang, mais ça a pas duré longtemps » (F6) ; « Les saignements, ça a été, j'ai pas beaucoup saigné » (F12).* Une de ces femmes assimilait même les saignements de l'IVG à des **règles**, comme s'il n'y avait pas de différence dans le vécu : *« J'ai eu mal au ventre et tout, les règles elles sont venues » (F8).*

Pour les femmes qui ont subi plusieurs interruptions de grossesse, **le vécu des saignements a pu être différent en fonction des IVG** : *« C'était pas comme la première fois où j'étais juste allée aux toilettes », « Là, j'ai dû aller limite aller chercher à la main », « Ça a été dur, ça a été plus dur, parce ça avait du mal à s'évacuer et j'ai perdu énormément, énormément de sang » (F1).*

2. Les douleurs

Peu de femmes n'ont souffert d'**aucune douleur** : *« J'ai pas eu mal » (F7) ; « J'ai pas eu mal du tout » (F12).*

A l'inverse, la plupart d'entre elles ont éprouvé des douleurs d'**intensité différente** allant de *« un tout petit peu » (F6),* au *« truc qui [...] coinçait dans le ventre » (F8) ;* en passant par le *« très désagréable » (F3) ;* jusqu'à des douleurs insupportables et *« très très intenses » (F4) : « J'avais l'impression qu'on m'arrachait les entrailles, quoi » (F2).*

Quelques-unes ont comparé les douleurs avec celles de leur **accouchement**, celles de l'interruption étant à chaque fois plus intenses : *« J'ai un souvenir plus fort de douleurs pour ça que pour mon accouchement » (F4) ; « J'ai ressenti que pour mon avortement, la douleur était pire que pour mon accouchement » (F5).*

Pour celle ayant vécu une fausse-couche quelques mois avant l'IVG, la douleur était racontée comme plus importante, avec même une notion de **violence** : « *La douleur de l'interruption de grossesse elle est plus... ben elle est plus, elle est plus violente, hein que celle de la perte, celle de la fausse couche* » (F3).

Une femme pensait même **ne plus vouloir d'enfant** par la suite devant les douleurs : « *J'ai plusieurs fois cru que j'allais plus jamais vouloir d'enfant* » (F10).

Plusieurs patientes ont rapporté une **absence d'antalgiques** prescrits par le médecin ayant participé à la souffrance décrite : « *On ne m'a pas donné de médicaments. Du coup, j'ai souffert. Franchement, j'ai eu super mal* » (F11) ; « *Non, j'avais pas eu d'antidouleurs la première fois. Du tout, du tout* » (F5).

La **temporalité** des douleurs était importante dans le vécu durant de « *2 bonnes heures de grosses douleurs* » (F4) à « *une journée* » (F3). Pour la plupart, « *physiquement, ça va durer quelques heures et après on en parle plus* » (F2).

Pour les femmes ayant subi plusieurs IVG, le **ressenti était différent en fonction des interruptions**. Une des femmes racontait qu'elle n'a eu « *aucune douleur* » (F2) pour le troisième épisode contrairement au premier ; une autre parlait de sa troisième interruption de grossesse comme moins douloureuse grâce aux « *médicaments qui m'ont fait beaucoup effet* » (F11). A contrario, d'autres patientes évoquaient des épisodes toujours aussi douloureux : « *C'était aussi douloureux malheureusement* » (F5) ; « *C'était plus dur physiquement, j'ai eu mal, j'ai eu mal au ventre toute la journée* » (F1). L'**appréhension** de la douleur était également décrite et pouvait influencer le vécu : « *J'attendais quand même inconsciemment la douleur du premier* » (F2) ; « *La douleur... bah, c'est un moment qu'on a pas envie de revivre...* » (F5).

3. Autres symptômes physiques

Plusieurs femmes ont rapporté des **nausées** et des **vomissements** lors de la prise des médicaments : « *J'avais re-vomis les médicaments [...] on m'avait donné un suppositoire à mettre pour éviter les vomissements, donc c'était pas terrible, ça m'a plus marqué, je crois que le reste* » (F1). Une femme évoquait la **disparition des signes sympathiques** avec la prise des médicaments : « *J'avais plus de douleurs au sein, plus rien* » (F2). Une autre racontait la **disparition des sensations** de début de grossesse avec l'IVG : « *J'étais quand même à 8*

semaines... 8-9 semaines... donc on ressent quand même quelques petites choses à 9 semaines » (F9). Enfin, une troisième faisait part de l'inconfort lié à l'impossibilité de se baigner au décours immédiat de l'IVG : « J'ai pas pu me baigner le temps que... je crois que ça dure un mois, enfin un peu moins même, deux semaines... » (F12).

Une seule femme a dû aller à l'hôpital pour des **complications** : « *Péripéties sur la dernière interruption de grossesse* » (F2), une rétention, qualifiée de « *cauchemar !* » (F2), avec des saignements qui se sont déclenchés sur la table du bloc opératoire.

IV. Le vécu psychique et les facteurs influençant le vécu

Le vécu de l'IVG était singulier d'une femme à l'autre, la plupart ayant plutôt bien vécu leur interruption de grossesse sur le plan psychique.

1. Les acteurs de l'IVG

a. L'entourage

La place du **conjoint** ne faisait pas consensus parmi les femmes questionnées. Il était tout de même souvent le premier informé : « *Je l'ai tout de suite informé* » (F10).

Pour certaines femmes, il faisait **partie intégrante de la décision** et a donc été présent tout au long de l'interruption de grossesse allant même parfois jusqu'à s'occuper de prendre tous les rendez-vous : « *Il a vraiment été ultra présent* » (F7) ; « *C'est lui qui a appelé mon médecin généraliste. Qui a appelé le planning familial. Enfin, il m'a tout fait, en fait. Il a pris tous mes rendez-vous* » (F12). Il s'agissait donc pour ces femmes d'une « **démarche de couple** », au cours de laquelle le partenaire avait une place prépondérante. Sa place était donc essentielle, parfois même physiquement : « *Au moment de l'expulsion, il me tenait les jambes* » (F2).

Pour d'autres, la **présence du conjoint n'était pas souhaitée** : « *J'ai tout fait, j'ai tout fait toute seule, parce que moi je voulais le faire toute seule* » (F10) ; « *La personne savait, elle s'est proposée d'être là mais c'est pas ce que je voulais donc elle n'a pas été présente* » (F9).

Cette décision était justifiée par l'impossibilité de montrer sa **fragilité** à son conjoint : « *En plus, de devoir être forte devant lui c'était pas possible* » (F10) ; ou par la nécessité d'**intimité** désirée par la patiente : « *C'est parce que c'est très très très perso* » (F3).

Enfin, pour une patiente, ce choix a été **imposé par la « fuite »** de ses partenaires : « *La deuxième fois aussi, le compagnon de l'époque... a pris panique [...] il est aussi parti* » (F5).

Les **amies** semblaient avoir une place importante dans le vécu psychique : « *J'ai eu des amies à moi, euh, qui m'ont soutenue dans ce moment-là* » (F2).

Leurs rôles étaient celui de **confidente** : « *La seule personne qui le sait, c'est la copine qui était avec moi quand j'ai su. Et c'est la seule qui le sait, dans mon entourage* » (F10) ; de **conseillère** qui rassure par ses explications : « *Mon amie m'a expliqué comment ça se passe* » (F6) ; ou encore d'**accompagnatrice** : « *J'ai appelé une amie à moi qui était au travail [...] du coup, elle a pu m'accompagner à la PMI* » (F11) ; *On était vraiment copines voilà. Donc elle m'a dit « Oui, je me porte volontaire. Je vais être là »* (F8). Le rôle de **soutien** semblait presque **inconditionnel** : « *Moi, mes psychologues, c'était plus mes copines !* » (F8).

Enfin, concernant les autres membres de l'entourage, plusieurs femmes ont informé leurs **parents**. La mère, contrairement à ce qui aurait pu être attendu, n'était pas toujours une personne « ressource ».

Pour certaines patientes, la **mère** représentait un **soutien important** : « *Ça s'est bien passé parce que j'ai eu le soutien de ma maman* » (F5) ; plus que le père pour certaines : « *Ma mère elle est beaucoup plus compréhensive* », « *C'est une femme aussi, donc elle sait que voilà... les hommes ils sont un peu à l'ouest avec tout ça* » (F1). Pour une patiente, l'**expérience similaire de la mère** a permis le dialogue. Lorsque l'avis pouvait diverger concernant la décision d'avortement, le **père** prenait parfois le relais : « *Ma mère, elle est contre l'avortement de base* », « *Lui il préférerait que je sois avec quelqu'un de stable et pas que je me retrouve à galérer seule avec un enfant si petit* » (F9).

A l'inverse, il était parfois nécessaire pour les femmes de le **caché à leur famille** : « *Je l'ai caché à ma mère pendant... en fait, jusqu'à ce que je prenne les comprimés* » (F10) ; souvent pour ne **pas les inquiéter** : « *J'ai pas voulu le dire à mes parents pour pas les inquiéter cette fois. [...] Si j'avais dit à mes parents qu'en plus j'étais enceinte, c'était pff... ils seraient tombés dans les pommes !!* » (F1).

L'entourage a parfois pu être à l'origine de **jugements** suite à l'annonce de la grossesse non désirée, entraînant un vécu plus difficile de l'attente : « *Je l'ai un peu moins bien vécu parce que mon père m'a dit « C'est pas possible, au bout d'un moment, fais attention... ». Il comprenait pas* » (F1).

b. Les professionnels de santé

L'attitude des professionnels de santé qui accompagnaient les femmes jouait un rôle très important dans le vécu psychique de l'IVG.

Pour certaines, ce dernier a été « *top* » (F1) ou « *à l'écoute* » (F4) : « *Il m'a accueillie avec beaucoup d'humanité et de... très simplement* » (F4). Pour d'autres au contraire, la relation a été plus compliquée : « *Le monsieur, bon, il m'a passé le savon, comme prévu et tout* » (F8). Une des patientes a même carrément arrêté de voir sa gynéco à cause de son attitude : « *Moi la gynéco que je voyais elle est très brutale* » (F1).

Le médecin généraliste pouvait avoir une place particulière de **confident** pour les femmes interrogées. Pour une des patientes, son médecin traitant était le seul à savoir en dehors de l'investigateur de l'étude : « *Vous êtes la seule à savoir (en souriant) ! Avec le Dr *** !* » (F3).

Un des principaux rôles du médecin était de **conseiller** et de dispenser les **informations** nécessaires au bon déroulement de l'IVG : « *Elle savait de quoi elle parlait et de quoi il en retournait, donc elle a été très claire !* » (F4).

Parfois, ce **rôle attendu d'expert n'était pas au rendez-vous** : **manque d'informations** ressenti par les femmes : « *On m'a pas vraiment informée* » (F5) ; ou alors mauvaise orientation initiale avec un **médecin qui ne pratique les IVG** : « *Le médecin, enfin le gynécologue qui me l'a faite, lui, il ne pratiquait pas les IVG* » (F10).

Parfois, le médecin consulté donnait délibérément des **fausses informations** dans le but de **faire « peur »** pour que la femme fasse attention à ne pas retomber enceinte : « *Le monsieur, il m'a dit que j'allais plus avoir d'enfants* » (F8).

Une autre priorité était la **disponibilité** du professionnel pendant l'IVG : « *Vous pratiquez une IVG, vous devriez être un peu accessible au téléphone. Pour savoir s'il n'y a pas quelque chose qui s'aggrave* » (F10) ; ce qui n'était **pas toujours le cas** : « *C'était assez déroutant de savoir que si j'avais un problème, je ne pouvais même pas appeler le gynécologue en question parce qu'il n'était pas joignable tout le temps. [...] Enfin, pas tout le temps, mais difficilement joignable, même à ses horaires de travail* » (F10).

2. Avant la prise des médicaments

Pour la plupart des femmes, la période précédant l'interruption de grossesse était un moment de **stress** et d'**appréhension** : « *La deuxième fois que j'ai pris la décision [...] c'est vrai que j'appréhendais beaucoup, j'appréhendais beaucoup* » (F5).

a. Les premières démarches

Une fois la décision prise, les femmes ont entamé les premières démarches : certaines se sont tournées vers leur médecin traitant, d'autres vers la PMI. Plusieurs femmes ne se sont justement pas tournées vers leur médecin traitant pour des raisons d'**intimité** et de **pudeur** : « *C'était hors de question dans mon esprit que j'aie m'adresser à lui pour cette question qui me semblait importante et intime* » (F4) ; ou d'**anonymat** : « *Mon médecin généraliste de l'époque, il connaissait ma grand-mère, ma mère, mes sœurs, mon père... [...] Donc voilà, je suis allée voir un médecin que je ne connaissais pas du tout* » (F10).

Très peu ont trouvé les démarches **compliquées** avec des difficultés à trouver les lieux ressources : « *Je trouve ça fou, c'est que je savais même pas qui contacter* » (F4), « *Pour trouver le centre de planification, ben ça a été compliqué aussi. [...] C'était du bouche-à-oreille, on a tourné, tourné, pour savoir qu'il y avait un centre de planification là-bas qui pratiquait les IVG* » (F8) ; ou alors un **délai trop long** avant le rendez-vous proposé : « *Je tape PMI ou chose comme ça, il y a trois mois d'attente* » (F4).

b. Les consultations médicales

Pour la plupart des femmes, ces consultations se sont bien déroulées, avec une **prise en charge rapide et un déroulement de l'IVG bien expliqué** : « *Ils m'ont expliqué que ce sera par voie médicamenteuse. Ils m'ont expliqué les démarches* » (F11). Les **explications** concernant la prise des médicaments étaient jugées relativement **claires** par les femmes : « *Les médicaments, je les ai pas achetés. C'est elles qui me les ont donnés [...] elles m'ont dit comment il fallait que je les prenne* » (F8). L'**importance de ne pas être seule** pendant la procédure avait bien été expliquée aux femmes « *en cas de problème, de complications* » (F8) : « *On m'avait dit de ne pas rester toute seule* » (F1).

Entre les deux consultations, juste avant la prise des médicaments, l'**attente était parfois vécue difficilement**. Cette période était source de **tristesse** ou de **peur** : « *Et j'étais dans mon lit, je pleurais, je pleurais, ça n'allait pas trop [...] après, une fois que ça a été fini...*

enfin, une fois que j'ai arrêté de pleurer, je me souviens que j'avais eu très peur, de comment ça allait se passer » (F12).

Concernant le **délai de réflexion**, qui a été supprimé depuis que les femmes interrogées dans cette étude ont subi ces interruptions de grossesses, très peu l'ont évoqué dans leur vécu. Une des femmes comprenait l'existence de ce délai de réflexion mais le regrettait car il était propice à de nombreuses hésitations alors qu'elle estimait avoir déjà pris le temps de réfléchir auparavant : *« Je comprends que... qu'on joue pas comme ça avec... avec ça. Donc je comprends qu'il y ait un délai », « Parce que ce délai-là, finalement, on le prend avant de prendre rendez-vous. Enfin, pour notre part, en tout cas, on l'a pris » (F7).*

Une fois la décision prise, une de ces femmes évoquait la nécessité de **« le faire assez rapidement »**, par **« peur de changer d'avis »** si elle attendait trop longtemps : *« Si j'avais voulu décaler d'une semaine... je pense que j'aurais... je pense que j'aurais... changé d'avis » (F3).*

c. Vécu de l'échographie

Le moment de **l'échographie a été difficile** pour certaines. La principale raison évoquée était l'attitude du médecin échographiste, manquant d'empathie et essayant d'imposer ses idées : *« C'était assez perturbant, parce que quand il me l'a fait, déjà, c'était très froid. [...] Il était pas du tout à l'aise avec ça, et je l'ai clairement bien bien ressenti » (F10) ; « C'est qu'au moment des échographies, quand on leur dit qu'on veut faire une IVG, ils mettent le cœur du bébé... » (F9).* Pour une des femmes, cette action du médecin l'a finalement fait changer d'avis sur l'issue de sa grossesse : *« Là, il y a le médecin qui a mis très fort l'échographie et j'entendais très fort le cœur de ma fille », « ... ça a fait, ça m'a fait quelque chose et je me suis dit... j'ai passé mon temps à réfléchir, jusqu'au dernier jour » (F9).*

La **vision des images** de la grossesse débutante a aussi influencé le vécu d'une des femmes entraînant un certain **ressassement** : *« En fait, quand j'ai vu l'échographie, j'ai vu qu'on voyait en fait », « Je me suis beaucoup mis ça en tête » (F11).*

3. Pendant l'IVG

La majorité des patientes ont vécu au moins une interruption de grossesse médicalement au domicile. Seulement quelques-unes sont allées à l'hôpital en ambulatoire pour une IVG.

Pour certaines, le fait d'être en ville était considéré comme « *très pratique !* » (F3) ; d'autres ont trouvé cela plus rassurant d'être hospitalisées pour ça : « *S'il y avait des complications ou s'il se passe quelque chose, on est là tout de suite, on peut réagir* » (F5).

Pour les femmes qui ont vécu cette interruption de grossesse au domicile, malgré les informations données sur la nécessité d'être accompagnée, certaines ont **préféré être seules** : « *Comme c'est personnel... on n'a besoin de personne pour prendre ses cachets...* » (F3). A l'inverse, l'une d'elles s'est retrouvée **seule et isolée**, sans l'avoir vraiment choisi ce qui a pu faire naître un sentiment d'**abandon** et un **vécu plus douloureux** : « *J'ai pleuré, parce que je me sentais seule, un petit peu abandonnée* », « *Le fait d'être seule... le fait d'être seule, psychologiquement, c'était pas rassurant* » (F5).

Pour plusieurs femmes, le vécu psychique de l'IVG a été **délicat**. Cet acte a été propice au **stress** et à l'**angoisse** : « *J'étais vraiment très stressée, très inquiète* » (F5). L'IVG était parfois assimilée à de la **violence** : « *C'était assez violent à ce moment-là* » (F3) ; « *Malgré tout, il y a un côté... un côté violent dans ce truc-là* » (F4).

