



**HAL**  
open science

# Mieux comprendre la répétition des IVG chez des femmes confrontées à plusieurs grossesses non prévues

Armelle Poupard

► **To cite this version:**

Armelle Poupard. Mieux comprendre la répétition des IVG chez des femmes confrontées à plusieurs grossesses non prévues. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04226660

**HAL Id: dumas-04226660**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04226660>**

Submitted on 3 Oct 2023

**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.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2023

N°

**THÈSE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

Par

***Armelle POUPARD***

---

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2023

---

**MIEUX COMPRENDRE LA REPETITION DES IVG CHEZ DES FEMMES  
CONFRONTEES A PLUSIEURS GROSSESSES NON PREVUES**

---

Président du jury : Monsieur le Professeur Thibault THUBERT

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Clément LE GLATIN

Madame la Sage-Femme Françoise BARDY

## Remerciements

Au Professeur Thibault Thubert, président du jury, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et d'apporter votre regard de gynécologue sur ce travail de thèse.

Au Professeur Céline Bouton et au Docteur Miguel Jean, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'accorder un intérêt à ce travail de thèse. Vous avez tous les deux été des acteurs de mon histoire, mon expérience des études de médecine. Je suis ravie et reconnaissante que vous puissiez participer à cette étape finale de la thèse.

A mes directeurs de thèse, la Sage-Femme Françoise Bardy et le Docteur Clément Le Glatin, vous faites partie de ces belles rencontres que j'ai faites tout au long de mon internat. Vous avez été, tous les deux, mes « maitres spirituelles » dans cette profession, au sens large, de soignant.

Clément, je te remercie, toi et mes autres super maitres de stage de Sallertaine, de m'avoir fait découvrir la richesse de l'exercice de la médecine générale. Je te remercie aussi de m'avoir fait découvrir la recherche qualitative lors de ce stage. Ça a été une étape vraiment passionnante pour moi. Je retiens de toi, avant tout, cette posture de curiosité bienveillante, ce pas vers l'autre, que tu m'as appris à travers ton exercice. Je te remercie pour ta bienveillance sans faille et ton accompagnement tout au long de ce travail de thèse.

Françoise, toi et toute cette équipe formidable du centre Clotilde Vautier, vous avez été des « deuxièmes mamans », un remède plein de bienveillance, pour me redonner confiance alors que j'étais un petit peu plus vulnérable. Tu m'as transmis, à travers ce stage à tes côtés, des valeurs d'engagement et d'implication dans le soin que j'espère ne jamais oublier.

Je vous assure, tous les deux, de mon entière, et indéfectible reconnaissance d'avoir bien voulu diriger ce travail.

A toutes les participantes de cette étude, je vous remercie chaleureusement de m'avoir accordé votre confiance et votre temps. Au fil de ces entretiens, vous avez parlé avec votre cœur. C'est le sens premier du mot courage. Vous avez fait cette démarche de manière altruiste, en partageant votre expérience pour que cela puisse servir à d'autres. Et pour cela vous avez toute ma gratitude.

A ma famille que j'aime fort,

A mes parents, merci de m'avoir fait croire en mes capacités pour me lancer dans ces études et pour toutes vos « piqûres de rappel » régulières dans les moments de doute.

A ma grande sœur, mille mercis : de ton soutien illimité, pour le temps et l'écoute que tu m'accordes et pour nos moments d'échanges sincères et profonds.

A mes grands frères, à mes belles-sœurs et mon beau-frère, merci pour vos encouragements et votre intérêt maintenu, même si ce n'était pas toujours simple de suivre, au fil de ces longues études.

A mes neveux et nièces qui me donnent plein de joie et d'amour.

A mon Adrien, merci pour ta présence au quotidien, ton soutien, tes encouragements et tout particulièrement pour ton aide des dernières semaines.

A mes ami-es, merci pour tous ces moments partagés où vous m'avez permis de décompresser, de souffler ! Merci pour vos regards et vos encouragements tenaces pour faire ce métier !

A mes deux grandes copines de fac des premiers jours, merci pour votre simplicité, votre sincérité, et pour notre complicité construite après toutes ces années ! Que de péripéties traversées ensemble ! J'ai été plus forte et plus sereine à vos côtés !

A tous ces souvenirs que j'emporte avec moi, les bons comme les moins bons, qui m'ont permis de me construire, de grandir, et d'avancer ... Vivement les prochaines aventures !

# Table des matières

<b>I. Introduction</b>	<b>6</b>
<b>A. Le droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France et dans le monde</b>	<b>6</b>
<b>B. Rappel historique de la légalisation de l'IVG en France</b>	<b>7</b>
<b>C. L'IVG en France aujourd'hui</b>	<b>9</b>
<b>D. Objectif de la recherche</b>	<b>14</b>
<b>II. Méthodologie</b>	<b>15</b>
<b>A. Type de recherche</b>	<b>15</b>
<b>B. Population</b>	<b>15</b>
1. Critères d'inclusion et exclusion	15
2. Échantillonnage dans cette population	15
3. Recrutement	16
<b>C. Recueil des données</b>	<b>16</b>
<b>D. Analyse</b>	<b>16</b>
<b>E. Aspects éthiques et réglementaires</b>	<b>17</b>
1. CNIL et Comité d'Éthique	17
2. Information et consentement	17
3. Données dé-identifiées	18
4. Mode et durée de conservation des données, droit d'accès aux données	18
<b>III. Résultats</b>	<b>19</b>
<b>A. Recrutement des participantes</b>	<b>19</b>
<b>B. Description des participantes</b>	<b>20</b>
<b>C. Analyse des résultats</b>	<b>22</b>
1. Modélisation des principales catégories	22
2. Des femmes impliquées dans un parcours de contraception compliqué	26
3. A chaque grossesse une nouvelle décision	35
4. A chaque grossesse un parcours différent	42
<b>IV. Discussion</b>	<b>52</b>
<b>A. Principaux résultats</b>	<b>52</b>
<b>B. Validité de l'étude</b>	<b>52</b>
1. Forces de l'étude	52
2. Limites de l'étude et transférabilité	53
<b>C. Apport de cette étude</b>	<b>55</b>
1. Repenser l'expérience de ces femmes au regard du système patriarcal	55
2. L'IVG un soin comme les autres ?	65
3. La situation actuelle en France	70
4. Perspectives	73

<b>V. Conclusion.....</b>	<b>75</b>
<b>VI. Bibliographie.....</b>	<b>76</b>
<b>VII. Annexes .....</b>	<b>82</b>
<b>A. Annexe n°1 : liste des abréviations utilisées .....</b>	<b>82</b>
<b>B. Annexe n°2 : Note d'information pour la participation à l'étude .....</b>	<b>83</b>
<b>C. Annexe n°3 : Guide d'entretien .....</b>	<b>85</b>
<b>D. Annexe n°4 : la mémoire traumatique.....</b>	<b>90</b>

## I. Introduction

### A. Le droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France et dans le monde

L'émancipation progressive des femmes a fait et fait encore évoluer notre société. Les femmes se sont battues pour nos droits actuels. L'accès légal à l'IVG en est un. Nous constatons que ce droit est fragile et qu'il est régulièrement remis en question ou particulièrement restreint dans différents pays autour de nous. Aujourd'hui, l'IVG est interdite dans de nombreux pays du monde (cf. figure 1).

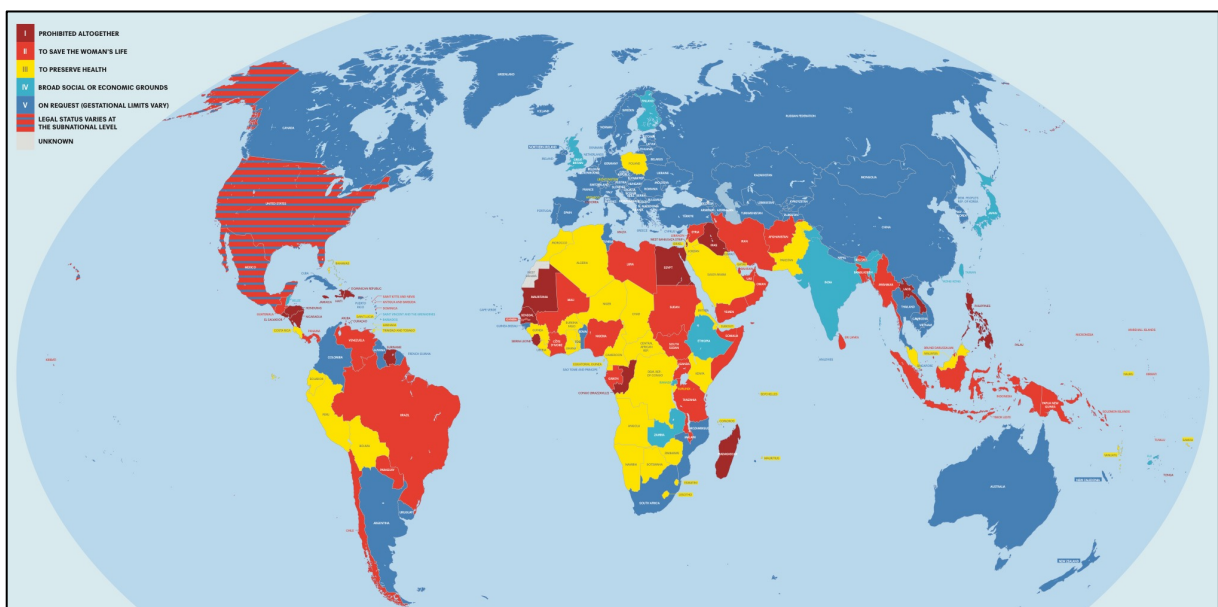


Figure 1: Carte de « Center for Reproductive Rights », Septembre 2022 (1)

Aux Etats-Unis, en juin 2022, la cour suprême a annulé l'arrêt *Roe vs Wade* ce qui a donné la possibilité à chaque État d'interdire ou restreindre sévèrement l'accès à l'avortement. En avril 2023, un juge fédéral texan a suspendu l'autorisation de mise sur le marché de la mifépristone un des médicaments utilisés pour l'IVG médicamenteuse. En mars 2023, en Caroline du sud, un projet de loi vise à condamner à la peine de mort les femmes ayant eu recours à une IVG.

En France, les débats persistent. Actuellement, c'est la question de l'inscription de l'IVG dans la constitution qui anime les discours politiques. A l'Assemblée nationale, il y a peu, les échanges parlementaires ont mené à l'allongement du délai d'accès à l'IVG à 16 semaines d'aménorrhée (SA). Certains partis politiques affichent leur avis contre l'IVG. Des mouvements



se disant « pro-vies » militent et investissent les réseaux sociaux pour faire entendre leurs arguments et convaincre (2) . Chacun y va de ses convictions personnelles pour argumenter pour ou contre l'IVG (3). Si bien que cet acte d'interruption volontaire de grossesse, qui est avant tout un soin apporté à la femme, a pris comme une place à part dans le récit collectif de notre société : il est souvent entouré de silence et d'obstacles pour la femme qui le vit (4) et paradoxalement source de débats sociétaux intenses souvent alimentés de jugements et d'idées reçues (5–7).

## B. Rappel historique de la légalisation de l'IVG en France

Dans les années 1960-70, l'avortement clandestin est un problème de santé publique. Il y a alors différentes estimations du nombre d'avortements pratiqués en France chaque année. La juriste A-M. Dourlen-Rollier donne, au milieu des années 1960, le chiffre de 800000 avortements par an. En 1971, le manifeste des « 343 salopes » parle d'un million d'avortements/an. En 1966, une étude conduite par l'INED rapporte une estimation de 250000 avortements et 250 décès par an (8). Mais le chemin pour l'obtention de la légalisation de l'IVG en France est long. Parmi les événements marquants ayant permis cette loi, les dates suivantes ont été des étapes importantes :

- 1955 : Le mouvement de la Maternité Heureuse est créé.
- 1960 : Le Planning Familial est créé.
- 1967 : La loi Neuwirth est promulguée. Elle autorise le recours à la contraception en France.
- 1970 : Le Mouvement de libération des femmes (MLF) est créé.
- 1971 : Le Nouvel Observateur publie un manifeste dit des « 343 salopes ».
- 1971 : Gisèle Halimi fonde l'association « Choisir » qui réclame l'abrogation de la loi de 1920 criminalisant l'avortement.
- 1972 : le procès de Bobigny a lieu. Gisèle Halimi défend une jeune fille mineure jugée pour avoir avorté illégalement, puis sa mère et trois complices. Ces procès vont enflammer l'opinion publique. Ils deviennent une tribune pour les revendications des femmes. Pendant les procès, certains médecins tels Jean Rostand, Théodore Monod ou Paul Milliez se mobilisent en faveur de l'IVG.

- Février 1973 : 331 médecins signent à leur tour un manifeste dans le *Nouvel Observateur*, dans lequel ils déclarent avoir pratiqué des avortements.
- Avril 1973 : Le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC) est créé, porté notamment par le Planning familial et le MLF.
- Mai 1974 : Simone Veil est nommée ministre de la Santé, elle est chargée de préparer le projet de loi voulu par Valéry Giscard d'Estaing.
- 26 novembre 1974 : Simone Veil présente son projet de loi devant l'Assemblée nationale. Elle propose une dépénalisation de l'avortement pour une durée initiale de cinq ans. Le débat parlementaire dure trois jours et est particulièrement houleux.
- 20 décembre 1974 : La Loi est finalement adoptée par 277 voix contre 192 à l'Assemblée nationale et 185 voix contre 88 au Sénat. Elle dépénalise partiellement l'avortement dans certaines conditions.

Depuis la loi Veil, l'accès à l'IVG a été optimisé. On peut rappeler quelques dates clés :

- 1979 : Monique Pelletier, ministre déléguée chargée de la Famille et de la Condition féminine, permet une reconduction de la loi Veil.
- 1982 : La loi Roudy permet le remboursement de l'IVG à 70% par la Sécurité Sociale
- 1993 : La loi Neiertz crée un délit spécifique d'entrave à l'IVG.
- 2001 : La loi Aubry-Guigou allonge le délai légal jusqu'à douze semaines de grossesse et élargie l'accessibilité de l'IVG. La consultation psychosociale devient facultative pour les femmes majeures mais doit être systématiquement proposée. Elle reste cependant obligatoire pour les mineures. L'autorisation parentale n'est plus nécessaire pour les mineures. La femme mineure sans autorisation parentale doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix pendant le parcours d'IVG.
- 2004 : Les femmes peuvent recourir à l'IVG médicamenteuse par la médecine de ville. Les médecins autorisés passent une convention avec un établissement de santé.
- 2009 : Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont autorisés à pratiquer des IVG par voie médicamenteuse.
- 2013 : L'IVG est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale.