Une des femmes exprimait que le vécu psychologique n'avait pas été facile mais qu'au final **la douleur avait pris le pas sur le psychique** : « *Mais la douleur faisait que de toute façon, j'arrivais même pas à me concentrer sur rien [...] psychologiquement, ouais, j'ai pas trop réfléchi sur le moment, parce que, je vous dis, la douleur c'était un peu intense* » (F4). Pour cette patiente, la **décision avait finalement été plus compliquée à prendre que l'interruption en elle-même** : « *Une fois qu'il a été fait et qu'on est dans le « faire » plutôt que dans la réflexion, du coup... [...] Sur le moment, c'était pas, c'était pas une fête hein, mais j'ai plus en mémoire la difficulté de prendre la décision en amont, que le jour J, je pense* » (F4).

L'**avancement de la grossesse** entraînait également une influence sur le vécu. En effet, plus la grossesse était avancée, plus le vécu était douloureux ce qui expliquait parfois l'**empressement à décider** pour pouvoir faire les choses au plus tôt : « *J'avais un petit peu dépassé, enfin, c'était vraiment tout juste, tout juste. Ce qui explique que c'était plus dur, ouais, au moment de l'évacuation* » (F1).

Les **complications** pendant l'IVG ont aggravé le vécu pour une des femmes. Effectivement, une des femmes a eu une rétention à la suite de la prise des médicaments et a même été envoyée à l'hôpital pour subir une aspiration. La période de latence entre cette prise en charge a été un moment dur : « *J'ai un corps étranger en moi qui peut être est pas parti [...] rien que le fait de savoir ça... là d'ordre psychologique, ça a été très dur* » (F2).

La **présence de l'entourage**, que ce soit le conjoint, la famille ou les amies, rendait les choses **moins désagréables** pour les femmes : « *J'étais à domicile et mon compagnon était là. [...] En tout cas j'étais pas isolée, dans des circonstances hyper dramatiques* » (F4).

La compagnie des proches était un soutien et permettait de **rassurer** les patientes : « *J'ai eu le soutien de ma belle-sœur, de mon grand frère, de ma copine. [...] Du coup, ça m'a énormément rassurée* » (F11) ; « *Donc je me sentais en sécurité, et épaulée. [...] Parce que justement j'avais un soutien familial* » (F5).

Parfois, le **soutien** des amies ou des proches n'était **pas suffisant par manque d'expérience** de leur part : « *J'en avais parlé à des amies. Mais on... Enfin, elles n'avaient jamais vécu ça* » (F5) ; ce qui **renforçait le mauvais vécu** et l'**épreuve** que représentait l'IVG : « *Mais l'avortement, cette épreuve... le fait de la vivre seule, ben, ça passe pas...* » (F5).

Au contraire, le fait d'avoir vécu **plusieurs IVG** permettait d'améliorer le vécu via l'augmentation des connaissances : « *J'étais informée du fait que j'avais déjà vécu...* » (F5).

4. Après l'IVG : au décours immédiat

a. Consultation de contrôle

Au décours immédiat de l'IVG, la plupart des femmes ont eu une **consultation de contrôle** pour vérifier le succès de la méthode : « *Ensuite, je suis retournée chez ce médecin, ce gynéco qui m'avait prescrit les médicaments, pour voir si c'était fait en fait* » (F10). La plupart des femmes étaient **sereines** : « *Mais j'avais pas trop de doute en fait. [...] En fait, je savais que c'était fini.* » (F12).

Au contraire, pour d'autres femmes, il n'y a **pas eu de suivi médical** par la suite, par choix : « *J'ai même pas fait de contrôle* » (F1) ; ou non : « *Il n'y a pas eu du tout de suivi médical* » (F5).

b. Facteurs influençant le vécu

Plusieurs facteurs ont pu influencer le vécu en post-interruption immédiate.

Le **contexte de réalisation de l'IVG** pesait sur le psychisme d'une des femmes empêchant de tourner la page rapidement avec « *deux bons mois vraiment rudes* » : « *Du coup, ça a été un peu long, ça a été un peu long à digérer quand même... parce que voilà, ça a enchainé... c'est un peu le cumul aussi qui a fait, qui a fait la chose* » (F4).

Pour une des femmes, l'IVG a entraîné une **augmentation des violences conjugales amplifiant la pénibilité** du vécu : « *D'ailleurs il est devenu encore plus violent après l'avortement* » (F9).

Concernant le **suivi psychologique** tout de suite après l'interruption de grossesse, peu de femmes en ont eu un, parfois parce qu'elles le souhaitaient, le plus souvent parce que « *c'était obligatoire* » (F2) : « *J'ai eu un rendez-vous avec une psychologue. Et mon copain. C'était prévu* » (F12) ; « *Je voyais la psychologue de la PMI et une psychologue hors PMI* » (F11). Les autres femmes, à l'inverse, n'ont **pas jugé nécessaire d'avoir un suivi**, en tout cas juste après l'IVG : « *J'ai pas eu besoin d'en parler ou autre. Sur le coup* » (F7).

Pour certaines, le choix était « *assumé* » (F3) et donc ce n'était « *pas utile d'en parler* » (F3). Pour d'autres, il n'était **pas nécessaire de rajouter un intermédiaire sur le moment** laissant le compagnon jouer ce rôle de psy : « *Je pense que, ouais, j'étais pas prête. J'avais pas envie de rajouter un truc compliqué* », « *Comme on discutait beaucoup entre nous... Voilà, on a quand même pu extérioriser pas mal de trucs et tout* » (F4).

Enfin, une patiente évoquait le **manque de maturité** à ce moment-là dans le choix de ne pas consulter : « *En fait, à cet âge-là, on ne se dit pas que c'est nécessaire parfois d'aller chez un psychologue, ou quoi* » (F10).

Pour certains couples ou certaines femmes, il était important de respecter leur **intimité** et de ne pas en parler à leurs proches : « *C'est plus intime, donc on n'en a pas parlé... Ni lui, ni moi* » (F7). Pour celles qui en ont parlé, l'**absence de jugement** de l'entourage sur la décision améliorait le vécu global de l'IVG : « *Il n'y a pas eu de jugement dans mon entourage* » (F2) ; « *Il y en avait qui ont compris pourquoi on le gardait pas* » (F7).

Au contraire, l'**entourage l'apprenait parfois à posteriori** ce qui avait des **conséquences négatives** sur le vécu : « *Après plusieurs sous-entendus, elle a fini par comprendre et du coup, là, à partir de là, vraiment, j'étais dévastée* » (F10). Cela a pu déclencher des **conflits** avec l'entourage : « *Il y en a une autre qui m'a un peu fait la tête* » (F7) ; « *Parce qu'après, ma mère elle l'a su... Et du coup, ça s'est très mal passé* » (F11) ;

entraînant un vécu encore plus délicat et une **difficulté à aller de l'avant** : « *Moi ça m'a encore plus mis en dépression [...] j'ai eu du mal à tourner la page* » (F11).

L'**environnement culturel** était tout aussi important dans le vécu, avec une obligation, pour certaines femmes, de cacher l'acte à leur famille pour éviter un dénigrement qui pourrait aggraver la situation : « *On peut pas parler de ça aux parents ! Chez nous, c'est très mal vu !* », « *Donc ça sert à quoi d'aller voir quelqu'un et lui expliquer quelque chose pour laquelle il va te blâmer encore plus ?* » (F8).

Le fait d'avoir fait **plusieurs IVG** pouvait également influencer le vécu : « *Je m'en suis voulu, mais pas autant que la première fois* » (F11) ; avec même une **sensation d'« habitude »** qui pouvait être ressentie : « *Même si de toute façon, toutes les fois, je l'ai mal vécu [...] C'est vrai qu'à force, on... comment dire, je dirais pas qu'on s'habitue mais on sait un peu à quoi s'attendre* » (F9).

Quelques patientes faisaient le **lien entre les symptômes ressentis sur le plan physique et leur vécu sur le plan psychique**. Pour l'une d'elles, il y avait la sensation d'aller mieux psychologiquement rapidement et puis finalement, le corps avait décidé que c'était trop tôt : « *Dans ma tête j'avais l'impression que mon corps allait mieux et je me suis blessée* » (F3).

Pour une autre, la rétention sur sa dernière IVG était très liée à son ressenti psychique : « *Je pense qu'inconsciemment je voulais pas forcément l'évacuer cet enfant* » (F2).

c. Résurgence de sentiments multiples

La période post-IVG était la période la plus propice aux réflexions et aux pensées.

La **culpabilité** était le sentiment le plus partagé par les femmes, neuf d'entre elles se sentaient concernées : « *Pour vous dire, tellement que je m'en voulais en fait* » (F11). Cette culpabilité entraînait un besoin de **garder l'épisode pour soi** : « *C'est pas beau, c'est pas bien, c'est pas... enfin, je suis pas fière de moi, quoi. [...] J'étais pas fière et c'était pas un acte sur lequel j'allais le crier sur tous les toits* » (F2).

Une femme a elle évoqué des **remords** après réflexion : « *Des fois, ben, c'est après coup, qu'on réfléchit à tout. [...] Et j'avais des remords* » (F5). Pour cette femme, cette culpabilité était liée au fait d'avoir « *mis fin à une vie* » : « *Il y a de la vie en moi. Je l'ai arrêtée* » (F5).

Ces remords pouvaient ensuite mener à de nombreuses interrogations et parfois des **regrets** : « *Est-ce que je l'ai arrêtée pour les bonnes raisons ? Est-ce que la douleur et la contrainte en valaient le coup ? Est-ce que j'ai des regrets ?* » (F5).

Parfois la culpabilité se mêlait à la **honte** d'avoir fait cet acte : « *Je ne sais pas si c'est la... est-ce que c'est de la honte ou de la culpabilité ?* » (F3) ; « *Pas la peur, mais... peut être aussi un peu la honte* » (F2).

Le fait d'y repenser faisait ressurgir des émotions, comme de la **tristesse** : « *Y'avait des petites insomnies, je pleurais, des fois j'y pensais et je pleurais* » (F9).

Une seule femme a parlé de **séquelles** après l'IVG, plus en rapport finalement avec les douleurs ressenties : « *Je garde quand même des séquelles... de ce traumatisme... de douleurs qui restent quand même en moi* » (F2).

A l'inverse, une patiente mentionnait avoir **assumé** cette expérience et éprouvait même de la **fierté** d'avoir réalisé cet acte : « *C'était quelque chose que j'avais assumé* », « *Les mois d'après en fait, j'étais... j'étais même plutôt fière de moi* » (F3). Une autre évoquait une **absence de regrets** et un **vécu plutôt serein** assez rapidement après l'IVG : « *Et après, quand ça a été fini, j'ai plus jamais... j'ai jamais regretté* » (F12).

Globalement, aucune des femmes **ne minimisait pas** l'acte de l'interruption de grossesse. Pour plusieurs d'entre elles, c'était même une **expérience très sérieuse et certainement pas insignifiante** : « *C'est quand même pas, c'est quand même pas quelque chose d'anodin* » (F2). Pour plusieurs femmes, l'important était de **ne surtout pas recommencer** : « *Moi après la première fois j'avais dit : Plus jamais de ma vie j'avorte, si c'est ça l'avortement...* » (F5) ; « *On voulait pas réitérer l'expérience quarante fois non plus !* » (F4) ; car l'expérience avait été **trop douloureuse à vivre** : « *Je n'étais plus prête à revivre un avortement...* » (F5).

V. Conséquences effectives à moyen et long terme

1. Sexualité post-IVG

Pour la majorité des femmes, la reprise de la sexualité a été plutôt **facile et simple**. Leur activité sexuelle n'a pas été perturbée. Il n'y a pas eu de douleurs : « *C'était naturel, il n'y a pas eu... même de douleurs ou de choses comme ça* » (F5). Celles-ci n'ont pas éprouvé

d'appréhension et la plupart n'a **pas remarqué de différences avec leur sexualité pré-IVG** : « *Pas de changements, comparé à ce que c'était quoi en tout cas* » (F7) ; « *Mais oui, c'était... redevenu comme avant* » (F10).

La **reprise de leur sexualité** a été variable en fonction des femmes allant de l'arrêt des saignements : « *Ça a dû être quand les saignements se sont arrêtés je pense* » (F12) ; à « *un mois* » (F7), jusqu'à « *6 mois* » (F3) ou « *8 mois* » (F5). Celles pour qui la reprise a été différée, cela était dû à une **séparation** au moment de l'IVG ou à une **absence de partenaire** au décours immédiat : « *Pas parce que j'avais pas envie, pas par dégoût, c'est juste que l'opportunité c'est... je pense que l'opportunité s'est pas présentée* » (F3).

Pour quelques-unes, la reprise des rapports sexuels a été plus **compliquée**. Pour l'une d'elles, la situation a été rencontrée à la suite de la troisième IVG : « *Là par rapport aux rapports, j'ai eu du mal à reprendre* » (F1). Cette barrière était liée à la **peur de retomber enceinte** : « *Tu me touches, je vais tomber enceinte* » (F1). Cette hantise pouvait même devenir presque **irrationnelle** : « *S'il pouvait mettre trois préservatifs, je lui ferais mettre trois préservatifs !* » (F1). Pour une autre, les premiers rapports sexuels en post-IVG ont été **extrêmement rapides**, dans un contexte de **violence conjugale** ayant entraîné des **douleurs** : « *Comme j'étais avec un conjoint assez spécial... Pour tout vous dire, il a même pas attendu que ça fasse 24 heures* » (F9).

Que cette activité sexuelle ait été facile ou difficile, plusieurs femmes ont surligné cette **crainte de retomber enceinte** : « *Il y avait de l'appréhension quand même. Même si j'avais la pilule, j'avais peur de retomber enceinte au début* » (F11) ; « *Et j'ai cette crainte à chaque fois d'être enceinte* » (F9).

2. Conséquences sur le désir d'enfant

Pour la plupart des femmes interrogées, ces IVG n'ont **pas eu d'impact sur les futurs projets de maternité** : « *Non, il n'y a pas eu de conséquences sur mon désir d'enfant par la suite* » (F1) ; « *C'est pas ça qui a influencé mon avis sur avoir des enfants ou pas* » (F10).

La plupart avaient des **envies de grossesses dans un futur plus ou moins lointain**, et la survenue de la grossesse non désirée n'a pas changé leur avis, ce qui pouvait paraître un peu paradoxal : « *Oui, j'ai toujours envie d'avoir des enfants. Non, ça n'a pas changé sur ça. Enfin, je souhaiterai avoir des enfants plus tard* » (F11).

Cependant, la survenue de cette grossesse non souhaitée à ce moment-là a mis en évidence le **désir de planifier** les prochaines, notamment grâce à la **contraception** : « *Le fait de pouvoir faire des enfants quand dans sa tête on se sent prête... c'est, c'est... c'est important. [...] Parce que c'est pas parce qu'on avorte un jour qu'on veut pas d'enfants. [...] Donc ça m'a pas enlevé l'envie. Au contraire, j'avais toujours l'envie mais cette fois-ci de faire les choses en faisant plus attention, vraiment, au moyen de contraception* » (F5).

A l'opposé, pour les autres femmes, les IVG vécues avaient entraîné des **répercussions sur leur désir d'enfants** par la suite : « *Je pense qu'il y a eu des conséquences sur mon désir d'enfant. Fortement même* » (F2). Pour certaines, cette grossesse interrompue leur « *avait donné envie* » (F6) d'avoir des enfants, voire un désir intense : « *A part l'envie encore plus d'en avoir* » (F3).

Toutefois, les **conditions de cette maternité** étaient mises en avant avec le besoin de **fonder une famille** : « *Je m'étais décidée... de le faire avec quelqu'un avec qui je vais vivre avec* » (F6) ; « *Après cette interruption, je me suis dit : Bon bah voilà, il faut que je me fixe, pour trouver quelqu'un. Vraiment pour fonder... une famille* » (F3).

Pour une des femmes, la maternité s'est imposée comme une **évidence** lorsqu'elle est retombée enceinte par la suite. Pour une autre, cette grossesse inattendue a **révélé un désir de procréation qui relevait de l'abstrait auparavant** : « *Moi j'avais pas une envie de maternité tout de suite, enfin pas forcément. Et du coup, mon rapport à ce truc-là, il était complètement abstrait en fait. [...] J'avais pas complètement conscience d'être apte à la maternité avant de tomber enceinte ! [...] Et ça c'était une belle surprise finalement* » (F4).

Une des femmes a été influencée par le **nombre d'IVG** qu'elle a vécu : « *C'est parce qu'il y avait déjà eu des interruptions de grossesses avant que ça m'a fait aussi hésiter* » (F9) ; ainsi que par la **posture du professionnel** qui lui avait fait écouter le cœur de l'embryon lors de l'échographie : « *Ça fait quelque chose d'entendre le cœur... ça perturbe vraiment. [...] Pour ma fille c'est vrai que j'en ai pris conscience parce que j'ai entendu son cœur à plusieurs reprises* » (F9). Suite à cette grossesse, ses envies de maternité ont fortement diminué ce qui explique possiblement l'IVG suivant vécu par cette patiente : « *J'ai ma fille, déjà et vu comment elle est je pense pas... [...] Pour le moment je veux pas d'autres enfants !* » (F9).

Pour une des femmes, ses **désirs ont évolué au fur et à mesure des années** : initialement, l'avortement a entraîné un rejet de l'interruption de grossesse : « *A un moment, je*

me suis dit que si je retombais enceinte, je ne voulais pas revivre ça » (F12) ; puis finalement une absence de désir de grossesse : « Enfin, je me disais ça à l'époque. Et là, aujourd'hui, je sais pas du coup. [...] Là, aujourd'hui, j'en veux pas » (F12).

Enfin, on pouvait noter que plusieurs patientes s'étaient **inquiétées de savoir si elles pourraient avoir un enfant après cette grossesse** : « *J'ai posé la question si ça avait des conséquences, si ça avait eu des conséquences pour avoir des... si plus tard, j'aurais, je pourrais avoir d'autres enfants » (F3) ; « ... Je me suis dit, je me suis demandé si ça avait eu des conséquences sur ma... sur ma fertilité » (F12).* Pour l'une d'elles, cela allait même plus loin avec des **a priori qui persistaient sur la notion de stérilité après une IVG** : « *Il a y beaucoup de gens qui sont stériles après le premier avortement » (F5).* En effet, pour elle cet acte était considéré comme « *pas naturel* » et donc pouvait « *casse[r] quelque chose dans l'organisme* » (F5).

3. La relation dans le couple

La **relation avec le partenaire ou le conjoint** était influencée par l'avortement de deux manières différentes : soit une **amélioration**, soit au contraire une **dégradation**.