- 2016 : L'IVG et l'ensemble des actes qui y sont afférents sont pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Les sages-femmes peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses.
- 2020 : Dans le cadre de l'état d'urgence lié à l'épidémie de COVID-19, le délai pour les IVG médicamenteuses est prolongé de deux semaines et passent à 7 semaines de grossesse.
- Mars 2022 : La loi prolonge le délai légal de l'IVG à 14 semaines de grossesse. Dans le cadre d'une expérimentation de trois ans, les sages-femmes peuvent réaliser des IVG chirurgicales jusqu'à la fin de la 10<sup>ème</sup> semaine de grossesse dans 18 établissements de santé.

### C. L'IVG en France aujourd'hui

Selon le rapport de la DREES, on a compté en France 223 300 IVG en 2021 (9) . Le nombre d'IVG est resté stable après une légère baisse en 2020. Il varie selon les régions et selon l'âge des femmes. Les jeunes femmes de 20 à 29 ans sont les plus concernées (24,8 IVG pour 1000 femmes parmi les 20-24 ans et 27,2 parmi les 25-29 ans). Toutefois, on note une baisse des taux d'IVG avant 25 ans et chez les femmes mineures, depuis quelques années. Les différences entre les régions persistent (11,3 IVG pour 1000 femmes en Pays de la Loire à 21,8 IVG pour 1000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur). On remarque aussi, et d'autant plus depuis la pandémie de COVID-19, une baisse du nombre d'IVG réalisées dans les établissements de santé alors que les IVG hors établissement augmentent (1 IVG sur 3 en 2021). En 2015, un rapport de l'INED précisait que la proportion d'IVG répétées croît de façon continue depuis 1975 : en 2011, le nombre d'IVG répétées par femme est de 0,21, dans les années 70, il était à moins de 0,1 (dans la limite des IVG réalisés dans le cadre de la loi). En partant des chiffres de 2011, une femme sur 3 va avoir recours au moins une fois à l'IVG au cours de sa vie, dont 10% deux fois et 4% trois fois ou davantage. Ainsi, la fréquence des grossesses non prévues a diminué mais lorsqu'elles surviennent, le recours à l'IVG est plus fréquent ce qui fait que le nombre total d'IVG ne baisse pas (10). Le taux d'IVG varie également en fonction du niveau de vie : plus leurs revenus sont bas, plus les femmes ont recours à l'IVG (11).

Si on s'intéresse plus précisément à la répétition des IVG chez une même femme – autrement dit à la répétition des grossesses non prévues chez une même femme - différentes études, quantitatives et qualitatives, ont été menées pour chercher à mettre en évidence des caractéristiques communes à ces femmes ou des circonstances similaires au moment de leur accès à l'IVG. Sur le plan sociodémographiques, il semble qu'il s'agit plus souvent de femmes qui ont eu tôt leur première grossesse, vivant seules, étudiantes, en difficulté socio-économique (chômage, sans emploi, CMU), migrantes ou étrangères (12–14). Elles semblent également présenter plus fréquemment des problématiques relationnelles et sont plus souvent victimes de violence conjugale au cours de leur vie (part variable en fonction des études, de 19 à 53% ) (15–18). Dans une approche plus psycho-analytique, elles semblent plus souvent en conflit dans leur identité de femme et leur projet, leur envie de liberté, en ambivalence sur leur désir d'enfant (19). Sur un plan plus social, Bajos évoque un allongement de la période de « jeunesse sexuelle » (période entre le 1er rapport sexuel et le 1er enfant). Elle évoque des « normes procréatives », c'est à dire, des conditions socialement définies pour avoir un enfant (exemple : le fait d'avoir un enfant entre 25 et 35 ans), qui se modifient (20). Pour ce qui est de la prise en charge médicale, le défaut d'information et de réévaluation des méthodes de contraception en post IVG est également mis en cause (21). Ainsi ces femmes semblent exposées à différents facteurs de vulnérabilité.

En France actuellement, il existe deux grands types d'IVG : médicamenteuse ou instrumentale. Cette dernière est aussi appelée méthode chirurgicale même s'il n'existe pas de véritable chirurgie lors du geste d'aspiration. En tout début de grossesse les deux méthodes sont possibles. L'IVG médicamenteuse se pratique jusqu'à 7 SA voire jusqu'à 9 SA avec une adaptation de dosage du protocole médicamenteux. De 9 SA à 16 SA, l'IVG par voie instrumentale est recommandée, c'est à dire par aspiration sous anesthésie locale ou générale.

L'accès à l'IVG est possible par deux voies principales. Les femmes peuvent se tourner vers la médecine de ville pour la pratique d'IVG médicamenteuses : soit via des médecins libéraux (généralistes ou gynécologues) ou des sages-femmes libérales conventionnés avec un établissement de santé, soit via un centre de santé sexuelle (anciennement appelé centre de planification et d'éducation familial). L'autre voie possible est celle des établissements de

santé réalisant des IVG médicamenteuses et instrumentales. L'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie depuis le 31 mars 2013, service élargi à tous les actes afférents à sa réalisation depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016, sur la base d'un forfait de 95,65 € à 282,91 € pour l'IVG médicamenteuse et de 463,25 € à 664,05 € pour l'IVG chirurgicale (22). Dans ce contexte, on constate, depuis quelques années, que les pratiques se modifient. La proportion d'IVG médicamenteuses est en augmentation constante : en 2021, 76 % des IVG ont été réalisées par ce procédé, contre 68 % en 2019, et 31 % en 2000 (9,23). Cependant, il n'est pas question, ici, que du choix des femmes. Les restructurations hospitalières à des fins de rentabilité financière, entraînent la fermeture de centres d'IVG ce qui diminue l'accès à l'IVG instrumentale : en France, 130 centres pratiquant L'IVG ont fermé en 10 ans (4). Ce phénomène entraîne indirectement une hégémonie de l'IVG médicamenteuse, par défaut de choix. Cette méthode peut être tout à fait adaptée et bien vécue mais elle comporte toutefois des effets indésirables (EI) notables que les soignants doivent prendre en compte quand il cherche à savoir si cette technique est acceptable pour la femme qui consulte pour une demande d'IVG.

En effet, on retrouve différents effets indésirables liés à la méthode médicamenteuse : fatigue, vertiges, céphalées, nausées, vomissements, diarrhée, fièvre, frissons, saignements et douleurs pelviennes (24,25). Des antalgiques sont prescrits de manière systématique pour parer ces douleurs plus ou moins intenses en fonction des femmes. Celles-ci sont potentiellement plus importantes à un terme plus avancé. Ces effets indésirables sont en partie liés aux deux médicaments donnés lors de l'IVG. La mifépristone prépare le col et, parfois, débute l'expulsion de contenu de l'utérus. Elle stimule aussi la production de prostaglandine et déclenche une activité contractile de l'utérus. Puis, 36 à 48 heures après, le misoprostol, analogue de la prostaglandine E1, augmente les contractions de l'utérus et ouvre le col en faveur de l'expulsion de la grossesse. En contrepartie les prostaglandines entraînent également des contractions intestinales, ce qui peut expliquer les nausées, vomissements ou diarrhées, et sont responsables d'une augmentation de la température (25). A noter que les nausées et vomissements peuvent aussi être des manifestations vagales liées à la douleur. L'étude multicentrique sur la douleur dans l'IVG médicamenteuse en France souligne l'importance de l'accompagnement par les soignants au cours des IVG médicamenteuses, d'autant plus qu'elles se déroulent souvent au domicile de la patiente. On entend par

accompagnement le fait que les soignants fournissent les informations nécessaires sur le protocole médicamenteux et sur les effets indésirables, s'assurent de leur bonne compréhension, et qu'ils restent joignables si besoin pendant et après la prise des médicaments, avec recours aux services d'urgence gynécologique à tout moment si besoin est. Le défaut d'accompagnement est malheureusement, souvent relevé dans les ouvrages de témoignages sur le parcours de soin par l'IVG (26,27). La fermeture de centres d'IVG fait également risquer aux femmes d'être moins bien suivies ou d'être en lien avec des équipes moins bien formées, parfois non volontaires pour cette mission, disposant de moins de moyens (4,26).

Sur le plan de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale ou générale, on retrouve les mêmes types d'effets indésirables à type de douleurs et saignements auxquels s'ajoutent les risques liés à l'intervention avec les risques propres à l'anesthésie et le risque de lésion instrumentale extrêmement rare avec la préparation cervicale médicamenteuse par mifépristone. La gestion du risque douleur est faite là aussi par un accompagnement adapté au moment du geste par l'équipe soignante qui entoure la patiente et par une prescription systématique d'antalgiques pré, per et post opératoire. En post IVG, les douleurs semblent cependant moindre que par voie médicamenteuse (28). Il en est de même pour l'abondance et la durée des saignements.

Les trois principaux types de complications communes aux deux méthodes sont les complications hémorragiques, les infections et les avortements incomplets (29). Le risque d'infection post IVG est prévenu en proposant un prélèvement vaginal en fonction des recommandations afin de traiter une infection préexistante ou un portage asymptomatique. Il reste un faible risque d'infection post IVG à type de cervicite ou endométrite (1,4% à 1,7% avec ou sans prélèvement vaginal réalisé auparavant) (30). Pour ce qui est du risque d'avortement incomplet, même si il reste faible dans les deux méthodes, il semble moins important par méthode chirurgicale, notamment avec l'aide du contrôle de la vacuité utérine par échographie postopératoire (28,31). Une évacuation chirurgicale secondaire est réalisée chez moins de 5% des patientes ayant choisi une méthode médicamenteuse (32).

Contrairement à certaines idées reçues, il n'y a pas d'augmentation de troubles psychiatriques à la suite d'une IVG. Cependant, au moment d'une grossesse non prévue, des troubles psychiatriques déjà présents chez les femmes risquent d'être majorés (33). En parallèle, une femme ayant une grossesse non prévue qui décide de poursuivre la grossesse s'expose à plus de risques que lors d'une grossesse prévue avec notamment plus de complications obstétricales liées à un retard sur le suivi prénatal et plus de dépression du post-partum (34).

En France, l'offre médicale étant restreinte par la désertification médicale, le manque de personnels et de centres pratiquant l'IVG, on constate une difficulté d'accès à l'IVG et un allongement du délai d'attente pour les femmes demandant une IVG. Cette difficulté d'accès peut augmenter la durée d'une période de détresse (grossesse non prévue qui se développe en elle) pouvant par elle-même être traumatique, accroître les douleurs au moment de l'IVG (potentiellement plus importante à un terme plus avancé), voire entraîner un dépassement des délais légaux en France et ainsi confronter les femmes à des risques financiers liés à la nécessité d'aller réaliser l'IVG à l'étranger (26,35). En effet, avant la loi promulguée en mars 2022 allongeant le délai légal de l'IVG à 16 SA, on estimait que 3000 à 5000 femmes se rendaient chaque année à l'étranger pour avorter (36).

Des études observationnelles ont été faites pour rechercher des risques spécifiques à une naissance à la suite d'IVG répétées. Sans permettre d'établir un lien de causalité, ces études suggèrent qu'à partir de trois IVG, il existe une corrélation entre IVG répétées et un risque accru de naissance prématurée et de faible poids surtout si les IVG précédentes ont été réalisées à des termes avancés (37–39). Ces résultats restent discutés, notamment en raison des facteurs de confusion spécifiques à la mère qui sont à prendre en compte et qui peuvent participer à expliquer ses résultats (facteurs de vulnérabilité cités plus haut).

## D. Objectif de la recherche

En France, les études qualitatives ciblées sur les femmes ayant effectuées plusieurs IVG ont été réalisées pour la plupart il y a plus de 5 ans. Le contexte a changé, le récit collectif se réécrit : les normes, les injonctions sociétales autour de la féminité et la maternité se modifient ou s'affirment, les jeunes questionnent, réinventent leur identité de genre (40), la crise environnementale et ses complications sanitaires et sociales bouleversent les projets des uns et des autres et les poussent à reconsidérer, questionner, la norme passée (41,42). Ainsi, en 2022, à la suite des avancées sur la libération de la parole des femmes et leur reconnaissance via les réseaux sociaux et les médias en France (affaire Weinstein, mouvement #Metoo, affaire Duhamel, livre de Sarah Abitbol, médiatisation des féminicides), il semble pertinent d'aller de nouveau interpeler et écouter ces femmes.

Suite à la recherche bibliographique, il nous a paru approprié d'aborder la question de la répétition des IVG sous un angle compréhensif. En effet, la parole des femmes concernées est rarement au premier plan dans la recherche, et il nous semble que ce point de vue est important pour cerner au mieux cette problématique. Par ailleurs, l'IVG est un sujet sensible et l'étudier présente le risque de renforcer certaines positions idéologiques politiques ou religieuses. Se tourner vers les premières concernées, ces femmes qui vivent des situations de grossesses non prévues, et de recueillir leurs expériences, semble un moyen efficace pour s'extraire de ces grilles d'interprétation. En effet, quel discours est le plus pertinent et le plus éclairant que la parole des femmes ayant vécu l'expérience personnelle de ce parcours ?

L'objectif de ce travail est donc de mieux comprendre la répétition des interruptions volontaires de grossesse chez une même femme en étudiant son expérience vécue. Nous serons particulièrement attentifs aux différents facteurs de vulnérabilité auxquels ces femmes ont pu être exposées et à comment de tels contextes de vulnérabilité peuvent les amener dans des situations de grossesse non prévue, et un besoin de soin à travers l'IVG.



## II. Méthodologie

### A. Type de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons fait le choix d'une recherche qualitative compréhensive. Notre méthodologie s'inscrit dans une approche issue de la théorisation ancrée visant à recueillir l'expérience subjective de la personne dans une dimension émique (43).

### B. Population

#### 1. Critères d'inclusion et exclusion

La population de l'étude est constituée de femmes ayant consulté le centre Clotilde Vautier, centre d'IVG de la clinique Jules Vernes, à Nantes ou le centre hospitalier de Saint Nazaire.

Les critères d'inclusion sont :

- Patiente ayant réalisée au moins 1 IVG antérieure et en cours de réalisation d'une 2<sup>e</sup> IVG
- Patiente ayant réalisée au moins 2 IVG antérieures

Les critères d'exclusion sont :

- Patientes mineures
- Patiente non capable de réaliser un entretien en langue française
- Patientes majeures sous mesures de protection
- Patientes atteintes de troubles cognitifs

#### 2. Échantillonnage dans cette population

Dans cette population, nous avons fait le choix d'un échantillonnage raisonné sur différentes caractéristiques sociodémographiques : l'âge, la nationalité, la profession, la situation familiale, (recueillies à l'arrivée, à la constitution d'un dossier au centre) afin de faire varier au mieux notre échantillon.

### 3. Recrutement

Les patientes ont été recrutées directement lors d'une consultation par l'équipe soignante en tout venant. Une information papier et oral leur était remise et un accord oral leur était demandé. Le soignant recruteur transmettait oralement le nom et le numéro de téléphone de la patiente à l'enquêtrice. La patiente était ensuite recontactée par appel téléphonique quelques jours plus tard. Les entretiens ont été réalisés dans un lieu choisi par la patiente, soit chez elle, soit au centre d'IVG, soit en visioconférence. Le recrutement a été poursuivi en cherchant à obtenir une saturation théorique des résultats.

#### C. Recueil des données

Les données ont été recueillies par entretien compréhensif semi-directif, et enregistrées à l'aide d'un dictaphone. Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide constitué de questions ouvertes abordant les dimensions les plus pertinentes identifiées lors de la recherche bibliographique et de questions de relance visant l'explication de l'expérience (Cf Annexe n°2). Une première partie visait à explorer le parcours des patientes à travers le vécu de leur différentes grossesses et IVG, afin de mieux comprendre leur ressentis physiques et psychiques et repérer leurs ressources et leur facteurs de vulnérabilité. Ensuite, les questions posées recherchaient les raisons, le sens donné à ces grossesses non prévues et aux répétitions des IVG. Puis, une partie s'intéressait aux répercussions potentielles de leur parcours sur leur vie actuelle. Enfin, quelques questions portaient sur des données socio-démographiques et médicales afin de mieux décrire l'échantillon de participantes.

#### D. Analyse

Les verbatims obtenus ont fait l'objet d'une analyse qualitative inductive manuelle inspirée de la théorisation ancrée. Cette analyse comprend plusieurs étapes (43).

- L'analyse débute par une première lecture dite flottante de l'entretien transcrit pour se remémorer l'atmosphère de cette rencontre.
- La deuxième étape est celle de la thématization, ou codage ouvert. Il s'agit d'identifier et de découper les unités de sens du verbatim, correspondant aux idées successivement rapportées par les enquêtées puis de les étiqueter sous forme de

thèmes. Ces thèmes permettent de refléter la teneur des propos des participantes le plus fidèlement possible, de façon descriptive, sans chercher à les interpréter.

- La mise en ordre des thèmes, ou codage axial, constitue la troisième étape. Les thèmes sont regroupés au sein de rubriques permettant de classer et d'organiser les données de manière descriptive pour chaque entretien. Les thèmes d'une même participante sont ensuite réunis avec les données de toutes les participantes. Le croisement des différentes rubriques entre elles aboutit à l'élaboration de catégories par un travail interprétatif. Ainsi, ces assertions, construites progressivement au cours de l'analyse et qui cherchent à rendre compte du sens profond dégagé par les discours des participantes, sont appelées « catégories conceptualisantes ». La construction de ces catégories sera réalisée par l'enquêtrice et ses directeurs de thèse, dans une démarche de triangulation.
- La quatrième et dernière étape, le codage sélectif, tentera de modéliser l'expérience vécue en précisant les liens entre les catégories et en organisant schématiquement l'ensemble des résultats. Ce modèle constitue le cœur des résultats et cherche à répondre à la question de recherche.

## E. Aspects éthiques et réglementaires

### 1. CNIL et Comité d'Éthique

Le comité d'éthique du CNGE a été consulté en mars 2022. Les remarques du comité ont été prises en compte. Le comité se positionnait de manière favorable sous réserve d'un engagement de déclaration de la base de données en conformité à la MR004 ce qui a été fait ensuite par la signature, par l'équipe de chercheur, d'une lettre d'engagement de conformité à la MR004, auprès de la CNIL.

### 2. Information et consentement

Le consentement oral des participantes a été recueilli après information orale et écrite à propos du travail de thèse et de leur liberté d'y participer ou non. Une notice d'information a été remise aux participantes (cf. annexe 1)

### **3. Données dé-identifiées**

Les données obtenues ont été dé-identifiées par l'enquêtrice, chaque participante étant désignée par un code non identifiable.

### **4. Mode et durée de conservation des données, droit d'accès aux données**

Les enregistrements sont supprimés après analyse, les données transcrites seront conservées durant cinq ans. Les patientes ont accès sur demande aux retranscriptions afin d'y amener validation ou rectification.

Cette étude ne bénéficie d'aucun financement.

L'accord préalable des médecins responsables du service de santé sexuelle de la clinique Jules Verne et du centre hospitalier de Saint Nazaire a été obtenu.

### III. Résultats

#### A. Recrutement des participantes

Vingt-deux patientes ont été incluses dans l'étude pour participer aux entretiens de mars 2022 à mars 2023. Elles ont été initialement recrutées par l'équipe soignante du centre Clotilde Vautier. Ensuite un membre de l'équipe contactait l'enquêtrice par téléphone pour lui transmettre à l'oral les coordonnées de la patiente. L'enquêtrice appelait, à son tour, la patiente quelques jours plus tard. Afin d'augmenter le nombre et la variété des profils de patientes, le recrutement a été étendu ensuite au centre d'IVG du centre hospitalier de Saint Nazaire.

Six patientes n'ont pas répondu aux appels de l'enquêtrice (tentative de 2 à 3 appels par patientes). Seize patientes ont été contactées par téléphone. Une patiente a finalement souhaité ne plus participer à l'étude estimant que son cas personnel n'était pas suffisamment intéressant pour l'étude. Deux patientes qui s'étaient engagées à recontacter l'enquêtrice ne l'ont pas fait. Trois rendez-vous ont été fixés puis finalement annulés et les patientes n'ont pas recontacté l'enquêtrice ensuite. Au total, dix entretiens ont été réalisés d'une durée moyenne de 1h14min (durée des entretiens de 52 minutes à 140 minutes). Parmi eux, deux ont été réalisés en présentiel, l'un au centre Clotilde Vautier, l'autre au domicile de la patiente. Six ont été menés en visioconférence. Deux entretiens ont finalement été réalisés totalement par téléphone par souci de simplicité pour les patientes.

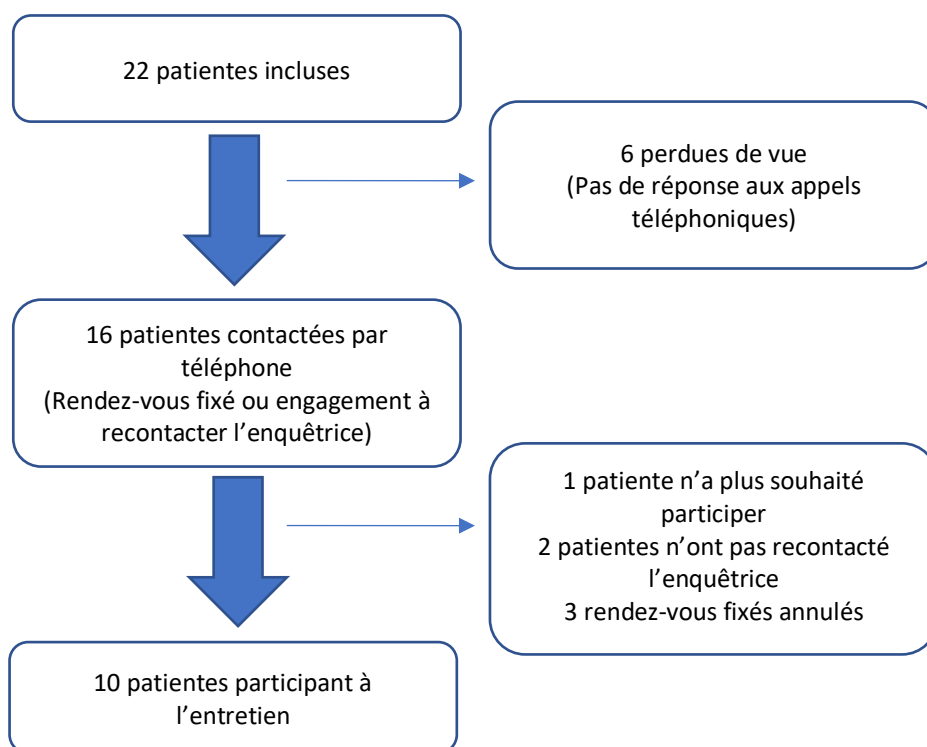


Figure 2 : Diagramme de flux

## B. Description des participantes

Les participantes étaient des femmes âgées en moyenne de 32 ans (entre 20 et 39 ans). Le nombre d'IVG pour chaque patiente variait de 2 à 7 IVG. A noter que cinq femmes sur dix avaient réalisé deux IVG. Sur le plan socio-économique, aux moments des entretiens, elles avaient toutes un emploi et un logement. On compte trois soignantes parmi les participantes. Les principales caractéristiques de la population de l'étude sont décrites dans le tableau ci-après.

	Âge (ans)	Nationalité (Lieu de naissance)	Région d'habitation	Nombre d'IVG	Nombre de grossesses	Nombre d'enfants	Age du 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	Age de la 1 <sup>ère</sup> grossesse	Age de la 1 <sup>ère</sup> IVG	Niveau d'étude	En couple	Tabac	IST	Violences dans l'enfance	Violences conjugales	Parents séparés	Comorbidités
P1	32	Cameroun	Urbaine	4	5	1	17	26	NC	BAC +5	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HTA, obésité
P2	20	France (Nantes)	Urbaine	2	2	0	NC	19	19	CAP	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Dépression
P3	32	France (Nantes)	Urbaine	2	4	2	15	27	29	BAC pro	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Asthme, ostéopénie
P4	34	France (val d'Oise)	Urbaine	2	5	2	15	19	29	CAP puis BAC	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Dépression, drépanocytose hétérozygote
P5	36	France (Nantes)	Urbaine	2	2	0	17	36	36	BAC +5	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
P6	37	France (Pornic)	Rurale	7	9	4 (1 décédé)	14	18	18	BEP	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Surpoids
P7	39	France (Issoire)	Urbaine	5	9	3	16	16	17	BAC +3	Oui	Non	Non	+/- oui	Oui	Non	Surpoids, multiples allergies
P8	39	France (Vendée)	Urbaine	3	5	2	16	20	20	BAC pro	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Surpoids
P9	25	France (Saint Nazaire)	Rurale	2	2	0	16	21	21	BAC pro	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	RCH
P10	30	Tunisie	Urbaine	3	4	1	17	19	19	BAC+8	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Lymphome cutané

Tableau 1 : principales caractéristiques des participantes

Abréviations : NC : Non Connu, IVG : Interruption Volontaire de Grossesse, Bac : Baccalauréat, IST : Antécédent d'infection Sexuellement Transmissible, HTA : Hypertension Artérielle, RCH : Rectocolite Hémorragique

## C. Analyse des résultats

### 1. Modélisation des principales catégories

L'analyse des données a permis d'identifier trois étapes clés que traversent les participantes constituant nos grandes catégories. La première est l'implication active et tenace des femmes dans un parcours de contraception compliqué. Puis vient le processus de prise de décision qui est différent à chaque nouvelle découverte de grossesse non prévue. Enfin, le vécu du parcours d'IVG reste semé d'embûches à divers moments de la prise en charge.

Les femmes participant à l'étude ont toutes tenté, à leur manière, de contrôler leur risque de grossesse souvent avec peine et persévérance. Pour illustrer la montée en charge des femmes, et la saturation qui aboutit à la perte de contrôle sur leur procréation, nous avons choisi une illustration métaphorique inspiré du modèle de la marmite de Boudreau (outil développé dans les années 70 et utilisé en addictologie). Leur tentative, illustrée dans notre schéma par l'eau qui boue dans la marmite, sera rendue plus difficile par différents facteurs. D'une part, divers ingrédients pourront venir s'ajouter à la marmite et majorer le risque de débordement, c'est à dire le risque d'une nouvelle grossesse non prévue : les limitations à la contraception, les facteurs de vulnérabilité et parfois une hyper-fertilité. D'autre part, l'hyper responsabilisation qui pèse sur ces femmes viendra, comme un feu vif, rendre leur tâche plus ardue. Au contraire, certaines ressources pourront aider à dépressuriser le contenu de la marmite et maîtriser ce risque de grossesse. S'il y a débordement, à chaque nouvelle grossesse non prévue, les femmes vont passer par une prise de décision plus ou moins facile en fonction des femmes ou des moments qu'elles traversent. Elles vont interroger leur possibilité de mener à terme cette grossesse dans leur contexte de vie (économique, sécurité familiale...) ou par rapport à leur projet de vie personnel et professionnel. Cette décision mènera soit vers un parcours d'IVG soit vers un parcours de maternité. Ce parcours pourra être, dans les deux cas, semé d'embûches. Pour ce qui est du parcours d'IVG, les femmes seront confrontées à une variabilité de l'accès à l'IVG, à un choix plus ou moins éclairé par l'équipe soignante et aux possibles inconvénients des différentes méthodes d'IVG. Cela pourra susciter en elles un sentiment d'échec dans leur contrôle de leur fécondité et par continuité de la honte ou de la culpabilité. Certains éléments viendront stigmatiser leur prétendu échec et d'autres pourront



normaliser et dédramatiser leur parcours et l'acte d'IVG. Cela renforcera ou diminuera leur estime d'elle-même. L'ensemble de ces catégories sera détaillé ci-après.