Certaines femmes ont trouvé du **soutien de la part de leur partenaire** pour vivre cette épreuve, ce qui a « *renforcé* » (F4,10) leur couple : « *On s'était rendu compte que ben on pouvait se soutenir mutuellement* », « *En tout cas, ça nous a prouvé que même les mauvais moments étaient... étaient partageables quoi !* » (F4). Parmi elles, quelques-unes ont exprimé le fait que cette expérience a « *soudé* » (F7,12) leur relation en augmentant la « *confiance* » (F12) entre eux, allant même jusqu'à de la **reconnaissance** pour une des femmes : « *Je trouve que j'ai été reconnaissante quand même. D'avoir fait tout ça pour moi* » (F12).

Dans le cas où certaines femmes se sont séparées de leur partenaire par la suite, l'IVG était décrite comme n'étant **pas responsable de la rupture** : « *On s'est séparés deux ans... trois ans après. Et c'était pas du tout pour ça. L'IVG n'a pas influencé notre séparation* » (F12).

Pour les autres, l'interruption volontaire de grossesse a entraîné la **séparation d'avec le partenaire à plus ou moins long terme**. Pour certaines, la relation s'est terminée avec l'annonce de la grossesse : « *Ça s'est arrêté quand j'ai annoncé la grossesse* » (F5) ; ou au décours immédiat de l'IVG : « *Le fait d'être tombée enceinte et d'avoir fait l'interruption de*

grossesse, ça a précipité le fait de ne plus vouloir de relation » (F8). Pour les autres, la relation s'est arrêtée quelques semaines ou mois après : « Et quelques mois plus tard, c'est une relation qui s'est terminée. Donc ça a joué quand même » (F2).

Le fait d'avoir **vécu cette IVG seule** a pu accélérer la désunion du couple : « *C'est vrai que d'avoir vécu ça toute seule et pas bien, ben j'avais pas envie de lui reparler, ça c'est sûr et certain !* » (F5).

Parfois, ce sont les **reproches** qui ont été à l'origine de la séparation : « *C'est là que ça a tout éclaté, et tout. Et qu'on s'est séparés. [...] Il y a eu des reproches. Il m'a clairement dit que j'avais tué un enfant. Que je devrais voir honte* » (F11).

Pour une autre, l'émergence de **violences conjugales** avait entraîné la dégradation de la relation et donc la rupture : « *Elle s'est vraiment dégradée... dégradée. [...] C'est ce qui a déclenché les violences l'avortement* » (F9).

4. Changements physiques

La majorité des femmes n'a **pas relevé de changements physiques** suite à l'interruption de grossesse. Elles rapportaient une absence de conséquences, notamment au niveau gynécologique : « *Je suis rentrée normale* » (F6). Une femme rapportait juste une période de fatigue physique en post-IVG immédiat.

Toutefois, quelques-unes des femmes interrogées exprimaient quelques modifications physiques : **variation des cycles** : « *Pendant quelques mois, il y avait le changement pour mes cycles* » (F6) ; **prise de poids** : « *J'ai dû grossir. Prendre du poids. [...] Suite aux IVG, c'est possible. En réfléchissant, c'est vrai qu'à chaque fois je prenais du poids* » (F9) ; **arrêt de la croissance mammaire** : « *Je ne sais pas si c'est parce que pendant cette période-là, j'avais encore la puberté de mes seins qui poussaient mais depuis ça, ma poitrine s'est arrêtée de pousser. [...] C'est le seul changement physique que j'ai remarqué* » (F10).

5. Influence de l'IVG sur le parcours contraceptif

La plupart des femmes disaient avoir **changé de comportement vis-à-vis de leur contraception après l'IVG**, redoutant une nouvelle grossesse : « *En grandissant, j'ai fait plus attention avec le moyen de contraception* » (F5).

La majorité avait **repris une contraception immédiatement** après l'acte : « *Bon du coup, j'ai repris une contraception directement par contre* » (F12) ; « *Juste après l'IVG, j'ai commencé à prendre la pilule* » (F10).

La **confiance dans la contraception était préservée** pour beaucoup car la grossesse était arrivée suite à une **erreur** de leur part : « *Non, non, j'ai pas un manque de confiance dans la pilule, parce que je l'avais oubliée* » (F7) ; « *Donc, je sais que c'est pas la faute de la contraception. C'est ma faute à moi* » (F8).

Par la suite, plusieurs avaient finalement décidé **d'arrêter cette contraception**, mais en connaissance de cause cette fois : « *Je préférerais ne pas continuer, et voilà... En connaissance de cause pour le coup, parce que je sais qu'elles conséquences ça peut avoir* » (F4) ; souvent dans un **désir de ne plus prendre d'hormones** : « *Mais en tout cas j'ai pas envie de reprendre d'hormones et tout ça* » (F7).

Deux femmes avaient déclaré être **méfiantes envers les différents moyens de contraception** et leur IVG n'a pas amélioré les choses. Différents arguments étaient avancés : **mauvaise tolérance** : « *Le patch déjà il se décolle, donc c'est désagréable* », « *Maux de ventre* », « *Maux de tête* » (F9) ; **ou anticipation des effets** : « *Même l'implant, j'ai peur parce que j'ai pas envie de grossir* », « *Je psychote beaucoup sur la contraception, en fait. [...] Parce que j'ai peur de prendre ces trucs-là* » (F9).

Enfin, pour une patiente, sa **confiance initiale en la contraception s'était étiolée** au fur et à mesure à la suite de la survenue de trois **grossesses non désirées sous contraception**. Elle avait donc finalement décidé de ne plus rien prendre, en attendant une ligature des trompes « *pour être tranquille ...* » (F1).

6. État psychique à distance et suivi psychologique

Dans les mois, voire les années, qui ont suivi ces IVG, les femmes ont pu éprouver des émotions ou des sentiments forts.

La **culpabilité** persistait souvent à distance de l'IVG : « *Je me sentais toujours aussi coupable d'avoir eu recours à l'IVG* » (F10) ; « *Je m'en suis voulu pendant longtemps, mais vraiment longtemps* » (F11) ; accentuée par la « **faute** » commise ayant mené à la grossesse non désirée : « *C'était moi la fautive et il fallait que moi je me pardonne d'avoir... ben d'avoir fait cette IVG, de ne pas avoir fait attention, de ne pas avoir bien calculé...* » (F10).

Cette « auto-accusation » pouvait même rester présente pendant plusieurs années : « *J'ai mis pratiquement 3-4 ans à me pardonner* » (F11) ; voire être toujours présente au moment de l'entretien : « *Y'a quand même cette once de culpabilité qui peut quand même rester... à se dire : J'ai fait l'erreur de ma vie quoi. J'ai tué un enfant* » (F2).

Une des femmes racontait même un **épisode dépressif au décours de l'IVG** lié à cette culpabilité : « *J'ai fini par tomber en dépression [...] Je ne mangeais plus comme avant, j'avais beaucoup maigri* » (F11).

Une autre évoquait à plusieurs reprises le **traumatisme** qui restait en elle successivement après ses différentes IVG : « *Je vous le répète en boucle là-dessus à chaque fois. C'est vrai que ça a été un traumatisme quand même* » (F9). Son **psychisme avait été marqué par ces épisodes** même si elle ne décrivait pas de dépression liée spécifiquement à ces derniers : « *J'ai été suivie, pas forcément pour les IVG, mais je pense que ça a fait partie... je pense que ça a quand même eu un impact, indirectement, sur mon psychisme* » (F9).

Les **regrets** étaient fréquemment évoqués, plus ou moins importants : « *J'ai eu un peu de regrets* » (F7) ; « *J'ai... j'ai regretté... J'ai beaucoup regretté* » (F6). Ces derniers pouvaient avoir été immédiats ou bien être apparus « *au bout de 6 mois* » : « *C'est plus tard que c'est revenu... euh, psychologiquement* » (F3).

Une des femmes déclarait se poser régulièrement la question du **bien-fondé de sa décision** : « *Ben je me dis toujours : Est-ce que t'as pris la bonne décision au moment où tu l'as fait ? [...] Est-ce que j'avais fait le bon choix ? Est-ce que ça aurait tenu ?* », « *Ce qui revient en fait c'est : Tu voulais un enfant. Est-ce que t'as fait le bon choix à ce moment-là ?* » (F3). Pour une autre, les regrets ont été importants au début, puis se sont **estompés avec le recul** : « *Sur le moment, on a ces regrets-là. Mais c'est plus tard qu'on se dit : Oui, en quelque sorte j'ai bien fait* » (F5).

La **tristesse** était également présente dans les sentiments exposés après cette IVG : « *J'ai eu beaucoup de tristesse* » (F7) ; « *Des fois, j'avais des phases où je me mettais à pleurer comme ça, sans raison* » (F10). Souvent, elle ne durait pas.

Pour plusieurs femmes, il était **difficile de se détacher de cet épisode** et de ne pas y penser par la suite : « *Après ça me trottait dans la tête de temps en temps* » (F4). Pour certaines, ce passage pouvait durer quelques mois : « *On en parle à ce moment-là et on en parle un peu*

quelques mois après et tout, mais c'est vrai qu'après on élude le truc, enfin voilà, on passe à autre chose » (F4). Pour d'autres, cela pouvait durer toute une vie : « *On n'oublie jamais qu'on a fait une interruption de grossesse [...] C'est pas quelque chose... qu'on en soit fière ou pas... je pense pas qu'on oublie !* » (F3).

Malgré un désir de passer à autre chose, le fait de **se projeter** dans ce qu'aurait été la grossesse si elle avait été gardée, rendait propice le fait de ne pas réussir à oublier : « *Les années passent et puis je me dis, euh : Ah oui, elle aurait, il aurait quand même eu... tel âge, tel âge, tel âge* » (F1) ; « *Je m'imagine avec cet enfant alors qu'on est encore mariés, enfin qu'on est mariés maintenant* » (F10).

Pour quelques femmes, le **deuil** pouvait être difficile et l'évocation de cet épisode lors de l'entretien pouvait faire remonter des **émotions** : « *Ah ouais, franchement, ouais, aujourd'hui c'est encore sensible* » (F12) ; « *Je dis ça mais j'ai quand même une petite larmichette qui, qui, qui est au coin de l'œil donc* » (F4). Une femme énonçait la **reviviscence douloureuse** qu'elle éprouvait chaque année au moment de la date anniversaire de l'IVG : « *Bon bah voilà, t'as pris cette décision mais bon tu vas y repenser, tu vas y penser souvent... Chaque début février, tu vas y penser...* » (F3).

Une patiente évoquait l'**impossibilité de se séparer d'une marque matérielle de l'épisode**, l'échographie de sa première IVG pour ne pas oublier cette première grossesse qui l'a tant marquée : « *Pour vous dire, j'ai même encore l'échographie que je n'arrive même pas à jeter* » (F11).

Et pourtant, pour la majorité des femmes, il était **essentiel de passer à autre chose, de laisser cet épisode dans le passé**, voire d'enfouir ses souvenirs : « *Ça fait longtemps pour moi, parce que j'ai vraiment essayé d'oublier ce passage de ma vie* » (F10).

Parfois, cet épisode avait été **oublié, mis de côté** et l'évocation d'une autre grossesse avait fait **ressurgir** ce dernier : « *Là il y a quelques temps, il y a 6 mois de ça, on m'a posé la question si j'avais eu une autre grossesse que [ma fille]. Sur le coup, je disais non. Pour moi c'était passé. Et puis finalement [...] ça a mis un peu de temps à... à être accepté. Alors que ça fait quand même... enfin, ça faisait 5 ans et demi, quoi* » (F7).

Une patiente n'avait **jamais ressenti le besoin d'en reparler**. A l'inverse, plusieurs femmes éprouvaient le **désir de reparler de cet épisode**, de « *remettre des mots dessus* » (F7), pour pouvoir laisser ça de côté, comme un **exutoire** : « *Donc ça m'a fait du bien... d'en reparler ! Finalement* » (F7) ; « *Ben ça me fait du bien qu'on en rediscute des années après !* » (F5).

La **discussion** était considérée pour beaucoup comme plus facile avec un **professionnel de santé** et en particulier avec le médecin généraliste, qui représentait d'une certaine façon l'« expertise », au contraire des amies ou du reste de l'entourage qui représentait plutôt l'« émotionnel ». L'évocation de cet épisode pouvait être un **choc** : « *Ça m'a fait un choc d'en rediscuter* » (F7) ; occasion de faire remonter des **souvenirs** : « *J'ai des souvenirs qui reviennent que j'avais enfouis* » (F10) ; pour parfois amener à une certaine forme de **libération** : « *Je vais pas vous dire que c'est une libération ou quoi... Mais c'est... non mais c'est mieux et du coup, le fait d'avoir un échange...* » (F3).

Même si à distance de l'épisode, la totalité des femmes estimaient **ne plus avoir besoin de suivi psychologique**, plusieurs d'entre elles estimaient finalement que ce dernier **aurait pu s'avérer nécessaire** : « *Même si je pensais pas que j'en aurais eu besoin. Et puis en fait si* » (F7) ; « *Maintenant, avec le recul, à 25 ans. Je me dis que clairement, j'aurais dû le faire* » (F10) ; notamment pour une des patientes qui comparait indirectement son IVG à un « attentat » ou à une « agression » (F10).

L'entretien était donc considéré par certaines comme une véritable opportunité de parler de cet épisode : « *Là on parle parce que... après, vous êtes médecin. [...] Et vous êtes vraiment la première personne avec qui j'en parle ouvertement* » (F10) ; « *Je vous cache pas que c'est l'occasion d'en discuter avec un... un professionnel. [...] Vous apportez des choses auxquelles j'aurais pas pensé et je trouve que c'est bien... bonnes ou pas... c'est toujours constructif* » (F3).

Par ailleurs, les avis étaient divergents sur le fait d'en **parler à l'entourage à postériori**, plusieurs années après. Pour certaines, le sujet était évoqué relativement **facilement** : « *On n'en a pas non plus énormément parlé mais on l'a pas complètement gardé... tabou quoi !* » (F4) ; **pas spontanément** : « *J'en parlerai pas spontanément quoi !* » (F7) ; voire **pas du tout** et **caché** aux amis ou à la famille : « *Même si on est dans des réunions, entre amis, si on parle de ça, je le dirais pas, c'est pas possible. Je ne pourrais pas l'aborder* » (F10) ; « *Peut-être qu'intérieurement j'assume pas de l'avoir fait et du coup c'est peut-être pour ça que c'est pas facile en tout cas, à mon entourage, d'en discuter* » (F3).

Au moment des entretiens, la plupart des femmes étaient finalement passées à autre chose et avaient fini par laisser ces épisodes dans le passé. La notion d'**apaisement** quant à l'évocation de l'interruption de grossesse était mise en avant : « *Avec le recul, on est quand même plus serein quand on évoque ces choses-là* » (F4). La plupart des femmes déclaraient avoir fait le **deuil** de ces épisodes : « *Je dis pas que ça me fait rien. Ça fait quand même penser*

à des mauvais souvenirs. Mais j'ai fait le deuil, oui, je crois » (F9). Pour celles qui avaient éprouvé une culpabilité plus ou moins forte, elles disaient s'**être pardonné** : « Ça fait vraiment bizarre et maintenant, en en parlant, même si j'y pense des fois, de temps en temps, je le sais que je me suis pardonnée, là je me rends compte que ça y est, je suis vraiment passée à autre chose » (F10).

Cette IVG pouvait finalement être perçue comme une **expérience** : « C'est quelque chose... enfin, c'est une expérience qui est forte » (F4) ; et une forme de leçon tirée pour l'avenir avec des **conséquences positives** sur la capacité à faire un choix, aussi difficile et « central » : « A la fois ça m'a prouvé que je suis capable d'en faire donc c'était une étape importante aussi » (F4). Pour d'autres, cette expérience avait finalement été ressentie comme positive avec le recul car elle leur avait permis de se **libérer de relations amoureuses compliquées** : « C'est un mal pour un bien, moi j'ai trouvé. Et au final, c'est la personne avec qui je suis restée aujourd'hui, avec qui j'ai eu deux enfants » (F5) ; « Heureusement que j'ai pas eu d'enfants avec cette personne parce que j'aurais été liée à vie avec et ça aurait été très très compliqué » (F1).

A distance, presque toutes ces femmes avaient donc pu **tourner la page, assumer et se libérer** de ces actes : « J'ai pu me libérer de ça du coup, ça fait longtemps » (F8) ; « Je pense que j'ai clairement tourné la page », « Maintenant, c'est pas du tout un sujet tabou pour moi, quoi » (F12) ; même si parfois cet **équilibre restait précaire** : « Je dirais pas que j'en suis fière ou que je le vis plutôt bien, que c'est la belle vie. Mais ça va. Ça va » (F9).

Le vécu psychique apparaissait donc comme plus complexe à long terme que le vécu physique pour la plupart des femmes. L'IVG était donc souvent à l'origine de nombreuses réflexions pour ces patientes, qui pour la majorité, affirmaient avoir pu se libérer de cette expérience fréquemment douloureuse mais aussi instructive.

VI. Les propositions d'amélioration

Elles étaient plusieurs à ne proposer aucune amélioration : « Moi, je vois déjà que ça se passe bien. On s'occupe bien des gens » (F6) ; « J'ai trouvé que c'était bien. Que ça s'était bien passé » (F12). Pour les autres, il pouvait y avoir différents points d'évolution.

1. La suppression du délai de réflexion

Les femmes interrogées avaient toutes subi une IVG il y a au moins 5 ans. Elles ont donc toutes vécu le délai de réflexion obligatoire. Pour la plupart, cet intervalle de temps supplémentaire n'a **pas été un frein ni un problème**. Parfois, ce dernier n'a même pas été évoqué. Pour une autre, au contraire, ce **délai avait été long et difficile à vivre** car il l'avait fait hésiter et « *cogiter* » (F7), même si elle comprenait son intérêt : « *Je comprends que... qu'on joue pas comme ça avec... avec ça* » (F7). Cependant, elle était **ravie de cette suppression** : « *Ah bah c'est plutôt intéressant ça ! C'est même une bonne nouvelle je pense !* », « *Il a été supprimé, donc c'est super !* » (F7).