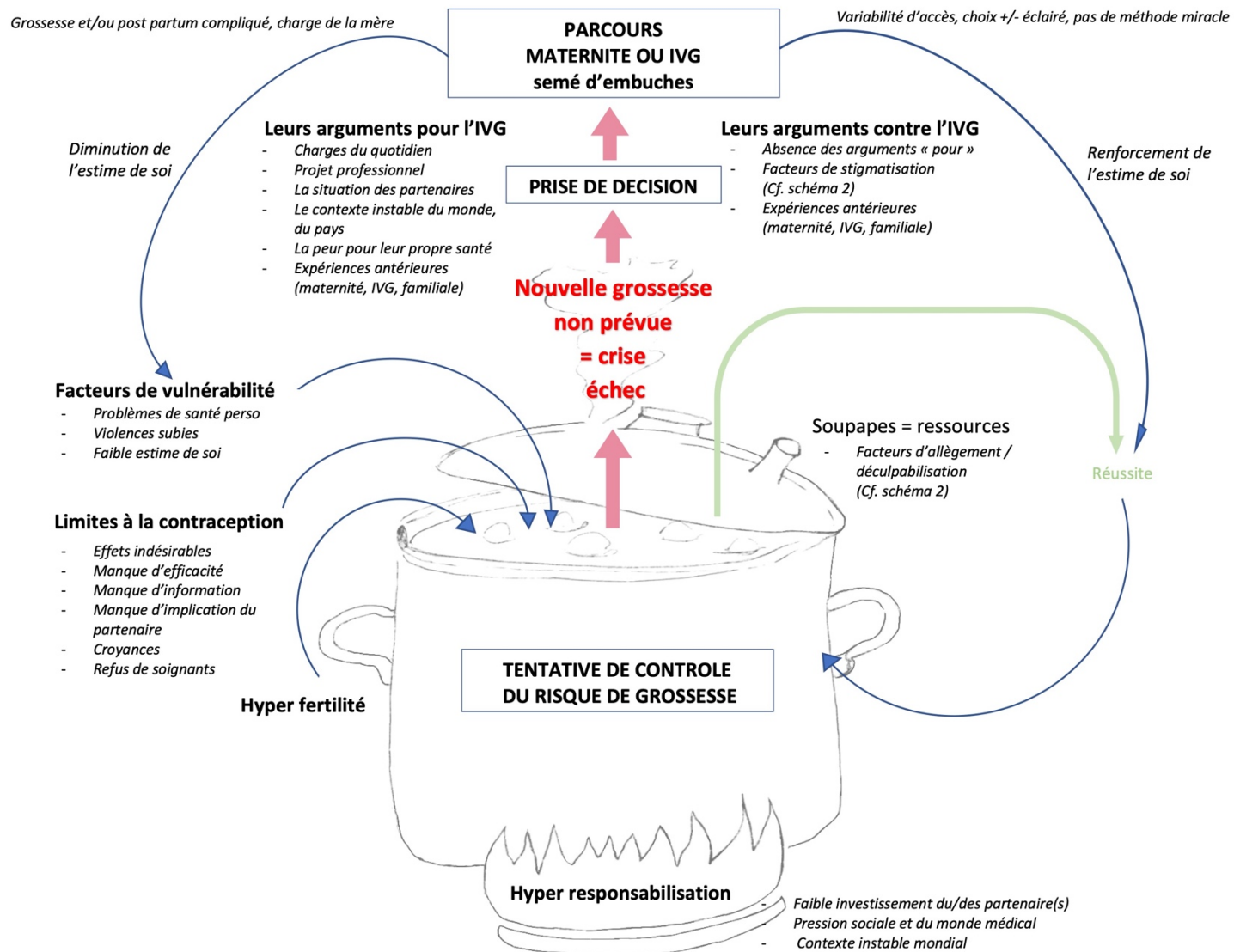


Figure 2 : Modélisation des principales catégories n°1

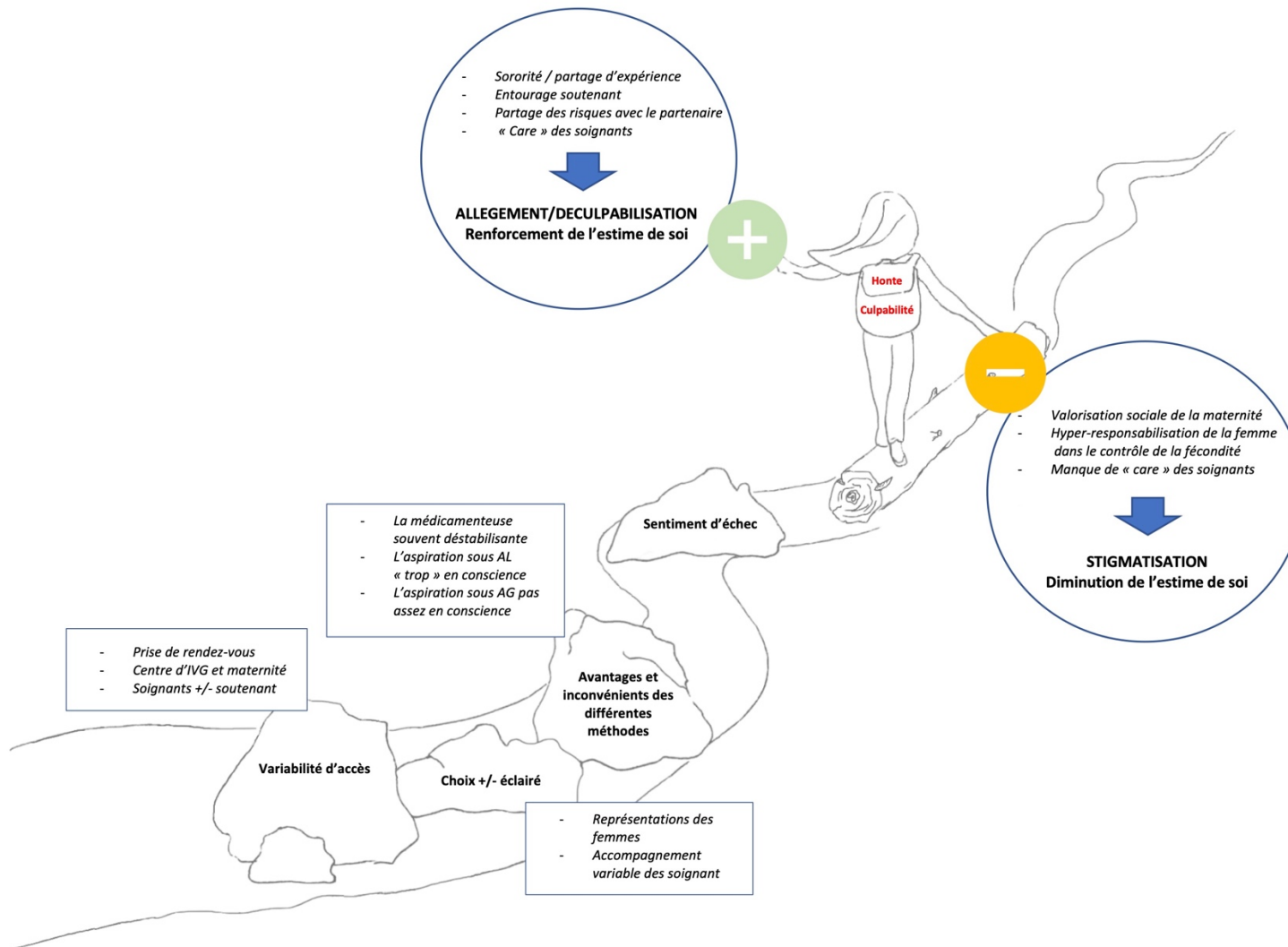


Figure 3 : Modélisation des principales catégories n°2

## 2. Des femmes impliquées dans un parcours de contraception compliqué

Au cours de la réalisation de ce travail, l'enquêtrice a évoqué son sujet de thèse avec diverses personnes. Malgré le fait que la plupart s'intéressaient au sujet sans émettre de jugement, elle a été surprise par la réaction de certains. Leur réaction première était de partir du principe que cette recherche était faite pour pouvoir responsabiliser davantage ces femmes. Selon eux, elles étaient seules responsables, coupables et faisaient preuve d'inconscience en ne cherchant pas à contrôler leur fécondité et à limiter leur nombre d'IVG. Ils faisaient aussi une dichotomie avec les femmes rencontrant des difficultés à concevoir, appuyant le fait que l'acte de répéter des IVG leur semblait injuste pour ces dernières. L'idée, ici, n'est pas de stigmatiser la réaction de ces personnes mais de relever que cet « a priori » est présent dans la conscience collective.

Les résultats de cette étude mettent en évidence un processus bien plus complexe. Toutes les femmes participantes s'impliquent et font la tentative de maîtriser leur risque de grossesse. Mais différents facteurs viennent contrecarrer leurs efforts.

### *a) Les limitations à la contraception*

- Les effets indésirables et autres contraintes

Toutes les participantes rapportent qu'elles ont été freinées dans leur démarche de contraception. En premier lieu, la plupart des femmes vont se confronter à de multiples effets indésirables des moyens contraceptifs. Cela va les faire changer de méthodes avec lesquelles elles auront à nouveau possiblement d'autres EI. Parfois ce risque d'EI est trop important ou l'utilisation trop contraignante, selon elles, pour se lancer sur un certain type de contraception. D'autres encore ont un avis arrêté ou catégorique et ne veulent pas utiliser de contraceptions hormonales par convictions personnelles ou culturelles, mais chez ces femmes également, la régulation de la procréation reste une préoccupation importante. Tout cela se solde par le choix d'une solution contraceptive par dépit, d'efficacité moindre, ou alors les femmes décident d'un arrêt complet de contraception médicalisée afin de se libérer de toutes ces contraintes. L'utilisation du préservatif masculin et de méthodes de calcul du cycle sont ainsi fréquentes chez les participantes. Pour ce qui est de la contraception définitive, l'accès à la ligature des trompes reste limité. Les peurs de certaines femmes, les représentations du partenaire ou les convictions de certains gynécologues, qui peuvent refuser ce soin par leur

clause de conscience, y contribuent. Par exemple, une participante (P6) va aller consulter trois gynécologues différents qui vont tous refuser sa demande de ligature des trompes parce qu'ils l'estiment trop jeune. Enfin, quand on parle de contraception, on parle aussi de sexualité. Ainsi la charge de gestion et les contraintes liées à la contraception va impacter négativement la sexualité des femmes.

*P8 : Oui, forcément, c'est moins spontané. Il faut faire attention... Il faut penser au préservatif. Il faut penser à calculer, à dire « alors attends c'était quand mes dernières règles ? Bon bah si là c'est bon. ». Donc tu perds dans ton élan et dans ta spontanéité. Donc ça change bien sûr.*

- L'efficacité incomplète des méthodes

Les méthodes contraceptives ne sont pas fiables à 100%. Les femmes, sécurisées par leur contraception, ne se posent plus la question d'un potentiel risque de grossesse. Si bien que plusieurs participantes ont débuté une grossesse alors qu'elles étaient sous pilules contraceptives et d'autres alors qu'elles étaient sous dispositif intra-utérin (DIU) cuivre.

*P9 : Comme dans mon cas, par exemple avec mon stérilet, on se croit invincible entre guillemets. (Rires) On se dit « Bah non, c'est bon tout va bien j'ai un stérilet. Il ne peut rien m'arriver. » (...) En fait toute contraception n'est pas à 100% fiable quoi. Il y a toujours des risques.*

- Le manque d'informations données

Les femmes interrogées rapportent également un manque d'information global sur la sexualité et la contraception pendant leur scolarité.

*P6 : Alors c'est vrai qu'à 18 ans, on n'est pas forcément au clair avec ce qu'il peut se passer si on oublie une fois, pourquoi il faut la prendre à des heures fixes etc. Et je pense qu'on est mal informé quand on a cet âge-là.*

Ensuite, dans leurs prises en charges médicales, les soignants qu'elles rencontrent leur donnent peu d'informations sur le fonctionnement des différentes contraceptions ou sur les potentiels effets secondaires de celles-ci. Certaines croyances les induisent alors en erreur, ou leurs font entretenir des réticences à propos de certaines contraceptions. On note aussi, chez ces femmes, un manque de connaissance à propos de la contraception d'urgence.

- Le manque d'implication des partenaires

Le ou les partenaires masculins s'impliquent encore très peu dans la contraception du couple. Les participantes rapportent les propos de leurs partenaires : ces derniers ne s'inquiètent pas d'un problème avec la contraception utilisée actuellement par le couple, pour eux, c'est à leur partenaire de gérer. De plus, certains conjoints des participantes ne se sentent pas à l'aise avec l'idée d'une contraception masculine et notamment avec la vasectomie. Cela leur « enlèverait une part de leur masculinité ». A noter que les femmes interrogées livrent des représentations variées sur la « nouvelle générations d'homme » : certaines évoquent une plus grande ouverture au partage de la gestion de la contraception, avec dans ce cas un frein lié au manque de possibilités actuelles. D'autres mettent plutôt en avant les difficultés des hommes à accepter le port du préservatif lors des rapports, ou qu'il arrive aussi que les partenaires en couple, sans risque d'infection sexuellement transmissible (IST), refusent de mettre un préservatif par souci de confort et de plaisir. C'est alors à la femme d'insister.

*P9 : Après mon conjoint il s'est informé. Il lui a honnêtement demandé ce qui existait pour les hommes. Parce que pour lui ce n'est pas qu'aux femmes de prendre une contraception. Donc il s'est informé là-dessus. Maintenant c'est vrai que pour les hommes il n'existe vraiment pas grand-chose. Lui il trouve ça quand même dommage qu'il n'y ait pas plus de choses ou que ça n'aboutisse pas forcément plus de leur côté mais bon après peut être qu'avec le temps ça viendra ...*

*P2 : Après notre génération, faut dire ce qui est, je le sais, pour une femme il faut limite supplier pour mettre un préservatif.*

- Des moments de « lâcher prise »

Et parfois, il y a aussi, pour les femmes, des moments de lâcher prise ou de manque de vigilance reconnus et donc une multiplication des risques. Les femmes interrogées sont donc pour la plupart très impliquées dans la gestion de leur procréation. Cette gestion est souvent une préoccupation majeure dans leur vie sexuelle et requiert une attention constante. Maintenir cette implication est parfois décrit comme un « combat », avec ses victoires... et ses défaillances. En effet, certaines évoquent des moments de lassitude, où elles sont tentées de lâcher prise ; d'autres évoquent plutôt de l'inattention, une perte de vigilance et expliquent parfois « baisser la garde ». Elles expliquent vouloir se sentir libre dans leur corps

et leur vie sexuelle sans contraception qui représente alors un carcan, un fardeau par toutes ces limitations évoquées plus haut.

*P8 : C'est une charge, une charge mentale, de prendre une contraception donc dès lors que tu baisses la garde, il y a des risques.*

*P2 : Les hommes ils ne veulent plus mettre de préservatifs (...) Ben, je sais que, et moi-même ça m'est déjà arrivé, sur un coup de tête, on rentre de soirée, on a bu un peu d'alcool, on en a marre ...*

*P7 : Voilà je faisais attention aussi, je mettais des préservatifs et tout ça mais effectivement il y a des fois où je n'ai pas forcément fait attention (...)*

#### ***b) Hyper-responsabilisation***

A travers leur propos, les participantes ont toutes mis en avant qu'elles portaient beaucoup de responsabilités. Elles se doivent de maîtriser la fécondité du couple à travers leur contraception. Comme dit précédemment, les partenaires s'investissent encore très peu dans la gestion de la contraception. Ils font souvent porter cette charge et donc son potentiel échec seulement sur leur partenaire. D'ailleurs, cela vaut aussi pour le risque de transmission des IST quand c'est à la femme de demander à l'homme de porter un préservatif, c'est elle qui porte la responsabilité.

En raison de représentations sociales construites à partir de principes religieux ou de certaines cultures, ce sont les femmes qui sont blâmées par la société si elles ne maîtrisent pas leur fécondité et pratiquent un avortement, d'autant plus si cela se répète.

Dans les expériences rapportées, les soignants ont parfois été assez moralisateur sur la gestion de contraception et font ainsi porter la responsabilité de l'échec de la contraception par la patiente sans remettre en question leur prise en charge ou les méthodes contraceptives actuelles.

*P1 : Elle a dit « il va falloir vous décider pour une méthode de contraception parce que vous ne pouvez pas continuer à être enceinte toutes les années et faire des IVG ».*

*P6 : La fameuse gynéco, il y a quelques années, m'a dit « De toute façon, vous prenez la pilule, vous fumez, vous faites de la tension, vous êtes une bombe à retardement, donc il va falloir arrêter un des trois. »*

Ces femmes sont pour une grande partie mère de famille. Elles évoquent aussi le poids des responsabilités d'une mère, le dévouement et les renoncements que cela demande. D'abord pendant la grossesse et à la naissance, sur le plan professionnel, comme le dit l'une des participantes (P5), c'est la mère qui doit mettre entre parenthèse son travail. Une des femmes interviewées (P7) évoque aussi la notion de charge mentale des femmes qui ont la responsabilité du bien-être du foyer et le fait, qu'en contrepartie, on estime normal qu'elles aient un travail et qu'elles soient efficaces au sein de celui-ci. On demande finalement à ces femmes d'être performantes, aussi bien dans leur foyer, leur travail ou leur contraception. Selon cette participante (P7), il ne semble pas admis que cela puisse se solder par des moments de perte de maîtrise ou qu'elle puisse exprimer ses difficultés. Elle dénonce d'ailleurs à ce sujet le fonctionnement du système patriarcal.