2. L'accessibilité à l'IVG et les lieux ressources

L'**accessibilité aux lieux ressources** était souvent évoqué comme potentiellement **complexe** : « *Je suis assez stupéfaite de l'absence de... enfin, du nombre d'obstacles qui peuvent s'ériger* » (F4) ; parfois même **la partie la plus difficile** : « *Parce que pour faire le premier pas, c'est le plus dur* » (F8). L'une d'elles évoquait son **désarroi** au moment de devoir prendre le rendez-vous devant l'absence d'interlocuteur bien identifié : « *Je trouve ça fou, c'est que je savais même pas qui contacter* » (F4). Quelquefois, le lieu ressource était bien identifié mais était **trop éloigné donc inconmode**.

Pour plusieurs femmes, il serait donc important de rendre le **parcours plus accessible** en améliorant l'information et la communication autour de l'interruption volontaire de grossesse : « *Trouver un planning familial ou une PMI à côté de chez moi ça aurait été plus pratique* » (F10) ; « *Je pense qu'aussi, si on connaît, s'il y a plus de pub là-dessus* » (F8).

Finalement, une femme complétait cette demande de perfectionnement du parcours en martelant l'**importance de l'orientation initiale** pour éviter un nombre trop grand d'intervenants et coordonner la prise en charge : « *Qui me dirige vers un médecin qui pratique l'IVG, pour ne pas que je me retrouve au milieu de... du passage de 50 médecins* » (F10).

3. La prise en charge psychologique au décours immédiat et à long terme

L'**importance du suivi psychologique** était avancée par de nombreuses femmes pour permettre de tourner la page : « *Peut-être qu'un suivi psy juste après ça m'aurait libérée tout de suite aussi* » (F7) ; « *Et après l'interruption pour voir aussi l'état d'esprit et le psychique de la personne qui vient d'effectuer l'IVG* » (F2) ; « *Je pense que c'est important pour qu'on prenne conscience de ce qui s'est passé, qu'on digère et que voilà, ce soit passé, vraiment,*

psychologiquement aussi » (F5). L'intervalle entre la mise en place du suivi et l'IVG était variable en fonction des femmes, souvent « *un ou deux mois après* » (F7).

Cependant, certaines évoquaient le fait que le **vécu psychique** n'avait **pas du tout été abordé par le médecin qui avait fait l'IVG** : « *On m'a pas demandé comment je l'ai vécu, on ne m'a pas demandé... Non on m'a rien demandé* » (F5); ou que l'**accompagnement psychologique n'avait pas été proposé et le regrettaient** : « *Dans un couloir entier où il y a 15 gynécos, il n'y en a pas un qui est un peu spécialiste dans les IVG, qui peut être là pour un soutien psychologique ? Ils ont tous fait médecine quand même, donc bon !* » (F10).

En pratique, il était suggéré que le médecin propose un rendez-vous pour faire le point et s'assurer de l'état mental de la femme : « *Qu'on propose un rendez-vous pour voir si tout va bien, voir si ça s'est bien passé. Juste un petit questionnement histoire de... de si on a envie d'évacuer des choses, qu'on le fasse quoi* » (F7); même si elle avait refusé une aide au moment de la prise en charge initiale. Pour l'une d'elles, cet accompagnement devrait même être **quasiment obligatoire** : « *Il faudrait même que le professionnel de santé insiste auprès des femmes [...] et puis en fait, pousser vraiment les gens à le faire* » (F10). Cette prise en charge devrait être de surcroît en **présentiel** plutôt que via une plateforme téléphonique : « *Les trucs comme ça, personne ne va appeler* » (F10).

A posteriori, une femme suggérait également un **renforcement du soutien psychologique tout au long du parcours** : cela pouvait aller de l'**aide à la décision** : « *Qu'on les oriente sur des choix qui sont dit tabous pour certaines personnes* » (F2); jusqu'à un **soutien plus durable dans le temps** : « *La possibilité de pouvoir parler et d'essayer de pouvoir creuser un petit peu, pour que la personne, justement, n'y laisse pas des séquelles* » (F2).

En tout cas, il semblait important pour plusieurs femmes de ne pas hésiter à **évoquer le sujet même à distance** pour ouvrir la discussion si la femme en ressent le besoin : « *Je pense que les médecins ne doivent pas avoir peur de poser la question, d'aborder le sujet même si c'est un sujet difficile* » (F11).

Enfin, toutes les femmes s'accordaient sur le fait que la **vigilance des professionnels** devait être particulièrement importante en ce qui concerne les **mineures** et les **personnes plus fragiles** : « *Pour les plus fragiles et les mineures, plus de soutien peut être psychologique* », « *Quand il voit qu'un patient est plus fragile, ben, qu'il soit un peu plus... voilà, un peu plus... qu'ils soutiennent un peu plus ou qu'ils proposent, je sais pas, des psychologues* » (F9).

Les femmes jeunes semblaient être plus isolées dans l'esprit des femmes interrogées et devaient donc nécessiter plus d'accompagnement, toujours dans le but d'éviter des potentielles conséquences psychologiques : « *Pour des personnes qui sont fragiles mentalement, je pense qu'il peut y avoir un trauma* » (F2). Toutefois, ces dernières ne s'incluaient pas forcément dans cette catégorie de femmes « plus fragiles » et donc ne souhaitaient pas de soutien à distance contrairement à leurs recommandations.

4. Le manque d'informations

Le **manque d'informations** sur le déroulement de l'interruption volontaire de grossesse, sur des potentielles complications qui peuvent survenir au décours puis à distance de l'événement, a été soulevé par une patiente. Pour elle, une **meilleure information permettrait un meilleur choix** : « *Donc informer, parce que je pense que, du coup, dans la réflexion de la personne il y aura cette prise en compte de risque, et ce sera dans la réflexion* » (F5) ; ainsi qu'un **meilleur vécu** de l'acte : « *Pour que ça se passe mieux il faut plus d'information. Et de prévention* » (F5).

5. La posture du professionnel et les violences gynécologiques

Le vécu de l'IVG était différent selon la posture des professionnels de santé lors des différentes consultations.

Pour une minorité, l'IVG s'était plutôt bien passée car elles avaient été bien accueillies et prises en charge et n'avaient pas particulièrement d'améliorations à transmettre concernant la prise en charge par le médecin : « *On s'occupe bien des gens* » (F6). Cependant, certaines souhaitaient émettre des recommandations pour encore améliorer le parcours. Une femme rappelait l'importance de **laisser la place à la patiente pour s'exprimer** lors de la consultation pré IVG : « *Je pense que c'est important, quand on a une demande comme ça, de [...] de laisser la personne s'exprimer* » (F12). De plus, les mots du médecin devraient être choisis avec attention pour **éviter d'influencer la décision** : « *De faire attention au vocabulaire pour pas influencer les choix et tout ça* » (F12).

Pour les autres, plusieurs améliorations avaient été conseillées.

L'**absence de jugement** de la part du professionnel de santé était évoquée à plusieurs reprises par les femmes : « *De pas être dans le jugement* » (F4) ; « *Quand une personne vient*

plus d'une fois, ils se permettent de de porter un jugement en fait... de mettre un peu la personne mal à l'aise par rapport aux IVG... » (F9).

Elles soulignaient l'importance de la **neutralité** du médecin : « *Je pense qu'ils devraient un peu garder certaines... rester neutres quand même* » (F9) ; pour ne **pas influencer** les femmes : « *En plus ça peut impacter sur le choix de la personne* » (F9) ; ou **aggraver le vécu** : « *Et surtout rester neutres, ne pas porter de jugement, parce que c'est déjà un truc lourd à faire* » (F9).

L'**empathie** était mise en avant comme un élément essentiel pour mieux vivre les différentes étapes : « *Tomber sur une médecin un peu moins froide que celle sur laquelle je suis tombée* » (F10). Une des femmes évoquait l'importance d'une **discussion** et d'une **écoute bienveillante** qu'elle n'avait pas eu elle-même pour être « *[mise] à l'aise* » : « *Le côté psychologique, et tout, il ne l'a absolument pas abordé* », « *Il ne m'a pas demandé une seule fois si j'allais bien* » (F10).

La **disponibilité** du professionnel était appréciable pour diminuer le stress lié à la procédure : « *En tout cas, pendant l'IVG, être accessible au téléphone* » (F10).

Lors de l'échographie, le fait de **couper le son** ou de **ne pas montrer l'image** était considérée comme cruciale selon une des femmes pour perfectionner le processus et faire en sorte que la femme soit à l'aise et en confiance : « *Ce qui m'a vraiment traumatisée et que je dirais aux personnes qui font les échographies, aux gynécos, c'est d'arrêter quand les personnes viennent pour une IVG, c'est d'arrêter... de mettre, je sais pas d'enlever le son* » (F9). En outre, les **conditions de réalisation de l'échographie** étaient aussi abordées avec la notion de violences gynécologiques. En effet, pour une des femmes, lors de la réalisation de l'échographie de datation, le médecin ne l'avait pas prévenu du geste qu'il allait faire : « *Il va faire l'écho et il va pas prévenir. Il dit pas qu'il est en train de le faire* » (F10) ; ce qui avait rendu son vécu plus difficile : « *Et ça... ça ne m'avait pas paru normal en fait* » (F10).

Discussion

I. Comparaison avec la littérature

1. Population étudiée

Afin de recueillir les données les plus exhaustives possible, notre étude qualitative visait à obtenir un échantillon avec la diversité la plus importante et non pas la meilleure représentativité de la population.

Selon le rapport de la DREES de 2019 [72], il existe un décalage progressif des IVG vers des âges plus âgés contrairement au début des années 2010. En effet, les femmes les plus concernées sont celles dans la vingtaine, avec notamment une augmentation dans la tranche 25-29 ans, ce qui est en accord avec notre étude.

De la même manière, la plupart des femmes avaient réalisé leur(s) IVG en Ile de France, en accord avec les taux élevés de recours dans ce département [72].

Dans les différentes études comme dans la nôtre, les femmes interrogées étaient majoritairement étudiantes ou actives professionnellement au moment de l'IVG, une donnée qui est retrouvée dans une enquête de la DREES de 2007 [73].

La moitié des patientes avaient vécu plusieurs IVG à différents moments de leur vie. Selon l'INED, la proportion des IVG répétées augmente de façon continue [52], expliquant donc cette caractéristique de la population étudiée lors de cette enquête. De plus, la survenue d'une nouvelle IVG après une naissance ou un avortement est considérée comme maximale dans les premiers mois suivant l'événement, ce qui est en accord avec les IVG rapprochées de plusieurs des patientes interviewées [9].

Concernant la contraception, la majorité des femmes n'utilisaient pas de moyen de contraception. Quelques-unes seulement avaient une méthode de protection médicale. Cette répartition est retrouvée dans l'enquête de 2007 de la DREES, dans laquelle deux tiers des IVG sont réalisées chez des femmes ayant un moyen de contraception [73], souvent considéré comme fiable (pilule ou stérilet). Or, la population de notre échantillon était donc plutôt à l'inverse des caractéristiques de la population générale. Cependant, on peut tout de même mettre en évidence les liens étroits entre l'avortement et la contraception, ou son absence. Ainsi, le recours à l'IVG traduit avant tout les difficultés de la pratique contraceptive au quotidien.

Bien que la couverture contraceptive soit satisfaisante en France avec une toute petite minorité des femmes exposées au risque de grossesse qui n'utilisent aucune méthode de protection [73], les échecs sont nombreux et s'expliquent par le fait que cette couverture n'est

pas forcément adaptée. Effectivement, la « norme contraceptive » française et donc les méthodes utilisées ne sont pas forcément en adéquation avec les conditions de vie sociale, affectives et sexuelles des femmes [9,40]. Différents éléments peuvent diminuer l'efficacité pratique des méthodes choisies : oubli ou difficultés pour les prises, mauvaise utilisation, connaissances partielles ou incorrectes avec persistance d'idées reçues, rupture de préservatif, échec des méthodes naturelles, comme dans notre étude. De plus, les femmes sont souvent démunies lorsqu'un accident de méthode survient, car étant insuffisamment informées, elles ne se tournent que rarement vers les méthodes d'urgence pour éviter la survenue d'une grossesse non désirée. Ceci est particulièrement vrai chez les femmes âgées de plus de 35 ans : seulement un très petit nombre y a eu recours dans leur vie selon un rapport de la DREES [73].

L'INPES insiste donc sur l'importance de mieux adapter les méthodes contraceptives aux patientes en fonction de leur situation personnelle, affective et sexuelle. L'implication de la femme, voire du couple, dans le choix est donc primordiale pour permettre une meilleure utilisation et surtout une plus grande efficacité pratique [40]. Une attention toute particulière doit être portée aux périodes de transition contraceptive, celles-ci pouvant être propices à la survenue de grossesses non désirées comme nous l'avons vu dans notre étude. En effet, d'après une étude de 2006, la moitié des femmes ayant eu recours à l'IVG avait changé de situation contraceptive dans les 6 mois précédant le rapport fécondant [7].

Ainsi, la population étudiée recouvrait plutôt bien l'ensemble des profils de femmes concernées par l'interruption volontaire de grossesse.

2. Prise de décision et accès à l'IVG

a. Découverte de la grossesse et prise de décision

La découverte de la grossesse a engendré différentes réactions : de la surprise, entraînant diverses émotions, parfois entremêlées comme la culpabilité, la peur ou même le déni. Ces différents ressentis peuvent être difficiles à vivre et ont pu entraîner un sentiment d'urgence à mettre fin à cette grossesse non désirée. Ces éléments ont pu être retrouvés dans différents travaux sur ce sujet [31,41,45,50,61,65,66].

Concernant les arguments et les facteurs aidant à la prise de décision, notre travail a pu mettre en évidence deux éléments principaux qui semblent influencer le choix : le contexte familial ou affectif et le contexte professionnel ou matériel.

Cette notion de contexte familial stable est retrouvée dans la littérature : les femmes accorderaient d'abord la priorité à un couple stable avant d'accueillir un enfant [6,9]. De plus,

les conditions professionnelles ou matérielles comme un logement fixe et adapté, doivent être considérées comme satisfaisantes pour envisager l'arrivée de ce dernier. En effet, ces raisons sont souvent retrouvées dans la littérature sous le terme de « norme procréative ». Ce « bon moment pour être mère » se traduit par la programmation de la grossesse à un âge désiré, dans un contexte affectif stable, et au bon moment de la trajectoire professionnelle des parents, ce qui va dans le sens des résultats de notre étude [6]. Des éléments de logiques sociales sous-tendent la décision d'interrompre la grossesse et ce, en fonction de la phase du cycle de la vie. Ainsi, avant 25 ans, les études sont mises en avant et prioritaires dans l'esprit des femmes. En effet, dans de nombreux travaux, il apparaît qu'une maternité précoce peut être un frein au bon déroulé d'une scolarité et donc à l'insertion professionnelle future. Entre 25 et 34 ans, ce sont les circonstances affectives qui sont favorisées, avec notamment le nombre d'enfants déjà présents qui joue dans le choix final. Après 35 ans, l'environnement professionnel devient tout aussi primordial que le contexte affectif [9].

Enfin, la décision d'avorter traduit donc l'attention portée aux conditions d'accueil de l'enfant ce qui pourrait expliquer la stabilisation du taux d'IVG ces dernières années. Ce concept était fortement retrouvé dans notre étude, où les femmes justifiaient leur acte par un contexte qu'elles jugeaient non favorable à la venue d'un enfant.

b. Accès à l'IVG

La majorité des femmes interrogées étaient relativement satisfaites de l'accès initial à l'IVG et du délai de prise en charge. Certaines se sont dirigées vers la PMI, d'autres vers un médecin généraliste ou un gynécologue. Quelques-unes ont consulté leur entourage. Aucune n'a évoqué le numéro vert national. Ces résultats semblent être en accord avec les autres études sur le sujet : l'étude COCON confirme que, dans l'ensemble, les femmes estiment avoir obtenu un rendez-vous facilement, à 40% chez un gynécologue libéral et à 23% chez un médecin généraliste [44]. Toutefois, on peut nuancer ces résultats en fonction des régions de France. En effet, plusieurs travaux de thèses montrent que le ressenti est relativement similaire entre l'Ile de France et la Bretagne, contrairement à un travail réalisé dans la région Midi-Pyrénées où le manque d'accès rapide au professionnel de santé a été mis en évidence [31,61,66].

La place du médecin traitant a peu été traitée dans cette étude. Cependant, plusieurs femmes avaient préféré ne pas consulter leur médecin généraliste habituel : question de pudeur et d'intimité, par peur d'être jugée par celui qui les connaît. Cet aspect était déjà retrouvé dans un travail de thèse de 2014 sur le vécu des IVG médicamenteuses en Ile de France [31]. Un

autre travail corroborait cette donnée : 44% des femmes n'avaient pas parlé de leur grossesse non programmée à leur médecin traitant avançant le fait que le médecin traitant ne devait pas être au courant de cette « erreur de parcours » [19].

La place du médecin généraliste dans la prise en charge, l'accompagnement et le suivi des interruptions de grossesse semble donc être importante car ce dernier peut se trouver en première ligne. Ce rôle d'interlocuteur de première ligne sur le sujet de l'IVG est soulevé dans plusieurs travaux de thèses : le médecin généraliste est le premier contact dans plus de 50% des cas [31,61]. En outre, même s'ils confirment que le nombre de médecins généralistes consultés est croissant, le parcours reste par ailleurs encore mal standardisé et doit être simplifié. Cette notion, retrouvée dans plusieurs études, est sous-tendue par une amélioration de la formation de ces derniers, qui semble aujourd'hui primordiale [54].

3. Vécu physique et psychologique de l'IVG

a. Un vécu physique mitigé

Dans notre étude, le vécu physique a été mitigé, ce qui est différent de la plupart des études récentes qui montrent un vécu plutôt bon. Ce vécu est directement lié aux informations dont ont bénéficié les patientes de la part des professionnels.

Concernant les saignements, la plupart des femmes les ont trouvés normaux, car elles avaient été prévenues. Pour l'une d'elles, le vécu a été plus difficile car les saignements ont été prolongés dans le temps. Au contraire, les femmes qui avaient subi plusieurs avortements ont généralement mieux vécu les suivants car elles avaient pu s'y préparer.

Pour la douleur, le vécu est moins bon. Pour plusieurs femmes, elles ont été très intenses, notamment parce qu'elles n'ont pas toutes eu d'antalgiques pour atténuer ces dernières. La prise en charge de la douleur par palier d'antalgique est pourtant considérée comme indispensable pour le confort de la femme (accord professionnel). Selon une étude de 2014 évaluant la prise en charge de la douleur lors des IVG médicamenteuses, une femme sur quatre ressent des douleurs très intenses initialement et surtout lors du 3^e jour de l'IVG. De plus, 4 femmes sur 5 disent avoir pris des antalgiques pendant 5 jours à la suite de la prise des médicaments, ce qui montre bien l'intensité potentielle des douleurs [32]. Lorsque l'interruption de grossesse a eu lieu alors que la femme était nullipare, les douleurs ont été décrites comme plus importantes. Ce constat est le même dans plusieurs études : la nulligestité, l'existence des règles ordinairement douloureuses ainsi que la dose faible de mifépristone ont pour effet d'augmenter les douleurs [32,53]. La douleur est souvent la première raison donnée pour ne pas recourir de

nouveau à la méthode médicamenteuse [32]. Il est donc primordial d'anticiper et d'informer correctement les patientes sur la douleur sans la minimiser.

b. Un vécu psychique délicat

La réalisation d'une IVG n'est pas sans conséquences pour les femmes qui la pratiquent et peut être à l'origine de nombreuses réactions. Ce vécu émotionnel est hétérogène et peut être très différent selon les femmes. Certaines femmes ont ressenti de la culpabilité, de la tristesse ou des regrets, avec des conséquences parfois négatives sur leur couple et des difficultés à tourner la page. Pour d'autres, il n'y a eu aucun remords ni amertume et le vécu à distance est beaucoup plus aisé. Toutefois, peu de femmes se disent complètement insensibles à cet épisode marquant de leur vie. Parfois, elles décrivent une prise de conscience secondaire à l'IVG, avec des « leçons tirées » concernant des domaines comme la contraception ou le schéma familial.

Le vécu psychologique apparaît dans les diverses études réalisées comme très varié et propre à chaque femme, influencé par plusieurs éléments : personnels ou liés à l'entourage. Une étude datant de 2013, réalisée à partir d'une synthèse de la littérature qualitative française sur le vécu psychologique de la femme après l'IVG [48], confirme les différents sentiments exprimés dans notre étude. C'est également le cas dans plusieurs thèses réalisées sur le sujet [31,61]. Certains épisodes de la vie des femmes peuvent faire revivre de manière aiguë la souffrance vécue lors de l'avortement, comme à l'occasion d'une naissance, à la date anniversaire à laquelle aurait dû naître l'enfant ou encore à la date anniversaire de l'IVG. Cette notion retrouvée dans une étude de l'Institut de Bioéthique européen a été évoquée par plusieurs femmes.

Le vécu psychique de l'IVG est donc étroitement lié au terrain de la femme, aux circonstances de réalisation ainsi qu'aux conditions de prise en charge. La conclusion est l'importance pour le soignant de repérer des signes de souffrance pouvant apparaître même à distance et d'évaluer le besoin d'écoute des femmes afin de les orienter vers un suivi psychologique si besoin.

4. Accompagnement et suivi

a. L'accompagnement psycho-social

Selon le rapport d'activité 2017 du Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO), seulement une femme sur quatre s'est entretenue avec une conseillère conjugale et

familiale (CCF) ou une psychologue au cours de la procédure de l'IVG [64]. Cette étape, non obligatoire pour les majeures, est surtout facilitée dans les centres de planification où l'accès est souvent garanti sur place. Pour les deux femmes qui étaient mineures au moment de l'interruption de grossesse, cet entretien était exigé dans le parcours. Leurs avis divergeaient malgré une décision tout aussi claire : utile pour l'une, superflu pour l'autre.

Dans notre étude, la majorité des femmes ne l'ont pas eu, majoritairement par choix. Les patientes justifiaient l'absence de recours à une aide psychologique par le fait qu'elles avaient peur que cela rende les choses plus difficiles à vivre sur le moment. Elles craignaient d'être jugées ou de raviver des sentiments douloureux. Toutefois, cet entretien était souvent conseillé pour « les autres ». Elles signalaient la nécessité que ce dernier soit systématiquement proposé à toutes les femmes pour que celles qui en ressentiraient le besoin puisse y accéder facilement. Cet accompagnement psychosocial est donc un vrai paradoxe pour les femmes interrogées : il doit être impératif tout en restant optionnel.

En outre, quel que soit le contexte, parler de l'IVG, même des années après, reste difficile pour les femmes. Pourtant, plusieurs femmes ont évoqué le fait que l'entretien réalisé dans le cadre de cette étude était le bienvenu pour libérer cette parole, souvent limitée. Partager oralement cette expérience semble donc très important pour améliorer le vécu.

b. Le rôle du médecin et sa place dans le parcours

Le rôle du médecin dans le parcours de l'IVG est le suivant : accueillir et orienter la patiente, puis accompagner la femme dans les démarches et donner les médicaments, et enfin, clôturer l'épisode [30]. La prise en charge du médecin exerce une influence sur le ressenti des femmes. L'étude COCON réalisée en 2003 met en évidence les répercussions de l'attitude du médecin, en particulier lors de la première consultation, sur les trajectoires suivies par les patientes pour accéder au système de soins [54].

Dans notre étude, la plupart des femmes n'avaient que peu de critiques envers le médecin qui a pratiqué l'IVG. Les qualités principales évoquées par ces dernières et retrouvées dans d'autres travaux [31,45,61,66] sont : l'empathie, l'écoute, la bienveillance, la disponibilité et l'apport d'informations claires. Cependant, pour certaines, plusieurs de ces compétences n'étaient pas au rendez-vous, notamment la neutralité et la disponibilité. Parfois, le discours ou l'attitude du médecin ont pu être moralisateur et culpabilisant. Une des femmes a particulièrement mise en évidence ce comportement en évoquant le vécu de l'échographie, pour laquelle le son avait été laissé. Une autre a également mal vécu les différentes échographies, à

cause de la « brutalité » et de l'absence de consentement demandé par le médecin. Cette situation reste fréquente en France et a été dénoncée par Martin Winckler dans son livre « Les brutes en blanc » publié en 2016 [74]. Or, cette posture des professionnels augmente les obstacles et les difficultés rencontrés par les femmes. Une charte pour les échographistes a été rédigée par le REVHO pour remédier à ces difficultés.

La formation des médecins est donc primordiale, surtout en matière d'IVG car le nombre reste limité. D'après l'étude COCON datant de 2004 [44], l'accès à l'IVG reste hétérogène en fonction des régions de France et la formation des médecins insuffisante pour permettre une prise en charge optimale. Ces deux notions sont également retrouvées dans une thèse sur la place du médecin généraliste dans l'accès à l'IVG [34]. Comme retrouvé dans différents travaux qualitatifs [31,50,66], des progrès devraient donc être faits dans la formation pour permettre une meilleure information et prise en charge des patientes.

c. L'implication de l'entourage

Le partenaire et l'entourage jouent un rôle non négligeable dans le vécu de l'avortement. Notre étude retrouve des attitudes variables concernant la position du conjoint. Pour certaines femmes, il est le seul informé et sa présence est essentielle. Pour d'autres, au contraire, son rôle est limité, voire sa présence n'est pas requise. Un travail fait état des divers positionnements que peut prendre l'homme durant le parcours : absent de la décision, pression pour réaliser l'IVG, contre l'avortement ou encore choix commun évident [29]. Toutes ces données rejoignent notre étude : le conjoint doit trouver sa place en fonction du souhait de la partenaire de partager ce moment ou non.

Les amies ou la famille peuvent être mis dans la confidence dans un but de soutien. Leurs réactions se répercutent directement sur le vécu. Dans plusieurs travaux récents [31,61], comme c'est le cas dans notre étude, il a été rapporté que certaines femmes choisissent de ne rien dire à leur entourage par peur de jugement ou dans le but de les protéger.

5. Les conséquences sociales, sexuelles et procréatives à long terme

La reprise de la sexualité a été simple pour la plupart des femmes. Ce constat va dans le sens d'une étude suisse de 2002 qui fait état d'une absence de changement dans leur sexualité pour la plupart des femmes interrogées [59]. Cependant, une femme décrivait des difficultés à reprendre une vie sexuelle après sa troisième IVG. Ce tableau est retrouvé dans deux études qui rapportent une diminution du désir sexuel voire des troubles orgasmiques pour un cinquième

des femmes ayant vécu un avortement médicamenteux [12]. Des changements de comportements sexuels comme la propension à avoir des relations avec des étrangers ou des partenaires multiples dans l'année suivant l'IVG ont été évoqués dans une étude américaine [23], mais n'ont pas été retrouvés dans notre étude.

La relation avec le conjoint a pu être affectée de manière différente selon les femmes interrogées : renforcement, ou au contraire, délitement. Les études évoquées précédemment [12,59] montrent qu'environ un an après l'IVG, environ la moitié des couples s'est séparé. L'IVG a dégradé les rapports dans le couple, mais finalement, pour la plupart, les problèmes étaient préexistants à l'IVG. Une revue de la littérature américaine de 2007 [16] confirme ces effets délétères pour la plupart des couples, avec toutefois une petite minorité qui rapportait un bénéfice de l'IVG. Ces résultats sont relativement conformes à ceux de ce travail. De plus, cette dernière étude met en évidence un potentiel lien entre avortement et violences conjugales, ce qui a été retrouvé dans notre étude. Un travail plus approfondi sur ce sujet pourrait être intéressant.

Concernant le désir d'enfants, la moitié des femmes n'a pas changé d'avis. L'autre moitié a remis en question ses croyances et ses opinions à la suite de l'IVG, souvent, en faveur d'une maternité par la suite. Pour beaucoup, l'avortement avait été décidé en raison d'une absence de couple stable et surtout d'un âge trop jeune avec une absence de travail durable. Selon N. Bajos, dans son étude sur la norme procréative, si les enjeux professionnels sont au premier plan lorsque la femme est jeune, lorsqu'elle atteint l'âge socialement valorisé de la maternité, ces derniers sont relégués au second plan [6]. Cette notion va donc dans le sens des résultats de notre étude. En outre, selon I. Nisand, en permettant de ne pas avoir un enfant non désiré, l'IVG permet l'accès à la « maternité heureuse », c'est-à-dire lorsque la femme donne naissance à un enfant désiré [56]. De plus, selon R. Frydman, le refus d'une grossesse est souvent suivi par le désir actif d'avoir un enfant, auquel la femme a le temps de se préparer [25]. Ces différents éléments sont retrouvés chez les femmes de notre étude qui ont déclaré avoir un plus fort désir de maternité après leur avortement.

II. Forces et limites de l'étude

Le sujet a été choisi pour l'intérêt qu'il présentait. Il s'agit d'un sujet de recherche vaste et important, toujours tabou actuellement malgré un taux d'IVG stable depuis plusieurs années. Le vécu des patientes à long terme et les conséquences potentielles dans tous les aspects de la

vie n'ayant pas été retrouvé dans la littérature française, il nous a semblé important de réaliser cette étude.

Un des forces de l'étude est le double codage qui a été fait par le chercheur principal et son directeur de thèse. Les patientes ont également été recrutées dans des environnements différents : planning familial, maison de santé, bouche à oreille ; ce qui augmente la variabilité des réponses des entretenues. D'autre part, les patientes ont été entretenues en visioconférence pour certaines et en présentiel pour la plupart, on peut supposer que les patientes qui étaient à domicile pendant l'entretien se sentaient plus à l'aise pour discuter du sujet.

Le manque d'expérience de l'enquêteur dans la réalisation des entretiens semi-dirigés est certainement un des biais les plus importants de cette étude, étant donné qu'il s'agissait du premier travail de recherche qualitative du chercheur principal.

Certains praticiens ont été plus réactifs que d'autres pour proposer et recruter des patientes, notamment dans l'Essonne où la quasi-totalité des entretiens ont eu lieu. Ces derniers étaient recrutés sur la base du volontariat. On peut donc imaginer qu'ils étaient intéressés et sensibilisés à la question, ce qui peut constituer un premier biais de recrutement. Ils ont parfois refusé les femmes qu'ils jugeaient inaptés psychologiquement à participer à cette rencontre.

Les patientes interrogées étaient volontaires ce qui implique un biais de recrutement par convenance. On peut en effet se demander si les patientes qui ont eu un vécu plus compliqué ou extrêmement négatif ont refusé de participer. De plus, trois patientes avaient initialement accepté de participer, mais n'ont pas donné suite ou alors ont annulé juste avant l'entretien. L'une d'elles m'a expliqué son refus car elle ne se sentait pas prête à « raconter l'épreuve par laquelle elle était passée ». Cela implique donc une limite dans le recueil des données puisqu'il n'était donc pas possible de prétendre à une diversité suffisante de l'échantillon.

Le temps écoulé entre l'IVG et l'entretien était de 5 à presque 11 ans. On peut donc imaginer un biais de mémoire lié aux capacités des femmes à se remémorer les événements et les sentiments vécus.

Concernant l'échantillon, un objectif de 10 à 15 entretiens avait été fixé pour cette étude. Le travail de recherche a été mené après la réalisation de 12 entretiens. Il a été décidé d'un arrêt de entretiens après le constat des chercheurs de l'obtention d'une suffisance des données théoriques.

L'analyse des entretiens par l'enquêteur lui-même entraîne un biais d'interprétation. Pour minimiser ce dernier, un double codage avec triangulation des données a été réalisé. Le résultat de cette relecture a permis d'affirmer un codage commun et de mieux appréhender la complexité du phénomène étudié.

III. Perspectives et propositions d'amélioration

Notre analyse du discours des patientes montre donc qu'un ensemble de facteurs influence le vécu de l'IVG. Plusieurs perspectives d'améliorations citées par les patientes ont été mises en place ou ont été retrouvées dans différentes études.

Les points déterminants de la prise en charge de l'IVG médicamenteuse semblent donc être :

- L'orientation initiale et la coordination de la prise en charge
- L'information adéquate des patientes
- La formation des médecins
- L'accompagnement psychosocial

Dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse, l'accessibilité et la coordination des soins apparaissent comme essentielles. Faciliter l'accès à l'IVG permettrait de mieux orienter les femmes et de réduire les délais de prise en charge. La diffusion d'une liste de structures et de professionnels a pu être mise en place notamment grâce à la mise à jour du site www.ivglesadresses.org.

Le renforcement de la formation des médecins pouvant être amenés à accueillir des femmes en demande d'IVG, ainsi que ceux les pratiquant, doit être poursuivi. Cela passe par l'amélioration de la formation médicale initiale lors de l'externat et de l'internat, mais également par la formation continue des médecins, notamment des généralistes [31,61]. La coopération des médecins avec les différents réseaux comme le REVHO est également extrêmement importante. C'est d'ailleurs l'un des objectifs de ce dernier, qui propose des sessions de formations à l'IVG dédiées aux professionnels de santé, dans le but d'améliorer la prise en charge. Il semble donc important que les médecins généralistes, grâce à la formation reçue pendant leurs différents cycles d'études, puissent s'impliquer dans la vie contraceptive et obstétricale des femmes, dans le but d'améliorer entre autres la prise en charge de l'IVG en soins premiers.

L'information des patientes est aussi primordiale pour limiter les a priori et les idées reçues, et ainsi permettre un meilleur vécu. Donner les informations en étant objectif sur les avantages et inconvénients de chaque méthode, les complications potentielles et les fausses idées semble très important.

Il faut en outre savoir écouter la patiente, rester neutre, bienveillant et sans jugement. L'attitude des professionnels de santé joue un rôle fondamental dans le vécu des femmes. Une

posture déculpabilisante et de la réassurance peuvent améliorer considérablement le vécu psychique. S'assurer de l'état psychologique des femmes tout au long du processus et proposer une aide psychique est aussi indispensable.

Enfin, un meilleur accès à la contraception et des prescriptions adaptées aux besoins de chaque patiente reste le meilleur moyen d'éviter le recours à l'IVG. Des efforts ont été faits suite à la campagne mise en place par l'INPES en 2007 [40], mais on peut voir que ces derniers sont à poursuivre pour améliorer les capacités de certains médecins généralistes en matière de prescription de contraceptifs ainsi qu'au manque d'informations des patientes.

Un travail spécifique sur la place du médecin traitant dans l'accompagnement et le vécu à long terme serait donc intéressant. En outre, on pourrait aussi imaginer une étude sur le vécu masculin à long terme de l'IVG.

Conclusion

Depuis son autorisation, l'utilisation de la voie médicamenteuse pour réaliser une IVG est en augmentation constante. Les données qualitatives sur le vécu des femmes ayant réalisé un avortement par voie médicamenteuse sont peu nombreuses, notamment sur les conséquences à moyen et long terme. L'objectif de ce travail était donc d'explorer ce vécu, d'identifier d'éventuels besoins ressentis et de perfectionner la prise en charge de ces patientes.

Tout au long du parcours, les femmes sont confrontées à divers facteurs pouvant altérer ou améliorer le vécu. Les acteurs rencontrés au cours du processus ont un rôle prépondérant, c'est pourquoi l'accompagnement, l'information dispensée et la communication y ont une place essentielle.

Si le vécu sur le plan physique est mitigé mais globalement bon, le vécu psychique est lui, plus hétérogène et laisse transparaître l'apparition possible de sentiments plus ou moins douloureux devant être dépistés par le médecin généraliste, parfois même des années après.

Le médecin généraliste a donc toute sa place dans le parcours de l'IVG médicamenteuse. Même s'il ne réalise pas forcément l'acte, il est amené à être l'interlocuteur privilégié des femmes et à les orienter à travers les différents réseaux. Il convient donc de renforcer la formation de ce dernier pour assurer une meilleure prise en charge et un meilleur vécu à long terme de l'interruption de grossesse.

La poursuite du recueil de l'expérience des femmes permettra de continuer à adapter nos prises en charge. Une étude sur la place spécifique que peut avoir le médecin généraliste dans le suivi au long cours pourrait compléter ce travail.

« Choisir de donner la vie exige une intelligence, une lucidité et un sens des responsabilités. On ne peut donner la vie par erreur sur la contraception ou par oubli de pilule ». Gisèle Halimi, 2005.