*P4 : La maternité c'est un sacré boulot mine de rien.*

*P5 : Être mère, ça je trouve que c'est super. Je trouve ça beau et tout. Après c'est plus mettre un peu entre parenthèse, on va dire, ma vie professionnelle, sportive et tout ça ... Pendant, bah, quasiment un an quoi ! (...) Si j'étais un homme et que du coup, on voulait un enfant « Bah, oui, je suis d'accord, il n'y a pas de problème » ... Mais c'est vrai qu'en tant que femme je trouve que c'est quand même un petit peu plus compliqué quoi...*

*P7 : Nous aujourd'hui on doit travailler. On doit s'occuper de nos enfants. On doit tenir la maison. Et on doit avoir une charge mentale, on doit avoir une tête comme ça ! Et en plus, clou du spectacle, on ne doit pas se plaindre. (...) Et voilà je pense que les femmes elles ont envie de se sortir du patriarcat et de tout ce qu'on nous oblige à faire.*



Leur responsabilité individuelle est aussi engagée vis à vis des dégradations actuelles écologiques, sanitaires et économiques de nos conditions de vie. Elles rapportent, toutes, que cela va peser dans leur décision parce qu'il n'est pas responsable pour elle d'élever un enfant dans ces conditions.

Cette hyper-responsabilisation est telle, qu'elle amène par opposition, parfois, un besoin de lâcher prise qui pourra multiplier le risque de grossesse. Par exemple, une jeune mère célibataire, profite des quelques moments où le père de sa fille la récupère. Elle sort, profite de la vie, et multiplie les relations sexuelles sans être très vigilante à sa contraception.

*P7 : Parce moi j'étais maman déjà depuis mes 21 ans où je m'occupais de ma fille tous les jours. Par contre, quand elle n'était pas là et qu'elle était chez son père, effectivement c'était un peu le lâcher prise en se disant « C'est bon, je fais ce que je veux, je suis libre ».*

Un autre exemple d'actualité donné par une patiente est le fait que l'usage des applications de rencontre ait augmenté depuis la pandémie de covid 19 parce qu'après avoir dû rester isolé et particulièrement vigilant, le désir de liberté et de lâcher prise de chacun n'était que plus grand. Ce qui pouvait alors expliquer une augmentation des relations sexuelles et des grossesses non prévues.

### *c) Hyper-fertilité*

Plusieurs participantes estiment avoir, elle-même ou son couple, une fertilité plus élevée que la normale. C'est un poids, une charge supplémentaire à gérer en plus des limites de la contraception. Selon certaines des femmes interrogées, cette hyper-fertilité problématique semble peu reconnue dans la société. Elle peut même être mal vue alors que, inversement, on valorise davantage les parcours et le courage des femmes avec des difficultés de procréation entamant des démarches de procréation médicalement assistées.

*P8 : Je pense que je suis assez fertile en fait. Et puis il doit y avoir je ne sais pas une bonne compatibilité entre mon conjoint et moi ... Voilà, ce n'est pas toujours pratique. Ça peut être un peu pesant. Parce que voilà, il faut toujours trouver une solution de contraception ou faire attention.*

*P6 : On parle souvent des personnes qui ne peuvent pas en avoir mais je pense qu'on ne parle pas des personnes qui ont ce genre de problème quoi. Qu'on ne parle pas assez justement de ces parcours ...Difficiles des personnes hyper fertiles... Je ne sais pas, on a l'impression d'être un peu à part et quand on dit notre parcours c'est « Oui, bah, toi, t'as la chance d'avoir des enfants alors hein ... ».*

Dans le cadre de notre analyse, ce sentiment d'hyper-fertilité – perçue comme réelle par les patientes – peut aussi se comprendre comme une tentative d'abaisser la forte charge ressentie à propos de la gestion de la fécondité. Ainsi intégrée dans leur récit personnel, la notion d'hyper-fertilité peut être vue comme une recherche de « circonstance atténuante » à la répétition de grossesses imprévues, leur permettant ainsi de diminuer leur sentiment de culpabilité.

A l'inverse, cela peut aussi rassurer d'avoir une fertilité élevée quand il y a un désir d'enfant pour plus tard. Ainsi une participante (P9) craignait que la répétition des IVG diminue sa fertilité et donc se savoir très fertile était rassurant pour elle.

Cette notion d'hyper-fertilité reste cependant très relative. La fécondité d'une femme, c'est à dire sa capacité à se reproduire, n'est pas la même tout le long de sa vie jusqu'à la ménopause. Et la fertilité du couple dépend de la fécondité de la femme et de son partenaire. L'expérience d'une des femmes interviewées en est un exemple : ayant eu neuf grossesses et réalisées cinq IVG, elle a vécu également un parcours de PMA parce que, pendant 4 ans, le couple n'arrivait pas à concevoir.

Nos résultats montrent aussi qu'il s'agit d'une notion très subjective. Toutes les femmes n'en ont pas la même représentation. Ainsi une participante (P10) estime que quatre grossesses non prévues sur le nombre des rapports sexuels qu'elle a eu, représente très peu.

*P10 : Non, je ne vois pas du tout les choses comme ça. Déjà par rapport aux nombres de rapports ça reste très, très peu hein. C'est que quatre au total. Donc je ne vois pas du tout les choses comme ça.*

#### *d) Les facteurs qui renforcent la vulnérabilité des femmes*

Certains éléments de leur vécu rendent les femmes plus vulnérables et mettent à mal la maîtrise de leur fécondité.

- La maladie chronique

Plusieurs femmes interrogées ont fait l'expérience d'une maladie chronique. Celle-ci peut être limitante de différentes manières. C'est, d'abord, une charge supplémentaire à gérer. C'est une liste de devoirs à appliquer et maintenir : il faut stabiliser la maladie, éviter les crises en prenant un traitement et en ayant un rythme de vie adapté et un suivi médical régulier. La maladie peut aussi favoriser une perte d'estime de soi par les diverses conséquences qu'elle a sur leur image corporelle ou leurs capacités physiques. Elle peut engendrer un sentiment de fatalité comme une « épée de Damoclès » au-dessus de leur tête et les maintenir dans une crainte et une hypervigilance pour l'avenir. Enfin, le fait de ne pas savoir ce qu'il va leur arriver ou ce qu'une grossesse pourrait induire sur leur maladie, rend la maternité difficilement envisageable pour certaines.

*P3 : J'ai eu un lymphome à l'âge de mes sept ans. Un lymphome anaplasique donc, pour le coup, j'ai eu six mois de chimiothérapie. (...) Mais bon ça m'a beaucoup bridé. J'ai eu beaucoup de moqueries par la suite. Pour le coup, ça a cassé beaucoup d'estime de soi tout ça. (...) Et j'ai toujours cette impression d'avoir une épée de Damoclès sur la tête. Et qui se propage sur mes enfants, pour le coup. Donc je ne suis pas très sereine. J'avance mais j'ai peur de lâcher de la bride quoi.*

*P9 : Du coup ça a été un peu difficile d'accepter de vivre avec, on va dire. Ça a été long avant qu'on trouve un traitement qui me convienne sans avoir des crises plusieurs fois dans l'année. Maintenant, j'ai trouvé l'équilibre enfin je gère plutôt bien. Après toujours quand j'ai un petit état de stress, forcément ça s'impacte à ce niveau-là.*

*P10 : Dans mon cas à moi, le lymphome cutané, on ne sait pas en fait. Est-ce que la grossesse va empirer ou elle va aider ? ... Il y a des questions comme ça je ne sais pas comment m'expliquer mais ça reste toujours à développer ...*

- Des facteurs de risque cardio-vasculaires

A travers le récit des femmes, on retrouve des facteurs de risques cardio-vasculaires qui renforcent ou sont eux-mêmes des effets secondaires des contraceptifs, et qui interagissent aussi avec leur fertilité. Ainsi certaines femmes fument et le tabagisme actif peut majorer le risque d'EI sous contraception hormonale mais également diminuer leur fertilité. Plusieurs participantes ont aussi des problématiques de surpoids alors qu'on sait qu'une obésité peut à la fois diminuer la fertilité et qu'une prise de poids peut être un effet indésirable d'une contraception hormonale. Ainsi une participante (P7) ayant développé une obésité se pense moins fertile et est moins vigilante à propos de sa contraception.

*P7 : Donc, effectivement, on m'avait toujours dit que mon poids serait on va dire « un contraceptif naturel », je mets bien des guillemets. Et donc je ne me suis pas forcément posée de questions.*

Ce problème de surpoids est souvent une préoccupation majeure et centrale pour elles parce que cela impacte négativement leur estime d'elle-même et entraîne d'autres problèmes de santé. Par conséquent, cela rend plus difficile la gestion de leur contraception.

*P1 : Je sais que ma tension, c'est dû à mon poids. Donc je préfère essayer de combattre d'abord le côté poids avant de voir (...) J'ai commencé la prise de contraceptif mais ça me fait prendre énormément de poids et là je suis en obésité morbide. Donc j'ai décidé de tout arrêter quoi et de reposer mon corps, voilà.*

- Le vécu de violences

Le vécu de violences antérieures peut rendre les femmes plus vulnérables. Dans l'étude, deux femmes sur les dix interrogées ont dit avoir été victimes d'inceste dans l'enfance de la part d'un grand-père pour l'une, d'un oncle pour l'autre. Cinq femmes sur les dix interrogées ont dit avoir vécu des violences conjugales avec de la violence verbale, psychique et parfois physique de la part d'un ex-compagnon. A noter que les deux femmes ayant vécu de l'inceste ont vécu ensuite de la violence conjugale. Les propos des participantes mettent en évidence que ces violences ont pu entraîner une perte d'estime d'elles-mêmes, une perte de confiance en elles et ceux qui les entourent, des peurs pour l'avenir, un changement dans leur manière d'envisager les rapports sexuels et parfois des consommations addictives.

*P2 : Et je ne voyais pas les rapports comme une femme normale. On va dire ça. Une femme à qui ça n'est jamais arrivé. Pour moi, un rapport ce n'était pas forcément une partie de plaisir. (Silence) Pour moi, on le faisait par amour. En fait, pour moi, je donnais mon corps par amour à celui que j'aimais.*

*P3 : (...) ben quand on est stone, on se rend moins compte des choses donc ...*

*P8 : (...) j'avais un manque de confiance en moi, un manque de confiance en l'autre. Ce n'est pas facile de construire une nouvelle histoire aussi belle qu'elle puisse être avec une confiance aveugle. Du coup ça a été lourd dans ma reconstruction de faire confiance de nouveaux aux hommes.*

Nous avons donc vu dans cette partie que la majorité de ces femmes sont dans une lutte pour le contrôle de leur fécondité avec des obstacles à contourner : des moyens de contraception restant limités, le manque d'implication des partenaires, des facteurs de vulnérabilité contraignants et le poids d'une hyper-responsabilité à porter. C'est tout un système faillible qui se solde parfois par une grossesse non prévue. C'est alors que débute le processus de prise de décision.

### **3. A chaque grossesse une nouvelle décision**

Au moment de chaque découverte d'une grossesse inattendue, la femme ou le couple est confronté à une sorte de bouleversement émotionnel. Il faut à la fois assimiler, accepter cet imprévu et se décider, dans un temps restreint et imparti, sur la question de maintenir ou non la grossesse.

#### *a) Le ressenti au moment de la découverte d'une nouvelle grossesse non prévue*

La découverte d'une nouvelle grossesse non prévue et non désirée peut être vécue comme un échec dans leur tentative de contrôle de leur fécondité. Les participantes semblent traversées par différents sentiments. Elles vont ressentir un abattement, une lassitude, « un ras le bol » dans la répétition de cette situation de grossesse non prévue puis du parcours d'IVG. Parfois c'est de la colère qui arrive, la colère de ne pas réussir à maîtriser leur corps comme elles le voudraient. Enfin de l'anxiété et du stress apparaissent chez toutes les participantes de manière plus ou moins intense parce qu'elles se retrouvent de nouveau

devant un ultimatum avec une décision à prendre et avec tout un parcours qui se profile ensuite dont elles ont déjà fait l'expérience.

*P1 : Il y avait déjà eu une précédente IVG donc la répétition j'en avais marre. Je n'avais plus envie de subir le même processus et de subir les mêmes étapes donc j'avais un peu ce sentiment de ...je n'avais pas envie ...*

*P8 : Du ras le bol aussi, se dire « encore une fois, j'ai merdé » ... Donc un gros ras le bol...*

*P4 : la décision n'était pas prise mais le fait de me trouver dans cette situation qui engendre derrière un ultimatum, me stressait déjà bien avant d'avoir vu le résultat parce que je le sentais donc voilà ...*

#### *b) La prise de décision*

Au fil de l'analyse, on découvre que la répétition des IVG ne se vit pas comme une continuité pour les femmes. D'ailleurs, les IVG arrivent souvent à des moments très éloignés dans leur parcours de vie. Ainsi, à chaque découverte d'une nouvelle grossesse non prévue, une nouvelle décision doit être prise et celle-ci est plus ou moins facile à prendre en fonction de la situation pour les deux partenaires. Il faut parfois peser le pour et le contre. Il est alors important de noter que, pour les femmes interrogées, la question n'est en fait pas celle d'avoir ou non une IVG mais bien celle d'avoir ou non un potentiel enfant. C'est ce qui explique d'ailleurs que des femmes qui ont très mal vécu une première IVG y « retournent ». Ces femmes se demandent si elles peuvent ou non accueillir dans leur vie un enfant, et les arguments pour la réalisation d'une IVG portent donc sur ce point : conditions économiques, stabilité du couple, projet de vie personnel et professionnel... Selon les cas, l'hésitation est plus ou moins présente pour la femme ou le couple et, même une fois la décision prise, il peut y avoir encore des moments de doutes plus tard dans le parcours d'IVG.

*P5 : En fait, je pense que ça fait toujours un peu drôle de se dire qu'en fait là, oui, il y avait la possibilité d'avoir un enfant. Et puis après, ben, voilà, on a pris cette décision. Mais c'est vrai que c'est toujours une décision qui peut être un peu délicate.*

a. Les principaux arguments pour le choix de l'IVG relatés par les participantes

- *La charge du quotidien*

Le contexte de vie chargé des femmes est un argument fréquent en faveur de l'IVG. Il se décline de diverses manières chez chacune d'elles, par : une instabilité financière, l'absence de logement ou un changement de logement, la gestion difficile de la vie de famille avec des enfants en bas âge, le fardeau d'une mère célibataire, la charge du travail, etc... Elles ne veulent pas élever un enfant dans de mauvaises conditions. Ce n'est pas responsable, selon elles, de mettre un enfant au monde sans avoir les moyens de l'élever dans de bonnes conditions.

*P2 : Et ben, je ne voulais pas élever un enfant sans père, par exemple. Toute seule, j'aurais pu le faire toute seule. Parce que je sais que ça se fait. Mais je n'avais pas les conditions. Je n'avais pas un travail qui me donne énormément d'argent. Je n'ai pas... Vous voyez, j'avais à peine de meubles.*

*P9 : Donc on a beaucoup de travaux à continuer à faire dans l'année. Et ce qui demande aussi un budget financier important. Et l'arrivée d'un enfant, c'est pareil, ça demande du temps, de l'argent. Et on n'avait pas envie de faire mal les choses en accueillant un enfant dans des conditions où on était beaucoup pris dans notre maison.*

*P7 : Autant pour mon fils et ma fille, la réaction a été plutôt heureuse, autant là non. Non, non, j'étais vraiment paniquée à me dire que j'étais déjà crevée avec les deux derniers. Mon fils de 3 ans et demi est très dur. Il fait beaucoup de crises et me prend beaucoup d'énergie.*

- *Leur projet professionnel*

Les études et le travail ont une place importante dans la vie de ces femmes. Ils sont sources d'épanouissement personnel. Une grossesse non prévue peut venir perturber le lancement d'un projet professionnel qu'elles ont parfois déjà repoussé pour mener à bien une précédente grossesse.

*P10 : Je me suis dit « bah, en fait, le prochain, je ne vais pas le voir mais ça ne reste pas possible dans cette période-là ». Je monte juste ma boîte. Ce n'est pas possible en fait.*

*Je commence. On est deux associées. Je ne peux pas me permettre d'avoir une grossesse, un accouchement et être en attente par rapport à ce projet-là.*

- *La situation des deux partenaires*

Au moment de la découverte de la grossesse non prévue, il arrive que les partenaires ne soient pas en contact, ne se fréquentent plus ou qu'ils soient en train de se séparer. Plusieurs participantes partagent la volonté d'avoir un enfant dans un couple soudé parce qu'elles ont été marquées par la séparation de leurs propres parents qui a été difficile à vivre pour elle en tant qu'enfant. Parfois, le couple existe depuis très peu de temps et il est trop tôt pour envisager d'avoir un enfant. Et inversement, pour un couple qui a eu des enfants en bas âge et est sortie de cette période, c'est le moment de vivre d'autres choses pour eux.

- *La peur d'élever un enfant dans un monde instable*

Aux yeux des participantes, il n'est pas raisonnable et trop incertain d'élever un enfant dans le contexte tourmenté du monde actuel. Elles sont pessimistes à propos de l'avenir parce que le monde leur semble trop instable sur le plan économique, sanitaire et écologique. Elles ne se voient pas accueillir un enfant dans de telles conditions. Une participante (P2) craint aussi une montée de la violence pour les futures générations.

*P4 : Et aujourd'hui, enfin, pour moi surtout, je me suis dit que ce n'était pas le bon moment dans le sens où ... en vue de ce qu'il se passe ne serait-ce que sur la planète ou les conséquences actuelles économiques, écologiques ... tout ça a fait que ... d'épidémies aussi ... tout ça a fait que, moi, en tout cas, j'étais plus contre.*

*P2 : Puis même j'aurais peur pour lui, parce que maintenant je trouve qu'au collège même aux écoles primaires. Je trouve que les enfants entre eux ils sont durs. Entre eux ils sont ... Je ne sais même plus comment on doit élever un enfant de nos jours. Parce que tout le monde est cruel.*

- *La peur pour leur propre santé*

Certaines femmes relatent aussi qu'elles sont inquiètes des risques pour leur santé quand elles s'imaginent mener à terme une grossesse. Par exemple, une participante en obésité morbide sait qu'elle a plus de risque pour sa santé au moment de la grossesse et de



l'accouchement. Pour une autre, elle ne sait pas si sa pathologie (lymphome cutané) risque de s'empirer ou si elle va s'améliorer lors d'une grossesse.

b. Les principaux arguments pour le choix de mener à terme une grossesse

On voit donc bien l'importance du contexte dans la prise de décision de garder ou non une grossesse. Inversement, quand les conditions requises sont présentes, selon elles, c'est parfois le moment d'envisager de mener à terme une grossesse et d'accueillir un potentiel enfant pour les femmes.

*P10 : J'ai pris le temps de rechercher. Je me suis dit « Qu'est ce qui m'empêche d'avoir ça ? ». Et en éliminant en fait les éléments qui étaient bloquant dans ma tête, aujourd'hui ils ne sont plus là. « Donc pourquoi tu restes radicale là-dessus ? » et c'est comme ça en fait, que j'ai accepté de garder mon enfant.*

Pour une participante c'est au moment de la formation d'un nouveau couple que le désir d'avoir un enfant arrive à nouveau.

Il est à noter aussi que plusieurs participantes n'ont pas eu le temps de vouloir un enfant avant d'être confronté à une grossesse « accidentelle ».

*P3 : En fait, il y a qu'une seule grossesse entre guillemet qui était voulu : la première en 2018. Et toutes les autres, c'étaient des accidents.*

*P4 : Malheureusement ... enfin, malheureusement ? ... on est devenu parents assez tôt et ... Enfin, on n'a jamais eu cette opportunité-là de le vouloir. Ça nous est toujours arrivé comme ça en fait.*

Elles interrogent alors leurs potentielles conditions et capacités d'accueil d'un enfant mais aussi leurs valeurs et leurs positions personnelles sur l'IVG. On peut ainsi comprendre indirectement que, pour certaines femmes, réaliser une IVG s'oppose à leurs valeurs et opinions personnelles. C'est alors parce que le poids de la culpabilité serait trop grand, qu'elles décident de ne pas réaliser d'avortement et de garder une grossesse dont elles ne veulent pourtant pas, et, cela même si leurs conditions de vie ne sont pas propices.

*P4 : Lui, au premier abord, il ne voulait pas mais, moi, je lui ai fait comprendre que je ne ferai pas d'avortement. (...) Et vous, avant de tomber enceinte, vous aviez un désir*

de maternité ? *Non, pas du tout même ! Ouais, pas du tout. (...) Pour moi l'IVG c'est une alternative pour les femmes qui n'ont pas le choix, vraiment pas le choix.*

- c. Les expériences passées qui vont influencer leur choix de réaliser ou non une IVG

- *Les expériences de maternité antérieures*

Avec ou sans désir de maternité antérieur, les femmes ayant un enfant vont exprimer leur fierté d'être mère et leur sentiment d'efficacité à travers le rôle de mère. Mais l'expérience de la maternité n'est pas toujours positive. D'abord, les participantes évoquent des grossesses compliquées sources d'angoisses importantes. Ces dernières peuvent être justement difficiles parce qu'elles n'étaient pas voulues. Ainsi une patiente raconte avoir fait une grave dépression durant la grossesse de son deuxième enfant.

*P4 : J'ai été hyper malade. Tout le long d'ailleurs, je pesais 42 kg et j'ai été hospitalisée assez souvent parce que je n'arrivais pas à manger du coup. Et j'ai fait une dépression donc ... et puis même à la naissance du petit ce n'était pas évident. Parce qu'il n'a pas parlé tout de suite du coup. Et bon, comme je suis assez observatrice, je l'ai emmené chez des pédopsychologues qui ont diagnostiqué une dépression aussi. (...) Enfin, en fait, c'est le fait aussi que la grossesse elle n'a pas été la bienvenue qui fait que ça a engendré tout ça. Et voilà quoi ... (...) c'est cette grossesse-là qui fait que je n'ai pas voulu reproduire la même chose après.*

Ensuite, la période du post partum est éprouvante et ce d'autant plus que c'est une période où l'attention est donnée au nouveau-né puis au nourrisson. La femme peut alors se sentir isolée et peu accompagnée par les soignants. Enfin, c'est le rôle quotidien de parents qui épuise. Un exemple marquant est celui de ce couple qui découvre le handicap de son fils neuf jours après sa naissance. C'est un traumatisme pour eux et cela bouscule complètement leur quotidien et ce à quoi ils s'attendaient. Ils craignent que leur prochain enfant soit aussi porteur du handicap et attendent les résultats des analyses génétiques. Une autre femme interrogée rapporte l'importante responsabilité donnée aux mères dans l'éducation des enfants et dans les tâches familiales. Elle ressent une pression de performance éreintante et injustifiée.

*P7 : On a le droit de ne pas rentrer dans une case ! On a le droit que nos enfants ne rentrent pas dans des cases non plus ! Moi on m'a fait des réflexions parce que mon fils ne parlait pas à deux ans, parce qu'il a fallu que j'aille voir une orthophoniste, parce qu'il ne faisait pas trois pas au lieu de deux. Ils avaient des cases et il fallait rentrer dans une case. (...) On nous dit ce qu'on doit faire. On nous dit « oui vous devez faire votre ménage, vous devez faire ci, vous devez faire ça » « Quoi ta maison elle n'est pas propre ? », « Non mais j'ai des enfants ! Pourquoi ma maison elle devrait être nettoyée H 24 ? » (...)*

- *Les expériences familiales en tant qu'enfant*

Une grande partie des participantes ont vécu une séparation parentale alors qu'elles étaient enfant, adolescente ou jeune adulte. Une autre a vécu avec une mère handicapée dépendante alors qu'elle était enfant. Ces périodes ont été difficiles pour elles. Elles ont dû s'autonomiser et prendre des responsabilités importantes jusqu'à recouvrir le rôle d'un parent. Cela leur confère une place particulière dans leur système familial ce qui peut être une charge supplémentaire. Elles ont aussi parfois souffert de l'absence d'un des parents. C'est alors d'autant plus important de fonder un foyer familial solide pour ces participantes avant d'accueillir un enfant. A noter que ces épreuves passées ont pu aussi leur donner une force d'adaptation, pour affronter les futurs imprévus.

*P2 : Et moi je sais qu'en vrai, si je deviens mère, j'aimerais vraiment, quand même, que l'enfant grandisse avec son père et sa mère ensemble parce que moi j'ai grandi avec des parents séparés.*

*P9 : Dans ma tête, même si c'est dur, je pense que psychologiquement avec mon vécu, soit dans cette démarche ou dans d'autres, j'ai toujours réussi, on va dire, à sortir la tête de l'eau.*

- *Le vécu des parcours d'IVG antérieures*

Le vécu des parcours précédents, s'ils ont été parfois éprouvants, participent aux renforcements des peurs au moment de la découverte d'une grossesse non prévue.

*P3 : parce que moi je ne voulais plus refaire d'avortement. Le premier m'a traumatisée.*

*P9 : Alors ça a été très traumatisant pour moi parce que je ne l'avais pas fait en France. Je l'avais fait en Hollande parce que j'avais dépassé les délais en fait. J'avais fait un déni de grossesse. (...) Donc j'espérais juste ne pas avoir à revivre l'intervention chirurgicale. Malheureusement je n'ai pas eu le choix. Parce que ça me replongeait un petit peu je pense dans ce qui s'était passé il y a quatre ans.*

Et inversement, les parcours antérieurs ont pu aussi se faire simplement, sans regret ni malaise. Alors cela est aidant pour se projeter sur un nouveau parcours.

*P10 : C'est normal. C'est comme si j'ai pris la pilule. C'est un acte très ... C'est normal d'avoir ... Il n'y a pas d'impact particulier par rapport à l'acte.*

Au final, la découverte de chaque nouvelle grossesse provoquera un vécu spécifique, chargé d'émotion. Par la suite il faudra pour les femmes et les couples prendre la décision de poursuivre ou non la grossesse en prenant en compte les éléments de leurs contextes de vie du moment et leurs opinions personnelles sur l'IVG. Chaque grossesse imprévue et chaque prise de décision mèneront les femmes soit vers un parcours d'IVG, soit vers un parcours de maternité qui auront, tous les deux, leur lot de difficultés. Le parcours l'IVG a certaines spécificités que nous allons pouvoir détailler. A chaque découverte d'une grossesse, une nouvelle expérience débute, parfois très différente pour une même femme d'une fois à l'autre.

#### **4. A chaque grossesse un parcours différent**

Nos résultats montrent que l'interruption volontaire de grossesse n'est pas seulement un acte isolé, mais consiste en un ensemble de démarches, de rendez-vous et de soins susceptibles de plus ou moins bien se dérouler et dépendant aussi de divers facteurs extérieurs aux femmes.

##### *a) Un parcours d'IVG semé d'embûches*

###### *a. Accessibilité variable*

La qualité de l'accès à l'IVG dépend de différents éléments : de la structure de soin en elle-même, de son accessibilité en termes de difficultés à joindre les centres et de délais de rendez-vous, puis enfin des professionnels de santé y travaillant.

- *La prise de rendez-vous*

L'étude a mis en évidence des difficultés fréquentes à la prise de rendez-vous avec notamment des temps d'attente long sur la ligne téléphonique des secrétariats. Malgré la bonne volonté des équipes, des délais de rendez-vous incompressibles peuvent aussi être difficile à vivre pour les patientes parce que pour elles leur grossesse et les symptômes qui y sont associés se développent.

*P9 : au résultat de cette prise de sang, ma gynécologue nous a fixé un rendez-vous deux jours après, avec mon conjoint, pour qu'on puisse discuter de tout ça et, en fait, qu'elle puisse aussi me retirer mon stérilet. Et ensuite, c'est elle qui nous a organisé les rendez-vous avec le planning familial. (...) Après, il y a quinze jours de laps de temps, quand même, entre les deux. Et ensuite une fois que j'ai eu mon rendez-vous au planning familial, c'est là qu'on a organisé la date qui était prévue une semaine et demie après. Donc en fait, ça m'a laissé quasiment trois semaines de délais quoi.*

- *Les parcours d'IVG en centre d'IVG ou en maternité*

Dans leur discours, les femmes exposent la différence de vécu d'un parcours d'IVG s'il est réalisé dans un centre dédié aux IVG ou s'il est fait au sein d'un service de maternité. Par exemple, une participante relate son embarras d'entendre les bruits des nouveau-nés autour d'elle alors qu'elle est en train de réaliser une IVG médicamenteuse.

- *Les soignants plus ou moins soutenant pour les femmes*

Les patientes témoignent de pratiques de soignants parfois peu adaptées. Les actes, les mots et les attitudes des soignant peuvent ainsi – parfois tout à fait involontairement - influencer négativement le vécu de l'IVG par les femmes. Comme nous l'avons décrit précédemment, un vécu négatif peut freiner un recours ultérieur à l'IVG, ce qui nuit globalement à son accès. Le moment de l'échographie est souvent cité. Certains soignants ne sont pas vigilants au fait de ne pas montrer d'image ou de ne pas faire entendre les bruits du cœur de l'embryon. Cela peut être un moment marquant et attristant pour la femme. Certains médecins, qui souvent ne travaillent pas en centre de planification et d'IVG vont remettre leur choix en question, émettre des jugements sur leur âge, insister et demander davantage de justifications à la patiente. Cela peut majorer le sentiment de culpabilité de la femme.