Bibliographie

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Avr 1998;28(2):151-5.
2. Arrêté du 28 décembre 1988 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité Mifegyne 200 mg, comprimé, Journal Officiel de la République française du 12 janvier 1989, 121^{ème} année, n°10.
3. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. JORF 8 mars 2016, n°57.
4. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliard L. Introduction à la recherche qualitative, exercer 2008 ; 84: 142-5.
5. Aubin C, Jourdain Menninger D. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Oct 2009.
6. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. Sociétés contemporaines. 2006;61(1):91.
7. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Human Reproduction. nov 2006;21(11):2862-7.
8. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Présentation et premiers résultats de l'enquête Cocon.
9. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
10. Bajos N, Moreau C, Prioux F. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité.
11. Bianchi-Demicheli F. Conséquences psychiatriques et psychologiques de l'interruption de grossesse, Rev Med Suisse 2007; volume 3. 32049
12. Bianchi-Demicheli F, Kulier R, Perrin E, Campana A. Induced abortion and psychosexuality. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. janv 2000;21(4):213-7.
13. Biggs MA, Upadhyay UD, Steinberg JR, Foster DG. Does abortion reduce self-esteem and life satisfaction? Quality of Life Research. avr 2014 Nov ;23(9) :2505-13.
14. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2^e édition. Paris : Colin; 2010.
15. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'Assurance Maladie. Juin 2001 32(2) :117-21.

16. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*. déc 2003;23(7):929-58.
17. Broen AN, Moum T, Badtker AS, Ekeberg Ø. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*. févr 2005;17(Issue 1):36-43.
18. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med*. déc 2005;3(1):18.
19. Chefeg Ben Aïssa R, Brocaïl P-E, Cottet J. L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi : Quels sont les freins chez les médecins généralistes ? Existe-il une demande de la part des patientes ? Thèse Med : Univ Tours, 2013.
20. Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé.
21. Cockrill K, Upadhyay UD, Turan J, Foster DG. The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2013;45(2):79-88.
22. Coleman PK. The Decline of Partner Relationships in the Aftermath of Abortion. *Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change* [Internet]. Hiver 2007 [cité 9 nov 2020];20(1). Disponible sur: http://www.lifeissues.net/writers/air/air_vol20no1_20071.html
23. Coleman PK, Rue VM, Spence M, Coyle CT. Abortion and the sexual lives of men and women: Is casual sexual behavior more appealing and more common after abortion? 8:16.
24. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *Br J Psychiatry*. sept 2011;199(3):180-6.
25. D'andres C. Le désir d'enfant chez la femme, Importance pour la pratique clinique en gynécologie-obstétrique. *Mémoire de sexologie*, 2011
26. Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, *Journal Officiel de la République française* du 08 mai 2009, n°107.
27. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures, *Journal Officiel de la République française* du 27 mars 2013, n°73.
28. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination, *Journal Officiel de la République française* du 05 juin 2016, n°130.

29. De Muylder X, Demandes d'IVG : ne rien demander de plus, Laennec, 2003/4 (Tome 51), p. 9-15.
30. Divert N. Des hommes et l'expérience de l'IVG. La Revue Sage-Femme. mai 2016;15(2):69-72.
31. Dorangeon H. Vécu et besoins ressentis des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ambulatoire. Thèse med : UPEC, 2016.
32. Fondation de l'Avenir. Pourquoi et comment accompagner les femmes dans la prise en charge de la douleur. Dossier de presse.
33. Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. Br J Psychiatry. août 1995;167(2):243-8.
34. Grandrupt A-C. Place du médecin généraliste dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse: état des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans. Thèse med : Univ Nancy, 2007.
35. Greve M, White R. Le vécu de la grossesse-Une étude descriptive basée sur l'évocation hiérarchisée. Thèse med : Univ Lyon, 2016.
36. Handy JA. Psychological and social aspects of induced abortion. British Journal of Clinical Psychology. 1982;21(1):29-41.
37. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. 2010 déc [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
38. Hess RF. Women's Stories of Abortion in Southern Gabon, Africa. J Transcult Nurs. janv 2007;18(1):41-8.
39. Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. BJOG:An international journal of O&G. juill 1997;104(7):829-33.
40. INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit - Dossier de Presse. 2007
41. Jeanjean M. Prise en charge et ressenti des femmes ayant recours à une interruption volontaire de grossesse sur le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes Caremeau. Mémoire SF : Univ Nimes, 2019.
42. Kourio A. Analyse de pratiques de la consultation de suivi après une IVG médicamenteuse en ville auprès des médecins du réseau RIEV en région Midi-Pyrénées. Thèse med : Univ Toulouse, 2016.
43. Laveau A. Parcours de soins des femmes souhaitant une interruption volontaire de grossesse, avant leur accès au contre. Thèse med : Univ Angers, 2014.

44. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. févr 2005;34(1):53-61.
45. Lim-Bougherra F. Vécu de femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse en cabinet de médecine générale: approche qualitative. Thèse med : Univ Rouen, 2014.
46. LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, *Journal Officiel de la République française* du 18 janvier 1975, 107^{ème} année, n°15
47. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, *Journal Officiel de la République française* du 07 juillet 2001, 113^{ème} année, n°156
48. Mainguy A. Synthèse de la littérature qualitative francophone en psychologie depuis l'année 2000 sur le vécu psychique de la femme après l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Thèse Med : Univ Angers, 2013.
49. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. 2000;57:8.
50. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. Thèse med : Univ Paris Descartes, 2014.
51. Mazuy M, Toulemon L, Baril E, Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours, *Ined, Population*, 2006, n°69 (3), pp 365-398.
52. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Population & Sociétés*. 2015;N° 518(1):1.
53. Moisdon É. Étude descriptive du ressenti de la douleur auprès de 52 femmes ayant eu recours à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse au CHU de Caen. Mémoire SF : Univ Caen, 2018.
54. Moreau C. Access to health care for induced abortions: Analysis by means of a French national survey. *The European Journal of Public Health*. 1 déc 2004;14(4):369-74.
55. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue française des affaires sociales*. 2011;1(1):148.
56. Nisand I. Comment diminuer le nombre des IVG en France ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 31 (2003) 499–503

57. Nouvellon M. Parcours de soins et vécu d'une interruption volontaire de grossesse réalisée en ville chez des médecins généralistes conventionnés : étude quantitative de 71 témoignages de femmes. Thèse med : Univ Aix Marseille, 2018.
58. Olier L. Présentation du dossier. La prise en charge de l'IVG en France : évolution du droit et réalités d'aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*. 2011;1(1):5.
59. Perrin E, Bianchi-Demicheli F. Vie sexuelle, devenir du couple et contraception après IVG. Etude prospective réalisée à Genève (Suisse) auprès de 103 femmes. *Rev Med Suisse Romande*. 2002 Mai;122(5):257-60.
60. Pouliquen L. Les conséquences psychologiques de l'avortement. Institut européen de bioéthique [Internet]. mars 2011 [cité 8 nov 2020]; Disponible sur: <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/etudes-consq-psych-avortement.pdf>
61. Prudhomme C. Vécu des femmes lors d'une IVG médicamenteuse à domicile. Enquête qualitative en Bretagne auprès de femmes suivies par des médecins généralistes libéraux conventionnés. Thèse med : Univ Rennes, 2019.
62. Reardon DC. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*. 1 janv 2018;6:2050312118807624.
63. Recommandations de Bonne Pratique, Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, HAS, Décembre 2010
64. REVHO. Rapport d'activité 2017 REVHO. 2017;34.
65. Roques L. Quel est le vécu des femmes qui réalisent une IVG médicamenteuse en ambulatoire par une médecin généraliste. Thèse med : Univ Montpellier-Nimes, 2019.
66. Rousset V, Thollot L. L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires. Une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées. Thèse med : Univ Toulouse, 2015.
67. Russo NF, Zierk K. Abortion, Childbearing, and Women's Well-Being. *Professional Psychology, Research and Practice*. 1992;23:269-80.
68. Saurel-Cubizolles M-J, Opatowski M, David P, Bardy F, Dunbavand A. Pain during medical abortion: a multicenter study in France. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. nov 2015;194:212-7.
69. Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *BJOG:An international journal of O&G*. déc 1998;105(12):1288-95.
70. Thorp JM, Hartmann KE, Shadigan E. Long-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: A Review of the Evidence. *Linacre Q*. févr 2005;72(1):44-69.

71. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*. 2011;116-47.
72. Vilain A avec la collaboration de Allain S, Dubost C-L, Fresson J et Rey S. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019, DREES, Études et résultats, Septembre 2020, n°1163
73. Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. 2007;12.
74. Winckler M. Les brutes en blanc. 2016.

Annexes

Annexe 1 : Version finale du guide d'entretien

Guide d'entretien semi-directifs

Vécu et conséquences à long terme d'une interruption volontaire de grossesse (IVG)

« Bonjour, je m'appelle Agathe Desmons et je finis ma formation en médecine générale.

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de faire cet entretien.

Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse aux conséquences à long terme d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Je travaille donc sur ce qu'ont pu vivre les femmes au moment de cette interruption de grossesse mais également à ce qui s'est passé par la suite. Vous qui avez vécu cette expérience, vous êtes la mieux placée pour m'en parler. Votre avis est donc très important pour moi et si vous êtes d'accord, nous allons en discuter.

Tout ce qui sera dit pendant cet entretien sera bien sûr anonyme et si vous êtes d'accord, je vais enregistrer notre échange. Vous pouvez ne pas répondre aux questions et arrêter l'entretien sans vous justifier.

L'entretien va durer entre 30 et 45 minutes. Est-ce que vous avez des questions pour commencer ? »

- 6) Caractéristiques de la patiente : « Pour commencer j'aimerais en savoir un peu plus sur vous »
 - Age, profession/niveau socioéconomique, environnement affectif/familial, nombre et âge des enfants, antécédents d'IVG, délai depuis l'(ou les) IVG, autres antécédents (psychiatriques), domicile rural/urbain, religion + contraception initiale au moment de l'IVG
- 7) Contexte de l'IVG : « Donc, vous avez vécu une IVG il y a quelques années, pouvez me raconter comment cela s'est passé et comment les choses se sont déroulées ? »
 - Découverte de la grossesse, choix de faire une IVG, difficulté à faire ce choix ou non, implication du partenaire, choix de la structure (CPEF, hôpital, libéral)
- 8) Exploration du vécu de l'IVG : physique, psychique : « Comment s'est déroulé l'IVG ? »

Douleurs ? Séquelles immédiates ? (Corps étranger) / Vision des saignements / Suivi direct post IVG -> PEC psy ?
- 9) Exploration du vécu à distance de l'IVG : physique, psychique, sexuel, social : « A distance de l'IVG »
 - Y'a-t-il eu des changements physiques après cette IVG ? Actuellement, est-ce le cas ?
 - Quand avez-vous repris les RS après l'IVG ? Y'a-t-il eu des changements dans votre sexualité après l'IVG ? Chez votre partenaire ?
 - La relation dans votre couple/avec vos partenaires par la suite a-t-elle été compliquée ?
 - Cette IVG a-t-elle entraînée des conséquences sur votre désir d'enfant ? Comment se sont passées les grossesses ultérieures ?

- Votre entourage est-il au courant ? Si oui, quelles ont été leurs réactions ? Si non, pourquoi ne pas leur en avoir parlé (*peurs*) ? (Reproches)
- Au niveau psychologique, avez-vous eu besoin d'un soutien ? En avez parlé à quelqu'un et si oui, qui ? *Exploration : culpabilité, regrets, honte, deuil, remise en question, page tournée, expérience assumée, constructive...*
- Avez-vous repris une contraception à la suite de l'IVG et si oui, laquelle ? Conséquences sur votre parcours contraceptif ? (Confiance dans la contraception)

10) Les propositions d'amélioration : « Quelles sont les choses que vous proposeriez pour que ça se passe mieux ? »

« Avez-vous quelque chose à rajouter ? »

Ne pas oublier de relancer les patientes si questions hors entretien et intéressantes. Plus faire des pauses, ne pas trop parler.

Annexe n°2 : Verbatim d'un des entretiens

Interne : Voilà, c'est parti. Pour commencer, j'aimerais bien en savoir un peu plus sur vous. Si vous pouviez vous présenter ?

Femme 5 : Alors, je m'appelle ***, j'ai 32 ans. J'ai deux enfants, je suis en concubinage. Je vis sur Epinay sous Sénart. Je suis monitrice-éducatrice. Mais bon en ce moment je travaille pas, parce qu'avec les... fermetures de classe avec le Covid, on est obligés de s'adapter ! Mais euh... voilà. Ça m'est déjà arrivé donc justement d'avoir des interruptions de grossesse. Donc la dernière justement, il me semble que c'était il y a 10 ans, ou peut être un petit peu moins, il y a peut-être 8 ans. Et j'en ai vécu deux. Une à la maison. Et une à l'hôpital privé Claude Galien, donc à Boussy. Et euh... la première, donc j'étais plus jeune, c'était il y a plus de 10 ans, c'était sous médicaments. On... on... Enfin, je l'ai fait chez moi. Il n'y a pas eu du tout de suivi médical, on ne m'a pas proposé de le faire à l'hôpital... C'était chez moi. Et donc, euh... je devais avoir 18-19 ans, et je savais pas ce que c'était. J'avais pas du tout d'informations. Donc, ça a été très dur, parce que ça a été très douloureux. Et ça a duré, enfin, ça a duré des heures... avant que, ben justement, que j'aille aux toilettes et qu'il y ait l'expulsion totale. Mais vraiment, ça a été très douloureux, j'étais vraiment pas bien. Et la deuxième, donc c'était à Galien. Là par contre j'ai eu un vrai suivi, ça s'est fait en chambre d'hôpital. Il y avait ma maman, il y avait un médecin qui venait voir si tout allait bien. Et justement, j'avais été étonnée du suivi. Parce que je connaissais pas les risques, réellement. Et c'est vrai que quand on est tous seuls c'est pas évident. Donc la deuxième fois ça s'est bien passé. C'était aussi douloureux malheureusement. Et ça s'est très bien passé, il y a une dame qui venait voir. Et même quand il y a eu l'expulsion, si tout était bien... C'est-à-dire qu'elle a vérifié si tout était bien... comment dire, euh, sorti. Parce que même ça, quand on est tout seul chez soi, on sait pas. Alors qu'un médecin, une infirmière, enfin quelqu'un de compétent le sait. Donc j'avoue... que c'est un peu traumatisant. Parce que c'est... c'est très douloureux. Et j'avais regretté un petit peu... de vivre ça. Mais j'avais pas le choix. J'étais pas prête à l'époque pour être maman. Mais c'est vrai que j'étais pas informée des risques. De tous les risques. Et il n'y a pas assez de suivi... je sais pas si avec le nouveau système de dossier médical, enfin, le suivi sur ameli, on peut voir, mais c'est difficile

de savoir pour le médecin combien réellement on a fait d'interruption de grossesse. Et puis on peut mentir. Parce que, je sais que quand on a fait 3, ben souvent on nous dit « Non, vaut mieux pas le faire », ou on essaye de mieux nous conseiller et quand on n'a pas le choix, ben souvent il y en a qui mentent sur le nombre. Mais on est pas assez informées je trouve des risques. (Blanc) Que ce soit, enfin, d'être stérile... même peut être on sait jamais, une hémorragie, quelque chose qui se passe mal en fait pendant. Et je l'ai su, bien, bien, bien longtemps après.

I : D'accord. On va reparler de tout ça ! Je voulais juste savoir, vos enfants là, ils ont quel âge ?

F5 : Alors j'ai une fille de 4 ans. Et j'ai un fils de 1 an.

I : D'accord. Donc les interruptions de grossesse c'était avant du coup.

F5 : Oui. Oui, oui, oui.

I : Ça marche. Donc il y en a eu 2, les deux à chaque fois c'était médicamenteuse, mais il y en a eu une chez vous, la première, et la deuxième c'était avec les médicaments mais à l'hôpital.

F5 : Voilà.

I : D'accord. Est-ce que vous avez des problèmes de santé ?

F5 : Non. Pas de problèmes de santé.

I : Ça marche. Et, est-ce que vous preniez au moment des deux interruptions de grossesse, est-ce que vous aviez un moyen de contraception ?

F5 : Euh... Alors il me semble que... il me semble que j'avais l'implant. Mais certainement que ça s'est passé entre... entre un changement d'implant et euh... Oui, il me semble qu'à l'époque c'était l'implant. Il me semble que les deux fois, ça a été juste le moment du changement d'implant. Parce que, même pour ma première, c'est un peu comme ça aussi que je suis tombée enceinte ! C'était le temps de prendre rendez-vous pour l'enlever, ensuite reprendre un rendez-vous parce que, enfin maintenant c'est limité le temps donc on peut pas faire tout ne même temps, l'enlever, le remettre. Et oui, c'était ça, je me souviens.

I : Ok. Là actuellement, vous avez toujours l'implant ?

F5 : Non, là c'est la pilule. Tous les jours. Et justement aujourd'hui j'ai rendez-vous pour mon suivi, j'aimerais remettre... Enfin, je vais redemander la pilule, mais j'aimerais remettre l'implant parce que c'est plus simple, comme ça on oublie pas... le médicament, et on s'inquiète pas trop. (Rires)

I : Ok, ça marche. Hmm, du coup on va... d'abord, vous allez me reparler un petit peu de la première interruption de grossesse et puis après on parlera de la deuxième. Pour la première, vous vous souvenez comment vous avez appris que vous étiez tombée enceinte ? Et comment ça c'était passé exactement ?

F5 : Oui. Oui, oui, oui. Parce que... j'arrêtais pas de vomir, j'étais malade. Je pensais que j'avais la gastro. Je suis partie chez le médecin, et ils m'ont dit « Je pense que vous devriez faire une prise de sang ou un test entre temps, mais une prise de sang pour être sûre ». Et euh, les deux

fois, c'est comme ça que j'ai su. C'est que je suis tombée très vite malade... les nausées... enfin même pour mes grossesses, je tombe très vite malade. Donc c'est comme ça que j'avais su pour la première. Donc c'était le début, c'était vraiment le début. Et j'avais tout de suite dit... dit que je le gardais pas, parce que j'étais jeune. Et du coup, on m'a prescrit les médicaments. On m'a dit vous les prenez comme ci, comme ça et puis c'est tout.

I : D'accord. Vous étiez allée où pour ça ?

F5 : Donc à l'époque j'habitais à Fontainebleau, et il me semble que c'était à la clinique de Fontainebleau. Il me semble que c'est comme ça qu'on l'appelle. C'est... Oui, c'est la clinique de Fontainebleau. C'est ça.