*P3 : Parce que l'avantage du planning familial, c'est qu'on ne voit pas. Alors que quand on va chez son gynéco, on voit ce qu'il y a à l'intérieur de soi. Là, au moins, on ne voit pas du tout et tout est caché ... Tout est bien fait pour que, psychologiquement, il n'y ait pas d'attachement visuel et que quelque chose commence à se ressentir. Vous parlez de l'image de l'échographie ? L'image, les battements du cœur, les choses comme ça, quoi.*

*b. Choix des femmes plus ou moins éclairé*

Les participantes vont être guidées et accompagnées par les équipes soignantes de façon inégale. Le choix de la méthode est plus ou moins éclairé par les explications des soignants. Alors les représentations des femmes vont aussi aiguiller leur choix, parfois à leur dépens. Quelques fois, les femmes n'ont pas l'impression d'avoir à faire un choix parce que la méthode leur est imposée. Par exemple, en service de maternité, on a proposé seulement la méthode par aspiration sous anesthésie générale à une participante. Il en va de même pour la contraception. Certains médecins vont avoir tendance à imposer une méthode contraceptive qu'ils trouvent plus adaptée pour la patiente sans vraiment leur demander leur avis. L'accompagnement pendant l'IVG et après l'IVG est lui aussi dépendant du milieu et de l'équipe soignante.

*c. Des avantages et des inconvénients à chaque méthode*

Aux yeux des participantes, il y a des avantages et des inconvénients à chaque méthode d'IVG. Cependant, ils ne sont pas les mêmes en fonction des femmes, de leur contexte de vie au moment de la réalisation de l'acte, de leur facteurs de vulnérabilité et de leurs représentations.

- *La méthode médicamenteuse souvent déstabilisante et parfois avec une part d'imprévu*

La méthode médicamenteuse, semblant moins intrusive et pouvant se réaliser au domicile, est assez attractive au premier abord pour les femmes. Mais les résultats de l'étude mettent en évidence des inconvénients à cette méthode. Au domicile, la femme se retrouve seule pour gérer les saignements qui peuvent être abondants. Cela peut être angoissant. Il y a une part d'imprévu quant à l'effet des deux médicaments pris lors de l'IVG médicamenteuse. Le premier médicament peut parfois à lui seul déclencher l'expulsion du contenu de l'utérus.

Les effets secondaires sont variables en fonction des femmes. Les douleurs sont d'intensité variables. Les effets digestifs sont plus ou moins présents. Le fait d'être isolée et d'être dans l'attente de l'action des médicaments peut être anxiogène pour la patiente. Ainsi une participante se questionne sur l'intérêt de la méthode médicamenteuse. Elle estime qu'elle est moins efficace que l'aspiration, qu'elle est source de plus d'effets secondaires, et que c'est une expérience plus impactante pour la femme.

*P6 : Dans le sens où j'étais déjà très nauséuse, que j'ai pris les premiers comprimés le vendredi et je devais prendre les deux autres comprimés le dimanche matin. Sauf que le samedi, j'étais dans un état pas possible. Je n'ai pas mangé. Et ça faisait quand même trois jours que je ne mangeais plus. Et j'ai perdu connaissance dans la salle de bain. Un samedi soir.*

*P8 : Ah non pas bien. J'ai trouvé que c'était très long en fait. Très long ... D'être dans l'attente toute une journée qui se passe quelque chose. Être centrée sur ça quoi, d'attendre que ça évacue, j'ai trouvé que c'était long et angoissant.*

- *Sous anesthésie locale, en conscience mais parfois « trop » :*

Sous anesthésie locale, les femmes vont avoir là aussi des expériences diverses. L'avantage principal que l'on retrouve est le fait d'être entourée, soutenue par l'équipe soignante. Le fait d'être consciente de ce qui est fait et de l'avancée de la procédure est un avantage pour certaines et est difficile à vivre pour d'autres parce que cela peut être très angoissant.

- *Sous anesthésie générale, parfois pas assez en conscience*

La méthode par aspiration, sous anesthésie générale, peut passer plus « inaperçue ». C'est l'avantage recherché par certaines participantes avec cette méthode. Elles estiment qu'il y a moins d'impact psychologique. Cela peut être aussi déstabilisant, pour d'autres, en post IVG, de se réveiller et de se dire que la grossesse n'est plus là alors qu'elles n'ont pas assisté, en conscience, à ce qu'il s'est passé dans leur corps.

*b) Le sentiment de honte ou de culpabilité plus ou moins présent*

La perte de contrôle de leur fécondité est vécue comme un échec et entraîne un sentiment de honte ou de culpabilité chez les participantes. L'intensité et la durée de la honte peuvent être variables. Ces sentiments vont être accrus par la stigmatisation sociale de l'IVG et seront diminuées, grâce à la dédramatisation du parcours, par la mise en lien avec les ressources qui contribuent à normaliser cette expérience.

a. Une honte et une culpabilité accrues par la stigmatisation

Il y a différentes raisons à la honte et la culpabilité, plus ou moins présentes et importantes, ressenties par les femmes. En premier lieu, la représentation de la maternité dans notre société va jouer un rôle. Ensuite, les idéologies religieuses, culturelles ou de convictions personnelles vont être aussi très pesantes pour ces femmes et vont potentiellement les rendre honteuses et donc leur faire craindre d'être jugées. Enfin la qualité de l'accompagnement des soignants va aussi avoir son importance.

- *Idéalisation et représentation sociale de la maternité*

Socialement, on constate, à travers les propos des participantes, que la maternité reste une étape de vie très valorisée, voire glorifiée en étant source de bonheur inégalé dans la vie d'une femme. Les difficultés de certaines à concevoir, mises en avant dans les médias, par exemple, renforce cette dynamique de quête d'accomplissement de la femme à travers la maternité. Comme si chaque grossesse était obligatoirement une chance d'accéder à cette étape. L'habitude sociale de féliciter une femme enceinte est un parfait exemple. Cela va, par opposition, faire déprécier le choix de l'IVG.

*P6 : Je lui dis bon ben voilà j'ai été enceinte. « Oh ! bah félicitations ! », « Euh, oui mais non, j'ai avorté », « Comment ça ? Et pourquoi ? », « Parce que. J'en ai déjà trois et que je ne me vois pas en avoir un quatrième ... » (...) Il faut toujours se justifier de passer cet acte-là. Elle me dit « Oh mais moi je ne l'aurais jamais fait ».*

Les convictions personnelles de certaines femmes font que l'acte de procréer est perçu comme sacré. Les explications scientifiques mettant en avant le faible développement de l'embryon ou du fœtus, aux délais autorisés pour les IVG, ne peuvent alors pas être entendus. Et le poids de la culpabilité n'en est que plus grand.



*P3 : Beaucoup de médecins, quand on nous dit « oh, au bout de trois mois, ce n'est rien, c'est qu'un petit embryon. Ce n'est rien du tout. ». Ben, non, ça reste quand même une vie qu'on a créée. Donc il faut quand même prendre la décision de l'arrêter. Donc moi je ne l'ai pas très, très bien vécu de prendre cette décision-là.*

- *Le poids des jugements, des tabous en société*

Comme dit précédemment, les femmes sont souvent jugées en grande partie responsables de leurs IVG. Les personnes ayant pris part aux entretiens rapportent toutes avoir eu ou craindre des jugements : dans certains milieux culturels ou religieux, il est toujours mal vu d'avoir eu recours à l'IVG. Si bien que les femmes font souvent le choix de ne pas en parler à leur famille ou à leur entourage.

Les tabous autour de l'avortement persistent. Comme le souligne une participante, pendant la scolarité, il y a peu d'information donnée sur l'IVG et, de manière plus générale, sur les droits des femmes et les combats qu'elles ont mené pour en arriver là. Une autre femme interrogée, précise que la situation est encore plus délicate dans certains pays : elle donne l'exemple de la Tunisie, son pays d'origine, et de la Roumanie où elle a fait sa première IVG.

- *Un manque de « care » des soignants*

Dans notre étude, plusieurs participantes témoignent qu'elles ont été marquées, attristées ou blessées par la prise en charge de certains soignants qui avaient négligé l'aspect humain de la relation, par manque de communication ou manque de neutralité dans leur propos. Selon ce que les femmes rapportent, c'est surtout le premier interlocuteur, le médecin gynécologue ou généraliste, qui va, parfois, ne pas assez développer le « care » dans sa prise en charge, et ce d'autant plus quand il y a une répétition des IVG.

*P3 : Quand j'ai dit à mon gynécologue que je voulais faire une IVG, ben il s'est fermé ! (...) Il s'est complètement fermé. Ça a été « Bon, ben, vous montez sur la table ». Il m'a ausculté. Hop, voilà on regarde. Il n'a pas tourné l'écran, rien du tout. « Rhabillez-vous ». Tac, tac, tac. Il m'a renvoyé à la secrétaire. « Bon, ben, faut appeler le planning familial. ».*

*P5 : Mais, ouais, un petit peu culpabilisant par rapport à mon âge, par rapport au fait que bah, peut être aussi que, plus tard ce ne serait pas possible. Et que donc ce serait peut-être un peu maintenant ou jamais. (...) Je lui ai dit « ben, non, enfin voilà, moi tout ça j'y ai déjà réfléchi. C'est clair dans ma tête. » Mais du coup, ben, je ne l'ai pas super bien pris quoi. (...) Mais voilà, c'est plus au départ où, il y a déjà quand même une petite part de culpabilité. (...) Et en fait, ben, du coup, la discussion avec la gynécologue au départ ça n'a fait que renforcé ça quoi.*

b. Déculpabilisation et normalisation

Les mœurs changent progressivement. Mise en avant dans les médias, la solidarité entre femmes, aussi appelée « sororité » leur permet de se soutenir, de s'informer et d'échanger leurs expériences, notamment à travers les réseaux. L'entourage ou le partenaire est également plus présent et investi dans le contrôle de la fécondité et les parcours d'IVG. Cela aide à la dédramatisation et la normalisation de l'acte de l'IVG.

- *Le partage des risques avec le partenaire*

Le partage des risques avec le partenaire est un moyen de s'alléger. Quand l'homme se sent concerné et partage la responsabilité du contrôle de la fécondité il partage également la responsabilité de la grossesse non prévue et du choix de l'IVG. Dans ce cas, la femme vivra le parcours d'IVG plus sereinement.

*P9 : Franchement ça a été parce que mon conjoint a été vraiment très présent. Donc je pense que s'il ne l'avait pas été, ça aurait été un peu plus compliqué émotionnellement à gérer.*

*P3 : Après son autre manière de gérer, c'est qu'il va faire une vasectomie dans quinze jours. Donc voilà (rires). Il dit « je ne veux plus que tu revives ça donc je prends les choses en mains. ». Et je suis très contente qu'il fasse sa part du travail !*

- *La sororité et le soutien de l'entourage*

Les femmes relatent s'être confiées à leurs sœurs, leurs amies, leurs collègues sur leurs parcours d'IVG dans une recherche d'écoute et de soutien. Elles ont été entendues et leur choix a été normalisé. Cela a été une occasion d'échanges d'expériences. Cela peut même se produire sur le centre d'IVG. Une participante se rappelle que lors d'une IVG médicamenteuse,

elle avait pu échanger avec une femme plus âgée qui vivait la même expérience et qui partageait sa chambre. Une autre femme explique qu'après avoir vécu deux IVG, c'est à elle de soutenir son amie qui vit le même parcours. Parfois, c'est sur internet, via les réseaux sociaux, que les femmes échangent sur leur expérience de la maternité et du post partum. Pour ce qui est des situations de violences conjugales, une femme ne va pas systématiquement consulter un professionnel de santé mais pourra plus facilement être soutenu par sa mère ou une amie.

A travers cette participation à l'étude et aux entretiens, les femmes mettaient en avant leur intention et leur désir de partager leur expérience pour que d'autres femmes, ensuite, se sentent moins seules et mieux accompagnées.

*P9 : Et comme pour mon cas, où au début j'avais, on va dire, honte. Il ne faut pas avoir honte parce que, même si on a beau faire attention, bah, c'est comme ça malheureusement quoi. (...) C'était important aussi pour moi, pour d'autres filles qui vivent ça, qu'elles ne se sentent pas seule. Parce que en fait quand on est toute seule, bah, c'est vraiment compliqué à vivre quoi. Et faut être bien entouré. Il ne faut pas avoir honte de le dire à ses proches, à ses amis.*

- Le « care » des soignants

L'équipe soignante rencontrée dans les centres d'IVG, le gynécologue, le médecin généraliste et les autres thérapeutes consultés (psychologue, hypnothérapeute, énergéticien) peuvent tous apporter de la bienveillance, de l'écoute aux patientes et alléger leur vécu.

*P7 : Parce que j'ai été bien accompagnée, parce que j'ai été écoutée avec bienveillance et que ça s'est très bien passé. Et voilà, aujourd'hui, j'ai pu faire cette IVG-là sans culpabilité, avec de l'émotion bien évidemment mais sans culpabilité. Et ça je trouve ça mais tellement important de ne pas se sentir coupable ! Parce que quand on se sent coupable, on se renferme, on laisse les autres faire, on laisse les autres dire.*

c) Estime de soi qui est soit renforcée ou diminuée à travers ces parcours d'IVG

L'analyse des données permet aussi de montrer que les expériences des parcours d'IVG itératifs ont un impact sur l'estime de soi. Ainsi, on peut comprendre que si le parcours s'est

déroulé au mieux, les femmes s'évalueront de manière plus positive alors qu'inversement si le parcours a été éprouvant et culpabilisant, elles vont s'évaluer de manière plus négative.

a. Des parcours d'IVG semés d'embûches et stigmatisants

Les parcours d'IVG aux multiples difficultés peuvent renforcer l'isolement et la mésestime des participantes.

Parfois ils peuvent être traumatiques quand la décision de l'IVG n'est pas le choix des femmes et qu'elles vivent le parcours de manière passive et « forcée ». C'est le cas pour plusieurs participantes, pour leur première IVG. Elles sont souvent jeunes et fortement conseillées voire incitées par leurs proches. Cela leur demande du temps, ensuite, pour digérer ce qu'il s'est passé.