I : D'accord. Vous en aviez parlé à votre médecin généraliste ? Qui c'est qui vous avait orienté vers la clinique ?

F5 : Oui oui c'était un généraliste. Et du coup, il m'avait dit d'aller voir, ben il me semble un gynéco. Et j'étais partie donc à la clinique. Et on m'a juste demandé si je... une fois que j'ai eu confirmation que j'étais enceinte, si je voulais avorter. J'ai dit « Oui ». Et donc du coup, ben, ça a été sous médicaments, parce que c'était encore le moment. Mais voilà.

I : Votre compagnon, votre partenaire à l'époque il était au courant de la grossesse ?

F5 : Oui, il était au courant. Mais il a pris peur. Comme on était jeunes. Donc du coup, euh... il a paniqué. Il m'a laissée. Et moi... ben j'étais jeune, j'étais dans les études et je me voyais pas du tout avoir un enfant. En plus, je dépendais de l'aide sociale à l'enfance. Donc, je me sentais vraiment pas... Si j'avais un enfant, ça voulait dire qu'ils allaient devoir me trouver une autre structure donc je... Même, j'étais pas prête mentalement. Et euh... J'ai pris cette décision très vite... Très vite. Et euh, une fois que j'ai pris ma décision, bah... On m'a fait une ordonnance, tout simplement. On m'a pas vraiment informée. Et... même mon foyer à l'époque, euh... j'ai trouvé qu'ils étaient pas plus questionnés que ça ou il n'y a pas eu d'accompagnement... Que ce soit médical ou... Bon après j'étais jeune majeure, hein. Mais c'est vrai que je me suis laissé porter. Et bien sûr, on m'a juste dit que si ça va pas, il faut appeler les pompiers... Mais j'étais toute seule. Donc si ça va pas, si on s'évanouit ou s'il y a un problème on fait comment pour appeler les pompiers ? Je me suis vraiment rendue compte de tout ça. Et la première fois ça a été... très douloureux hein. J'ai jamais ressenti cette douleur. Et je suis pas... je suis pas, enfin, chochette de la douleur. J'arrive à supporter vraiment. Et, non, non c'était vraiment très douloureux. J'étais vraiment très stressée, très inquiète. Parce que ça duré des heures avant... avant l'extraction. Et je savais pas si c'était normal... C'était le week-end, il y a moins de monde au foyer qui travaille... Enfin, c'était un peu compliqué... (Blanc) Et la douleur... Bah, c'est un moment qu'on a pas envie de revivre... La deuxième fois que j'ai pris la décision, parce que c'était quand même plusieurs années après, euh... c'est vrai que j'appréhendais beaucoup, j'appréhendais beaucoup. (Blanc) Et on m'avait dit « Tu verras, quand tu seras enceinte, et que tu accoucheras, la douleur sera pire ». Mais finalement, ben, j'ai ressenti que pour mon avortement, la douleur était pire que pour mon accouchement, que les contractions de mon accouchement. Enfin, après j'ai eu une péridurale, mais je veux dire au début, avant la péridurale, mes contractions... eh ben c'était pas aussi douloureux que finalement mon avortement. Donc j'avais été étonnée.

I : Au niveau des saignements, est-ce que ça vous avait... c'était beaucoup ? Pas beaucoup ?

F5 : Oui c'était beaucoup. C'était beaucoup oui. Ben un peu comme... comme, quand on a accouché. C'était ça hein. C'était abondamment. Je prenais des serviettes de nuit, ben pour la journée hein. Oui, oui, c'était beaucoup.

I : Ok. Au niveau psychologique, pour la première IVG, comment est-ce que vous l'avez vécu ?

F5 : J'avoue que j'étais pas bien. J'ai pleuré, parce que je me sentais seule, un petit peu abandonnée. On a un petit peu... comme dire... du remord. Déjà de le faire. Et c'est vrai que j'ai pris la décision vite. Et des fois, ben, c'est après coup, qu'on réfléchit à tout. Et j'avais des remords. Et oui, psychologiquement, j'avais pas très bien vécu cette situation toute seule. J'ai un peu pleuré, de douleur et un peu de... je me suis sentie un peu seule pour le coup. Donc c'est vrai que la deuxième fois c'était mieux. Parce que déjà il y avait ma maman. Et... il y avait... j'étais à l'hôpital. Donc je me sentais en sécurité, et épaulée. Et je pense que c'est important. Parce qu'il y a quand même des adolescentes qui avortent. Et là, je devais avoir il me semble 18 ans. La deuxième fois j'étais plus âgée, j'avais plus de 25 ans il me semble. Et non, je pense que c'est très important le suivi, même psychologique. Tout ça c'est très important.

I : La première fois, vous en aviez parlé à votre partenaire qui n'était pas resté, est-ce que vous en aviez parlé à quelqu'un d'autre ?

F5 : Le foyer était au courant. Ils étaient au courant.

I : Mais c'est tout ? Vous n'en aviez pas parlé à une amie ? A vos parents ?

F5 : Si, si. J'en avais parlé à des amies. Mais on... Enfin, elles n'avaient jamais vécu ça. Donc elles ne connaissaient pas. Donc je n'ai pas eu d'informations de vécu. Et surtout je les avais appelées. Et elles me disaient que ça avait l'air très, très douloureux. Et j'ai des copines qui ont déjà des règles aussi très, très douloureuses, et je leur disais « C'est ça, fois 5 », j'essayais de donner une estimation. Et voilà. Mais sinon, ce jour-là, au moment où c'était, c'était trop tard pour qu'elles viennent me rejoindre en fait. C'était vraiment... ça s'est passé dans le week-end, et puis après, mes douleurs, ça a continué dans la nuit, j'ai pas pu dormir. Donc du coup c'était un peu tard pour appeler quelqu'un. Et le week-end, je ne pouvais pas appeler une éducatrice, parce qu'elle était toute seule, à la maison. Donc elle était à la maison, et nous on était dans une espèce d'appartement pour jeunes majeurs. Donc voilà. Et mes parents... donc à ce moment-là, j'étais à Fontainebleau, et mes parents ils habitaient déjà sur Épinay sous Sénart, donc même là, j'en ai pas parlé à ma mère. (Blanc)

I : Pourquoi est-ce que vous n'en aviez pas parlé à vos parents ?

F5 : Ben parce qu'on n'était pas en très bons termes. Et puis, j'avais peur du jugement de ma mère. Bon mon père c'est plus tabou, on parle pas de ces choses-là. Mais oui, j'avais peur du jugement de ma maman. Après, je savais qu'elle allait le savoir, parce qu'elle travaille à la Sécu et régulièrement, je sais qu'elle allait voir un petit peu mes rendez-vous, pour voir si tout va bien, si c'est des rendez-vous normaux. Donc je savais que de toute manière elle allait être au courant. Mais non, j'avais pas trop envie de lui en parler. Et puis, la deuxième fois, j'avais plus de maturité et puis, on s'entendait beaucoup mieux. Nos relations étaient beaucoup mieux. Donc du coup, je lui ai demandé. Et c'est vrai qu'elle m'a demandé plusieurs fois « Mais tu es sûre ? ». Et je lui ai dit « Oui, oui, je suis sûre ». Et c'est vrai que la deuxième fois, ça s'est bien passé parce que j'ai eu le soutien de ma maman. Parce que la deuxième fois aussi, le compagnon de l'époque... a pris panique. (Rires) Et il est aussi parti ! Bon après c'est un mal pour un bien,

moi j'ai trouvé. Et au final, c'est la personne avec qui je suis restée aujourd'hui, avec qui j'ai eu deux enfants. Mais j'ai eu de la chance, parce que je connais des gens qui ont avorté une fois et qui sont stériles, lié à cet... enfin, apparemment à l'avortement. (Blanc) Donc, quand j'ai su ça, je me suis dit « J'ai eu de la chance au final ».

I : Ok. Donc la deuxième interruption de grossesse, donc c'était avec un autre partenaire.

F5 : Oui.

I : Si j'ai bien compris, vous avez appris votre grossesse avec les vomissements, hein. Comme la première fois.

F5 : Oui.

I : Et donc là, vous vous êtes dirigée, vers l'hôpital directement ? Vous êtes allée voir un médecin ? Comment est-ce que ça s'est passé ?

F5 : Je suis partie voir mon médecin généraliste, qui lui m'a dit qu'il me conseillait d'aller à Galien le faire. Comme c'était le début, je pouvais le faire sous médicaments. Mais pour lui, c'était important de faire ça de manière suivie. Que c'était une demi-journée et que comme ça, s'il y avait des complications ou s'il se passe quelque chose, on est là tout de suite, on peut réagir. Et ça m'avait beaucoup rassurée. C'est vrai que je savais pas si à l'époque, la première fois que j'ai avorté, ça existait. Mais du coup, c'est vrai que la deuxième fois était moins... moins traumatisante, si je peux le dire comme ça. Parce que justement j'avais un soutien familial. Et une personne qui venait régulièrement me voir, « Comment ça va ? Les douleurs que vous avez ? », qui suit vraiment l'évolution, et qui vient regarde jusque dans les toilettes pour être sûr, parce qu'ils savent exactement si tout a été extrait ou pas. Donc même ça c'est rassurant.

I : Au niveau de la douleur justement, vous aviez eu plus de médicaments pour la douleur à l'hôpital que pour la première IVG ?

F5 : Comment ça des médicaments ?

I : On vous avait donné des antalgiques, des médicaments pour ne pas avoir mal ?

F5 : Oui, oui, oui, oui. Ah je l'ai pas du tout vécu... oui, oui, non la douleur était supportable justement. C'était pas du tout pareil parce que la première fois quand on est chez soi et qu'on n'a pas d'antidouleurs et qu'en plus... Enfin j'étais pliée en deux, je ne pouvais même pas me lever ou marcher hein. Donc oui, oui, c'était beaucoup plus gérable.

I : Vous n'aviez pas du tout eu d'antidouleurs la première fois ?

F5 : Non, j'avais pas eu d'antidouleurs la première fois. Du tout, du tout.

I : Effectivement...

F5 : Donc du coup, la deuxième, je me suis dit... C'est différent. Voilà.

I : Ok, ça marche. Est-ce que qu'après les deux interruptions de grossesse, est-ce que vous avez eu une prise en charge psychologique juste après ?

F5 : Non.

I : Vous le souhaitiez ? Vous auriez aimé ou c'est parce qu'on ne vous l'a pas proposé ?

F5 : Ben on ne me l'a pas proposé. Après, je n'y ai pas pensé. Mais j'aurai aimé... plus de préparation. C'est même pas le « après », c'est peut être le « avant ». C'est-à-dire, « voilà, vous voulez avorter, faut quand même qu'on vous explique ce que c'est, il y a des risques, vous pouvez être stérile, ou vous pouvez peut-être faire une hémorragie, on sait pas... ». C'est pas quelque chose d'anodin. C'est surtout ça... (Réfléchit) Et pour l'après... euh, pour l'après... pas forcément soutien psychologique mais peut être un suivi, c'est-à-dire, vraiment... peut être un rendez-vous d'après, pour savoir « tout va bien, il n'y a pas eu de saignements, il y a pas eu... ». Même ça, comme un suivi gynéco, comme après grossesse en fait ! Juste ça peut être.

I : Ça vous ne l'avez pas eu ?!

F5 : Non. Non, à chaque fois il n'y a pas eu de rendez-vous. Après j'allais chez le gynéco, donc moi, je donne les informations. Mais il n'y avait pas ce suivi médical... Enfin, avec le... comme ils font, je sais plus comme ça s'appelle, sur ameli, le dossier médical maintenant pour qu'on voie un peu tout. Et c'est vrai que des fois pour le suivi, on n'a pas toutes les infos. Donc si le patient ne le dit pas... C'est bien de mettre en place des rendez-vous... pour ça.

I : Vous auriez aimé qu'on vous en parle, ne serait-ce qu'un an après, qu'on vous demande comment ça allait suite à ça ?

F5 : Oui, parce que, quand il y a des complications, on devient pas stérile juste après. Je pense que les complications justement après. Est-ce qu'on peut les éviter ? Moi c'est ça que je me dis. Il y a peut-être un loupé ou quelque chose, il y a peut-être un suivi à faire. Après je suis pas médecin, mais est-ce qu'il n'y a pas une période... comme vous dites, peut-être un an après, enfin, suivi d'un an après l'avortement pour... pour voir s'il y a une complication. Ou peut-être qu'on est stérile, ou quelque chose, parce que... Il y en a qui avortent, il n'y a pas de suivi, mais c'est au moment où, peut-être cinq ans après, au moment où ils veulent faire un enfant, « Ah ça marche pas, qu'est-ce qu'il se passe ? ». Et du coup, on va chez le médecin, et on découvre un petit peu la surprise. Donc c'est ça que je me dis. Je sais pas après, je suis pas médecin, je sais pas si ça s'anticipe... ou si ça ne s'anticipe pas, ou si c'est au bonheur la chance, je connais pas. Mais j'étais beaucoup plus jeune. Et quand on est jeune et pas préparée, euh... C'est vrai que moi après la première fois j'avais dit « Plus jamais de ma vie j'avorte, si c'est ça l'avortement... ». J'avais dit « Non, je ne pensais pas que ça se passait comme ça ».

I : Vous auriez aimé peut-être avoir plus d'informations initialement ?

F5 : Oui, oui.

I : Ok, ça marche. Donc on va revenir un peu sur ce qui s'est passé après ces interruptions de grossesse. Est-ce que vous diriez qu'au niveau physique, après la première ou après la deuxième, ou les deux, est-ce qu'il y a eu des changements physiques ? Des changements au niveau de vos règles ? Voilà, des changements physiques ?

F5 : Non, non. J'ai pas eu de changements physiques. On m'a remis l'implant tout de suite après. Ça c'était automatique, enfin, un moyen de contraception. Mais non, non j'ai pas eu.

I : Est-ce que vous vous souvenez combien de temps après les 2 IVG vous avez repris les rapports sexuels ?

F5 : Euh... Peut-être... alors pour la première, je dirais 4 mois après. Et pour la deuxième, je m'en souviens pas... (Réfléchit) Pour la deuxième... pour le coup j'étais séparée, peut-être 8 mois après, c'est approximatif...

I : D'accord. Vous dites que vous étiez séparée pour la deuxième. Pour la première, vous étiez toujours avec le partenaire ?

F5 : Au début non. Et après, 4 mois après, oui. Et après, ben, ça avait pas continué.

I : D'accord. Est-ce qu'il y avait eu un blocage au moment de reprendre les rapports sexuels ou ça avait été naturel ?

F5 : Non. Il n'y a pas eu de blocage. Enfin c'était naturel, il n'y a pas eu... même de douleurs ou de choses comme ça. Que du coup, voilà, avec les grossesses et les accouchements, je peux connaître. Non, j'ai pas ressenti ça.

I : Ça s'est bien passé donc. Donc finalement, j'allais vous poser la question de la relation dans votre couple, avec vos partenaires... Mais bon, finalement, au moment où vous leur avez annoncé, ça s'est arrêté là ? Comment ça s'est passé exactement ?

F5 : Oui, ça s'est arrêté. Moi j'appelle ça de la panique. Vraiment. Surtout que, enfin, moi j'étais déjà décidée. Parce que moi aussi je n'étais pas prête. Donc c'était « J'avorte ». Mais la personne... enfin, les deux fois, c'était prise de panique et je prends la fuite. Donc c'est plus, « Bon, je vais plus donner de nouvelles, je vais prendre un temps ». Mais c'était vraiment... Je dis pas, en mode, « Ah c'est des goujats », vraiment c'était de la panique, c'était comme un stress. Il fallait qu'ils digèrent ça. Donc il leur fallait du temps. Mais moi pendant ce temps-là, ben, j'ai avorté. Et comme ça n'a pas été... comme ça n'a pas été facile, ben après c'est vrai que j'avais plus envie de leur parler. C'est un peu retombé sur eux, peut-être, le manque d'accompagnement. Et puis comme la deuxième fois il y avait eu ma maman. Et puis moi j'ai pas... la première fois j'avais demandé à ce que la personne avec qui j'étais soit avec moi... Et c'est vrai que d'avoir vécu ça toute seule et pas bien, ben j'avais pas envie de lui reparler, ça c'est sûr et certain ! Parce que, je comprends, et la prise de panique mais... enfin, moi j'ai souffert ce jour-là, le jour où j'ai avorté. Et du coup, oui, non, j'en voulais à la personne. Ça c'est sur ça ! Parce que j'étais dans le même état en fait. C'était un peu maladroit de sa part. Après, je comprends, moi aussi j'ai réagi pareil, j'étais jeune, je crois que j'avais entre 18 et 19 ans, « Mais je suis pas prête, je suis jeune, je suis pas prête à avoir un enfant, je me sens encore enfant ». En plus, j'étais à l'aide sociale à l'enfance. En contrat jeune majeur. Il y avait plein de choses qui faisaient que j'avais ce manque de maturité. Et c'est pour ça que j'ai décidé très vite d'avorter. Donc j'étais dans le même état d'esprit, je comprenais. Et prendre la fuite, comme si c'était un peu la solution... Le problème, c'est qu'il y en a qui font ça et les gens n'avortent pas et gardent l'enfant... Après, je ne juge pas, je comprends vraiment la prise de panique... Mais l'avortement, cette épreuve... le fait de la vivre seule, ben, ça passe pas...

I : Et vous vous êtes remise avec ce partenaire après la première... ?

F5 : La première fois, donc au bout de 4 mois, avec... oui, les excuses, les regrets. J'avais revu cette personne mais ça a pas... ça a pas continué. Je pense que... il y a une petite rancœur, il y a ce petit truc qui était resté dans ma tête, parce que, je vous dis, la première fois je l'ai très mal vécu. Le fait d'être seule... le fait d'être seule, psychologiquement, c'était pas rassurant. La douleur, j'en ai pleuré... Alors que la deuxième fois, j'ai pas pleuré, il n'y avait pas tout ce stress qui est venu, cette angoisse, la douleur... Il n'y avait pas une accumulation... (Blanc)

I : Ok. Est-ce que vous diriez que ces deux interruptions de grossesse elles ont joué sur votre désir d'enfant par la suite ?

F5 : (Blanc) Alors, moi, j'ai toujours voulu avoir des enfants. Euh... (blanc) après, euh... Comme je... comment dire je, j'étais pas trop sûre de moi. Je me disais, je ne suis pas capable d'être maman. Donc déjà il y avait déjà ce travail sur moi de base, « Ben si je suis capable d'être une maman ». Et en fait, quand j'ai avorté, j'ai regretté parce que j'ai toujours eu en moi cette envie d'être maman. Donc j'avais eu beaucoup de regrets. En me disant... enfin, « T'as tué... deux embryons », c'est comme ça que je peux dire... alors que ben « si ça se trouve t'étais prête ». J'avais eu une culpabilité oui. Mais ça m'a pas enlevé cette envie d'être maman. Et en fait en grandissant, j'ai fait plus attention avec le moyen de contraception. Parce que je voulais pas revivre ça. Je savais que la prochaine, juste pour ne pas revivre, je pense que je n'aurais pas avorté. J'avais toujours eu cette envie et du coup j'ai fait plus attention. Et vraiment, quand cette fois-ci avec mon partenaire on s'est dit « On veut un enfant, on est prêts », là j'ai arrêté l'implant. Et ça s'est fait avec l'envie, vraiment. Une fois qu'on a décidé. Et je suis tombée très vite enceinte. Les deux fois. Les deux fois ça a été, enfin, pas programmé, mais « Là on est prêts pour le premier et là on est prêts pour le deuxième », et je suis très vite tombée enceinte. Et j'ai vraiment compris la chance que j'ai, parce que... enfin, il y en a, même en n'ayant pas avorté, ils ont des complications pour le premier, ou le premier, ben c'est venu vite mais quand ils ont voulu faire le deuxième, ben, il a fallu attendre 1 an, 2 ans... parce que c'était plus compliqué, il fallait aller faire un suivi gynéco... Et moi j'ai eu cette chance que, quand j'ai voulu être enceinte, je suis tombée enceinte très vite. Et après, je dis pas que c'est rare, mais c'est quand même une chance parce qu'on peut très vite avoir des complications aujourd'hui. (Blanc) Parce que c'est pas rien... Deux ruptures de grossesse c'est pas rien ! (Blanc) Donc ça m'a pas enlevé l'envie. Au contraire, j'avais toujours l'envie mais cette fois-ci de faire les choses en faisant plus attention, vraiment, au moyen de contraception. Et ne plus refaire cette erreur. Et que si cette fois-ci je retombe enceinte, ben que là j'avorterai pas. Parce que je n'étais plus prête à revivre un avortement... (Voix très basse) Enfin, en tout cas, sous médicaments. Parce que j'ai pas vécu les autres. Mais j'ai des amies, qui ont fait par aspiration, et qui étaient vraiment pas bien... Et j'en connais une qui... je crois qu'elle était enceinte de 5-6 mois, et à 5-6 mois, son partenaire lui a dit « Je veux pas de l'enfant », et il est parti. Et elle se sentait pas prête psychologiquement à avoir l'enfant et à l'assumer seule. Elle est partie en Hollande. Je crois qu'elle a payé 800 euros. Et il y a énormément de français, enfin, des européens, enfin c'est un business. Et, ça l'a traumatisée. Parce que, ben, c'est un accouchement. Et il est formé. Et vraiment... même une dépression, enfin elle a dû être suivie psychologiquement après. Donc, je me dis, peut-être l'avortement, que ce soit médicament ou tout ce qu'on peut proposer aujourd'hui, c'est pas anodin psychologiquement.

I : Non, c'est sur... (Blanc) Euh... Et donc là, votre maman du coup... si on revient sur le deuxième avortement, vous en aviez parlé à votre maman cette fois-ci ?

F5 : Oui, oui.

I : Quelle a été sa réaction lorsque vous lui en avez parlé du coup ?

F5 : Elle a trouvé que j'étais mature de prendre cette décision. Parce que j'avais pas forcément la situation adéquate pour accueillir un enfant. Et que, ben, elle me soutenait dans... comment dire, dans ma décision. De par ma situation, et du fait de la réaction de la personne avec qui j'étais à l'époque. Et j'ai eu un vrai soutien, on en a vraiment discuté. Et elle n'a jamais avorté, mais elle a eu, je crois, une fausse couche. Et pendant qu'elle était enceinte de moi, elle attendait des jumelles et elle en a perdu une. Donc elle savait un peu ce que c'était... Pas une interruption de grossesse qu'on fait euh... mais naturellement, et donc du coup elle savait que c'était pas facile et elle m'a vraiment soutenue. Et donc du coup ça m'a vraiment aidée.

I : Est-ce qu'à ce moment-là vous lui avez parlé du premier avortement ?

F5 : Oui, je lui en ai parlé. Et oui, oui, elle m'a dit que j'aurais dû lui dire, et que... et que... ben elle a pas compris pourquoi le foyer ils étaient pas là. Mais eux aussi... c'est pas des experts en avortement, ils avaient pas toutes les informations. Et il y avait... comme j'étais plus dans la maison, vu que j'étais en appartement, il y avait aussi ce pas vers l'indépendance, où on commence à se débrouiller toute seule. On n'est plus constamment derrière nous. Mais c'est vrai que comme en plus elle travaille à la Sécu, il y a des choses qu'elle connaît. Et c'est vrai qu'elle aurait voulu être là pour ne pas que je sois toute seule pour vivre ça. Parce qu'elle sait que c'est pas facile. (Blanc)

I : Ok, d'accord. Hmm, est-ce que là, vous diriez... parce qu'on a parlé d'un soutien psychologique, au moment où ça s'est passé, vous n'en aviez pas besoin, mais est-ce que vous diriez que ça pourrait vous être utile ?

F5 : Aujourd'hui, non. Après, pour le deuxième, non. Mais peut-être pour le premier. Euh, j'avoue peut-être pour le premier, parce que j'étais plus jeune et qu'au final, je sais pas trop ce que j'avais vécu. Et je savais... enfin, je manquais d'informations et je ne connaissais pas les risques. Peut-être que la première fois ça aurait été utile.

I : Qu'on vous le propose ?

F5 : Voilà. Parce que j'étais plus jeune. Et que ce soit ado ou jeune majeure, je pense que c'est important pour qu'on prenne conscience de ce qui s'est passé, qu'on digère et que voilà, ce soit passé, vraiment, psychologiquement aussi. Je pense que ça m'aurait fait du bien pour la première. Mais pour la deuxième quand même avec le suivi médical que j'ai eu par mon médecin généraliste, l'hôpital et la gynéco, ça suffisait, parce que psychologiquement je me sentais bien. Je me sentais bien et ça s'est mieux passé. Et, ben j'étais informée du fait que j'avais déjà vécu... et que des années étaient passées. Enfin j'étais plus mature, il y avait plein de choses qui rentrent en jeu. Mais je pense que c'est vraiment important pour les ados, les jeunes. Je me dis une enfant de 15 ans qui vit ça... s'il y a pas un suivi... c'est... Sachant qu'il y en a ils ont pas le soutien des parents, donc ça va être fait anonymement... C'est important le suivi psychologique, l'information, la prise de conscience de ce qu'elles ont fait pour qu'aussi elles se responsabilisent. Parce qu'à 15 ans, si on a vécu ça et qu'on n'a pas envie de le revivre, ben on va se responsabiliser, on va prendre la pilule ou mettre l'implant ou faire plus attention en tout cas.

I : Tout à fait. Est-ce que vous diriez qu'il y a eu un manque de confiance dans la contraception suite au fait que vous soyez tombée enceinte au moment des changements d'implant ? Est-ce que ça a influencé votre avis sur la contraception ?

F5 : Non, parce que... j'avais aussi un manque d'informations. L'implant à l'époque il était, comment on dit ça... ça faisait pas longtemps je crois, il était encore, je sais plus comment on dit... ils avaient pas tous les effets néfastes, tout ça et c'est vrai que moi je me suis dit « Bon j'enlève l'implant, si j'ai pas eu mes règles, je peux pas tomber enceinte », vous voyez. Ou, des fois, même pour la pilule, je pensais ça. Alors que une fois qu'on l'a enlevé, non, on n'a pas besoin d'avoir ses règles pour tomber enceinte. Et c'est ça, c'est comme ça que je me suis trompée la première fois. Et euh, c'était encore un manque d'infos, parce que vraiment, je m'étais dit « Comme on la prend, il faut le cycle », ben moi je m'étais dit « Ben après l'implant, il n'y a pas eu ovulation parce qu'il n'y a pas eu de règles donc c'est pas possible ». Enfin moi je le voyais comme ça. Et comme c'était nouveau l'implant... Là aussi, on aurait dû avoir des informations. Même pour la pilule... Par exemple, moi avant la pilule que je prenais c'était celle les 15 jours, et aujourd'hui c'est la pilule de tous les jours, eh ben avant je savais pas, si je rate un jour, dans les 2 semaines qui viennent, même si je l'ai reprise, faut pas que j'ai de rapports parce que je peux tomber enceinte. Enfin, c'est des petites informations comme ça qui... qui manquaient. Mais sinon, j'ai confiance dans les moyens de contraception. Après c'est pas du 100% pour tout. Mais moi j'ai bien réagi, comment dire, que ce soit à la pilule ou aux implants, ça fonctionne. Mais c'est dès qu'il y a un arrêt, ben, c'est pas les règles qui... non c'est tout de suite le... c'est dès l'interruption, dès qu'il y a rapport qu'on peut tomber enceinte.

I : Tout à fait. Ok. Hmm, très bien. J'avais une question en tête à vous poser et je l'ai oubliée ! (Rires) Non mais ça va me, ça va me revenir ! Ah oui, c'est ça ! Est-ce que... Comment est-ce que vous vivez là justement le fait qu'on en rediscute plusieurs années après ? Est-ce que ça fait remonter des émotions ?

F5 : Ben ça me fait du bien ! En fait quand le Dr W m'a parlé de ça, eh ben j'étais contente parce que je me suis dit « Bah tiens, je vais pouvoir en parler en fait ! ». Tout simplement. Je vais pouvoir en parler. J'ai déjà des copines, où, je... je leur avais un peu expliqué. Pour pas qu'elles le vivent en fait. Je leur avais dit « Vraiment, il faut éviter... si tu peux éviter... toujours un moyen de contraception... enfin vraiment, parce que c'est pas vivable ». Je me souviens que je l'avais dit à une copine. Et elle l'a vécu peut-être 10 ans après... Et pareil, elle a vécu la première chez elle, sans... enfin, elle avait juste du Doliprane pour les douleurs hein. Donc ça avait été très douloureux. Et elle m'a dit « Oui, non, je ne referai pas une deuxième... ». Elle a dit « Plus jamais ». Et là ça me fait du bien au contraire de sortir ça, parce que c'était pas des moments rigolos hein, c'était pas des moments... En fait, il faut digérer la douleur et... ce qu'on a fait. On a fait une interruption de vie. Sans que ce soit religieux. Sans que ce soit religieux, il y a quelque chose dans notre tête où on se questionne forcément. « Il y a de la vie en moi. Je l'ai arrêtée. Est-ce que je l'ai arrêtée pour les bonnes raisons ? Est-ce que la douleur et la contrainte en valaient le coup ? Est-ce que j'ai des regrets ? ». Et sur le moment, on a ces regrets-là. Mais c'est plus tard qu'on se dit « Oui, en quelque sorte j'ai bien fait, parce que j'étais vraiment pas prête et je savais que j'étais pas prête ». Et le fait de pouvoir faire des enfants quand dans sa tête on se sent prête... c'est, c'est... c'est important. Mais là, d'en parler, oui moi ça me fait du bien ! Ça me fait du bien !

I : Ben tant mieux ! (Rires) Tant mieux ! Pour résumer, vous me disiez que les choses que vous proposeriez pour que ça se passe mieux finalement, c'est plus d'informations, c'est ça hein ?

F5 : Oui. Plus d'information. Et de prévention. Que voilà « Vous allez vivre quelque chose. C'est pas rigolo. C'est douloureux. Faut que vous soyez consciente des risques. ». Parce que moi on m'avait dit... On m'avait parlé des risques au bout de 3... Si on, enfin, après 3 interruptions de grossesse, on m'avait dit. On ne m'avait pas dit « dès la première ». On m'a dit « on peut faire 3 interruptions de grossesse et après il peut y avoir beaucoup de complications ». Et en fait, dès la première il peut y avoir des complications. Donc informer, parce que je pense que, du coup, dans la réflexion de la personne il y aura cette prise en compte de risque, et ce sera dans la réflexion. Ce sera pas que nos émotions ou notre situation, on essaiera de peut-être prendre en compte ça. Et voilà.

I : Ok, donc faire de la prévention, informer.

F5 : Oui, et puis pour l'après, ben suivi gynéco. Et demander à la personne ne serait-ce que si ça va.

I : Vous n'aviez pas eu de consultation après l'interruption de grossesse ?

F5 : Après l'interruption de grossesse ? J'en ai eu une mais que pour tout de suite me donner un moyen de contraception. Donc, tant qu'il n'y a plus de saignements, tant qu'on répond aux questions et que « Ah bah c'est bon ». On m'a donné un moyen de contraception et puis « au revoir ». On m'a pas demandé comment je l'ai vécu, on ne m'a pas demandé... Non on m'a rien demandé. (Blanc) Donc voilà.

I : Ok. Et donc oui, c'est ça, ce que vous auriez peut-être aimé c'est qu'on pose la question peut-être de manière systématique pendant la première année, quand vous venez voir le médecin, ben voilà « Comment est-ce que ça va ? Comment est-ce que vous vivez les choses ? ».

F5 : Oui. Oui, oui. Et puis... Je sais pas comment on peut faire un suivi médical pour savoir s'il y a des complications parce que... à quel moment, si elles sont pas visibles, comment on peut savoir avant si on est stérile ? Pas stérile ? Parce que moi l'information que j'avais c'était plus « Ben oui au bout de 3, on surveille un peu plus parce que là c'est sûr qu'il y a des gros risques au niveau de la stérilisation ». En fait dès la première. Donc je pense qu'ils devraient quand même suivre ça. Je sais pas si ça s'anticipe ou quelles sont les complications... Parce que forcément c'est pas naturel. Donc c'est sûr que ça casse quelque chose dans l'organisme. Je sais pas aujourd'hui... parce que c'était il y a quelques années... je sais pas aujourd'hui, par rapport à ça si on fait plus de suivi. Mais il a y beaucoup de gens qui sont stériles après le premier avortement. Donc si elles sont pas été informées avant... Bah moi je pense qu'on peut faire une dépression derrière. Parce que c'est pas parce qu'on avorte un jour qu'on veut pas d'enfants. Mais justement, si on a envie un jour d'un enfant et qu'on sait les risques, peut-être qu'on avortera pas, peut-être qu'on avortera une fois, on fera un suivi, enfin je sais pas mais il faut tous les éléments. Parce que je pense que psychologiquement c'est important.

I : Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter à notre conversation ? Est-ce que vous m'avez tout dit ?

F5 : Euh... Je pense ! Ouais, je pense !

I : Ça marche, très bien !

ABSTRACT

YEAR : 2021

AUTHOR (NAME – FIRST NAME) : DESMONS Agathe

THESIS DIRECTOR : Dr ZARD Emilie

Long-term experience of medicine-induced abortions.

Introduction: Since its authorization in France, medicine-induced abortion has steadily increased and remains a subject of debate and questioning. The long-term experience of patients who have had an abortion is poorly studied. The aim of this study was to document the overall feelings of women and analyze the potential consequences.

Method: Qualitative survey using semi-structured interviews conducted between February and April 2021 with 12 women who have had a medicine-induced abortion between 5 and 10 years ago. The content analysis method was used to organize the results and the evolution of the interview guide followed the grounded theory principles.

Results: The physical experience was mixed and improved by information received from the doctors. The psychological experience was more varied: guilt or regret, or conversely, no negative thoughts. Numerous elements could influence this feeling, such as the context in which the abortion was carried out or the support provided by the different actors during the process. The opportunity of psycho-social support was imperative, but paradoxically, its recourse should remain optional. The patient's monitoring by the doctor was appreciated overall, despite improvement highlighted by some. Few changes were reported on the social, sexual, or reproductive level.

Conclusion: The long-term experience of medicine-induced abortion observed in our study was generally like previous studies conducted early after the procedure. Several suggestions, based on the testimonies, could improve the experience and follow-up of their medical abortion.

KEY WORDS:

- Qualitative research
- Induced abortion
- Unwanted pregnancy
- Life change events
- General practice

UNIVERSITY ADDRESS. : 8, Rue du Général SARRAIL
94010 CRETEIL CEDEX

RÉSUMÉ

ANNEE : 2021

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : DESMONS Agathe

DIRECTEUR DE THESE : Dr ZARD Emilie

TITRE DE LA THESE :

Vécu à long terme d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Introduction : Depuis son autorisation, l'IVG médicamenteuse est en constante progression, et reste un sujet source de débat et de questionnements. Le vécu à long terme des patientes ayant eu recours à cette méthode constitue un sujet peu étudié. Nous avons documenté ce ressenti et les conséquences potentielles.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-directifs réalisés entre février et avril 2021 auprès de 12 femmes ayant vécu une IVG médicamenteuse entre 5 et 10 ans auparavant. L'analyse a été effectuée en contenu thématique et le guide d'entretien a évolué selon les principes de la théorisation ancrée.

Résultats : Le vécu physique, varié, était amélioré par les informations reçues des médecins. Le vécu psychique était plus hétérogène : culpabilité ou regrets, ou à l'inverse, aucune pensée négative. Plusieurs éléments influençaient ce ressenti comme le contexte de réalisation de l'IVG ou l'accompagnement des différents acteurs au cours du processus. L'accompagnement psycho-social devait être impérativement proposé mais son recours devait paradoxalement rester optionnel. L'accompagnement du médecin était plutôt apprécié, avec des pistes d'améliorations proposées. Sur le plan social, sexuel ou procréatif, peu de changements étaient rapportés.

Conclusion : Le vécu à long terme des IVG médicamenteuses observé dans notre étude était similaire aux études antérieures, réalisées précocement après l'acte. Plusieurs propositions, définies à partir de l'expérience des femmes, permettraient d'améliorer le vécu et le suivi de leur IVG médicamenteuse.

MOTS-CLES :

- Recherche qualitative
- Avortement provoqué
- Grossesse non souhaitée
- Événements de vie
- Médecine générale

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL
94010 CRETEIL CEDEX