*P3 : Et puis j'en ai parlé à personne. Ça, ça a été très dur aussi. On n'en a parlé vraiment à personne, personne.*

*P8 : A la troisième fois, tu te dis quand même ! Ça va en rapport avec l'estime de soi quoi. T'es nulle. T'as pas fait attention.*

*P6 : Et à cette époque-là, ma mère m'a imposé en fait, en me disant « Tu n'as pas fini tes études. Tu ne peux pas faire ça. Tu ne peux pas. Tu n'as pas le choix. Il faut que tu finisses d'abord tes études. Tu feras des enfants plus tard. Ce n'est pas le moment. » ...  
(...) Donc, oui, ça a été compliqué avant l'IVG, pendant l'IVG, après l'IVG.*

b. Des parcours d'IVG salvateurs, libérateurs, permettant une réaffirmation de soi

Après la réalisation de l'IVG, un grand soulagement est partagé par plusieurs participantes. Elles se sentent libérées. L'IVG en tant que soin peut être particulièrement salvateur parce qu'il est marqueur d'un choix de vie personnel pour la femme à un moment donné de son histoire. Il peut être l'élément déclencheur d'autres changements dans le quotidien de la personne. Les patientes nous donnent divers exemples :

- Il permet de se rendre compte de problématiques du couple, et de mettre fin à une relation qui n'était pas saine.

*P1 : Ça m'a permis aussi de prendre des décisions. J'ai arrêté la relation parce que voilà quoi ... (...) Donc ça m'a permis de prendre des décisions aussi concernant ma vie personnelle*

- Il permet d'éviter davantage de difficultés organisationnelles et financières pour une mère célibataire.
- Il permet de parler pour la première fois de violences passées.
- Il aide à l'accomplissement d'un projet personnel. Le travail a une place importante dans la vie de ces femmes. Pour certaines, pouvoir atteindre leur objectif professionnel et se sentir efficaces dans leur travail est primordial pour se sentir épanouies.
- Il permet de revoir sa stratégie de contraception.

*P5 : Mais en fait sur ma contraception, ma prise de pilule, je pense que du coup maintenant on est tout le temps plus à deux. C'est comme si on la prenait à deux. Ce n'est pas moi qui y pense, c'est nous qui y pensons chaque jour. Et puis il sait que je vais partir et puis en fait il me fait penser « tu l'as emmené avec toi ? » enfin voilà.*

Se sentant en accord avec leur démarche, elles se réaffirment, se renforcent, augmentent leur estime d'elles-mêmes et éprouvent de la fierté. Il en va de même pour le couple, s'il existe. En effet, à travers ce choix de l'IVG, les femmes ou les couples font preuve de responsabilité. Elles agissent en ayant réfléchi au fait qu'il ne serait pas sérieux et sain d'accueillir un enfant dans leur vie, qu'elles ne pourraient pas répondre à ses besoins. Elles sont fières de ce choix.

Nous voyons donc que le parcours d'IVG est un soin particulier. Pour être mené à bien, il nécessite la présence de soignants dans le « care », formés et impliqués dans leur prise en charge. Le rôle de l'accompagnant, le partenaire et/ou l'entourage, est essentiel parce qu'il peut permettre de vivre l'événement totalement différemment. Enfin le vécu du parcours de l'IVG pourra impacter leur estime d'elle-même positivement ou négativement.

## IV. Discussion

### A. Principaux résultats

Les résultats de l'étude permettent avant tout un changement de regard vis à vis des femmes réalisant des IVG itératives parce qu'ils viennent bousculer des idées préconçues autour de l'IVG. En effet, l'analyse des données met en lumière des causes sous-jacentes à la répétition des grossesses non prévues, qui ne sont pas le seul fait de ces femmes. Les contraceptions médicales sont limitées, plus ou moins bien tolérées, contraignantes et pas totalement efficaces, amenant les femmes à développer de véritables stratégies de gestion alternatives pour éviter les grossesses. Les partenaires masculins s'y impliquent encore très peu. Certains facteurs, comme le vécu de violences, les maladies chroniques et certaines comorbidités renforcent la vulnérabilité de ces femmes. L'hyper-responsabilisation qui pèse sur ses femmes majore leur fardeau et potentialise l'arrivée d'un nouvel échec dans la gestion du contrôle de leur fécondité. Enfin, l'hyper-fertilité relative des femmes peut favoriser ces répétitions. Le vécu des participantes confrontées à cette répétition de grossesses non prévues a pu être relaté, depuis la découverte de chaque nouvelle grossesse, en passant par chaque prise de décision de réalisation d'une IVG, jusqu'à leurs diverses expérimentations des parcours d'IVG. En effet, ces parcours restent semés d'embûches. L'accessibilité de l'IVG reste très variable. Chaque méthode a ses avantages et inconvénients. Les sentiments de honte ou de culpabilité que peuvent ressentir ces femmes vont être accrus par des facteurs de stigmatisation et allégés par des éléments de déculpabilisation et de normalisation de leur choix. Cela va alors pouvoir diminuer ou majorer leur estime d'elle-même.

### B. Validité de l'étude

#### 1. Forces de l'étude

Cette étude comporte plusieurs points forts. La recherche bibliographique préalable a mis en évidence qu'il y avait eu relativement peu d'études sur les IVG itératives chez une même femme et que celles-ci dataient maintenant de plusieurs années. Le vécu de leur parcours avait alors été peu détaillé. Cette étude est originale par son approche phénoménologique à la recherche d'un point de vue émique. Il s'agit de considérer que les

personnes enquêtées sont les seules détentrices du savoir spécifique de leur vécu. Ainsi cette méthode de recherche qualitative était pertinente pour appréhender au mieux l'expérience vécue des femmes.

L'enquêtrice a tenté d'adopter une posture réflexive en tenant un journal de bord. Elle y a noté ses réflexions initiales sur le sujet et ses idées, en tout-venant, au fil de ses lectures. Puis, ce journal a permis de poser par écrit son ressenti et ses observations lors des entretiens notamment sur les éléments de communication non verbale et sur l'ambiance ressentie. Au cours des entretiens, l'enquêtrice y a noté aussi des mémos méthodologiques afin d'ajuster son guide d'entretien. Lors de la première phase de l'analyse, le recueil de mémos analytiques a permis d'y développer les premières pistes interprétatives ainsi qu'une première carte mentale. Il ne s'agissait pas de la première expérience de l'enquêtrice dans la conduite d'un entretien semi-dirigé. Elle y avait été initiée lors d'un stage d'internat en médecine générale pour la réalisation d'une étude de cas. Au fur et à mesure des entretiens, l'enquêtrice a amélioré sa capacité d'écoute active et renforcé son expérience, se détachant progressivement du guide, afin de réaliser un recueil plus authentique de l'expérience vécue des participantes. La durée conséquente des entretiens a permis une mise en confiance des participantes et une exploration plus profonde de leur expérience. En effet, le vécu de violences était, notamment, plus facilement évoqué par les participantes en toute fin d'entretien.

Lors de l'analyse, l'étape de triangulation avec les deux directeurs de thèse a permis d'affiner la catégorisation des données et de renforcer la validité interne de l'étude. Cela d'autant plus que cette thèse était co-dirigée en transdisciplinarité. Le regard du médecin généraliste masculin formé à la recherche qualitative et celui de la sage-femme référente d'un centre d'IVG armée de plusieurs années d'expérience permettaient d'ouvrir les points de vue et d'accéder à une réflexion large et profonde sur le sujet de recherche.

## **2. Limites de l'étude et transférabilité**

L'étude présente cependant des limites. Le sujet en lui-même a pu être limitant. En effet, il existe encore un tabou autour de l'IVG et il peut être difficile d'en parler ouvertement.

Cela a pu freiner certaines femmes pour s'exprimer sur ce sujet et partager leur expérience. Il est d'ailleurs possible que cela soit aussi une explication aux femmes « perdues de vue » lors des appels téléphoniques de l'enquêtrice. En effet, le nombre de ces dernières est important et on peut supposer que ces femmes auraient pu apporter une plus grande variabilité d'expérience dans les données.

Le biais de recrutement est aussi à prendre en compte. Les femmes volontaires pour participer à l'étude avaient déjà fait un cheminement, eu une réflexion sur leur parcours. On peut supposer que des femmes vivant présentement des violences ou vivant dans des milieux de précarité particuliers, de la prostitution par exemple, auraient eu plus de mal, ou n'auraient pas eu la possibilité de témoigner de leur parcours. Il est à noter aussi que la moitié des femmes interrogées avaient réalisé « seulement » deux IVG et que la plupart des participantes vivaient en milieu urbain. Ainsi l'échantillon n'explorait probablement pas l'ensemble des expériences potentielles, vécues par les femmes confrontées à des IVG itératives, ce qui limite la compréhension globale de ce phénomène.

Les entretiens en visioconférence ou par téléphone ont pu diminuer la perception des éléments de communication non verbale et ont pu rendre ces échanges moins spontanés. Ils ont pu, cependant, rendre l'entretien plus accessible pour certaines femmes.

Le nombre d'entretiens réalisés n'a pas permis de s'assurer de la saturation des données. Le recrutement a été difficile et a donc été stoppé au bout d'un an pour des raisons de faisabilité, en estimant cependant que la richesse des entretiens réalisés permettrait une analyse satisfaisante.



## C. Apport de cette étude

### 1. Repenser l'expérience de ces femmes au regard du système patriarcal

A la lecture des résultats, différents acteurs interviennent. D'un côté, se tiennent des femmes aux lourdes responsabilités dans leur vie de femme, de couple et de famille avec des facteurs de vulnérabilité pouvant les mettre à mal. D'un autre côté, leurs partenaires masculins sont peu impliqués dans la maîtrise de la fécondité du couple ou se trouvent dans une impasse quand ils veulent davantage s'investir dans la contraception. Et, enfin, ces couples sont plongés dans une société faite de normes sociales bien définies, qui contribue à les contenir dans leur rôle. En effet, notre société actuelle a été fondée sur les bases d'un système patriarcal. C'est à dire, selon le dictionnaire Larousse, « une organisation sociale dans laquelle l'homme exerce le pouvoir dans le domaine politique, économique, religieux, ou détient le rôle dominant au sein de la famille, par rapport à la femme ». Malgré les luttes des mouvements féministes, ces principes sont ancrés et tenaces et se retrouvent en filigrane dans les expériences des participantes. Cette prise de recul permet de ne pas incriminer seulement les individus hommes ou femmes, mais de prendre conscience que nos comportements sont conditionnés par des normes et des représentations fixées au fil des décennies. Les personnes les assimilent à travers différents domaines de leur vie : leur culture, leur communauté, leur religion, leur profession ou encore à travers les politiques menées dans notre pays.

#### *a) Les normes sociales de genre*

La société diffuse des normes sociales de genre qui assignent certaines qualités aux hommes et d'autres aux femmes et cela dès l'enfance. Ainsi, de manière stéréotypée, on demande aux fils d'être forts et de savoir se défendre et aux filles d'être gentilles et jolies (44). Ces normes sociales donnent des objectifs d'accomplissement genrés, des idéaux à atteindre, qui deviennent des injonctions conditionnelles au bonheur et à la réussite. De cette façon, la maternité resterait pour la femme une source d'accomplissement inconditionnel. Virginie Despentes dans son essai *King Kong Théorie* (45) dénonce une « propagande pro-maternité », « survalorisée par l'inconscient collectif », disant que sans enfant il n'y aurait pas de bonheur féminin cela sans s'inquiéter des conditions d'accueil de ces potentiels enfants. Il est alors compliqué de savoir si le désir d'enfant est sociétal ou si c'est un vrai désir profond de la

femme. Ce que nous montrent les résultats de l'étude, c'est que les inquiétudes et les réflexions des femmes ou des couples, autour de l'écologie, la santé, l'économie, l'équilibre global mondial, remettent en cause ces injonctions, en attirant leurs attentions sur les difficultés de nos conditions de vie pour l'avenir. Le mouvement « childfree » (42) par exemple, qui revendique le choix libre et éclairé de ne pas avoir d'enfant, vient alors en opposition aux mouvements pro-maternité.

*b) Les décisions politiques entraînant une évolution des pratiques contraceptives*

Pour aller plus loin, dans la recherche de l'influence des normes sociales sur les femmes et les hommes, il est intéressant de se pencher sur l'histoire, avec le travail notamment de la sociologue C.Ventola (46), qui permet de mieux comprendre les évolutions des pratiques contraceptives en France en faisant une comparaison avec l'Angleterre. D'abord, en France, sur le plan institutionnel, au XIX siècle, les politiques ont commencé à s'interroger sur les pratiques contraceptives parce qu'ils s'inquiétaient d'une baisse précoce de la démographie française. Préoccupée de l'avenir de la nation, une politique dite nataliste est alors mise en place. Elle va encourager les naissances et va être répressive vis à vis des pratiques contraceptives et abortives. Elle mène à la loi de 1920 interdisant l'avortement et la diffusion des moyens anticonceptionnels. Cette approche est spécifique à la France. En Angleterre, dans une perspective eugéniste - c'est à dire de rationalisation de la reproduction en la rendant plus sélective - puis afin d'éviter une surpopulation, les politiques valorisent la régulation de la fécondité par les moyens contraceptifs, la stérilisation et l'avortement, dès le début du XXe. Cette tradition nataliste va rester prégnante en France et elle va aussi s'accompagner d'une médicalisation importante des choix contraceptifs avec une approche plus paternaliste et restrictive des professionnels de santé. Les marges de manœuvre laissées aux praticiens vis à vis des recommandations de bonnes pratiques vont leur laisser la possibilité d'exprimer leurs réticences. Tout cela a participé à freiner l'acceptabilité et le développement des contraceptions, notamment masculines et définitives en France. Ainsi la vasectomie n'est autorisée que depuis 2001 en France (loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001). A contrario, en Angleterre, la promotion de la vasectomie se fait dès le XXe siècle. L'engouement des médecins et de la population est importante. A titre d'exemple, il y avait déjà, en 1971, plus de 50000 vasectomies réalisées en Angleterre et au Pays de Galle (47).

### *c) La norme contraceptive*

Sur le plan des pratiques contraceptives individuelles, au XIXe et début du XXe siècle, les moyens contraceptifs et abortifs étaient surtout sous la responsabilité des hommes dans l'intimité du couple puisque les contraceptions féminines n'étaient pas autorisées ni diffusées. Dans les années 1950 à 1970, avec le soulèvement des mouvements féministes, puis la légalisation de la contraception, les méthodes contraceptives hormonales et ensuite le dispositif intra-utérin (DIU) se développent, alors qu'en parallèle, l'offre à disposition des hommes n'évolue pas (48). Les femmes s'approprient alors la charge contraceptive, sous l'encadrement des médecins. Dans les même temps, selon Bajos et Ferrand (49), il s'instaure même une norme contraceptive, très française là aussi, consistant à utiliser le préservatif dans les premiers temps d'une relation de couple, avec donc une charge partagée par les deux partenaires, puis à utiliser ensuite la pilule quand la relation se stabilise et enfin le dispositif intra-utérin après avoir obtenu le nombre d'enfants désirés ; réservant alors la responsabilité de la contraception aux femmes. Malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2004 précisant que l'utilisation du DIU était possible chez les femmes ayant ou non un enfant, ce schéma va se maintenir : en 2010, seulement 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisaient un DIU (50). Entre 2012 et 2013, la crise médiatique autour des pilules de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération entraîne un phénomène de désaffection pour les pilules et fait reconsidérer la norme contraceptive. Les femmes vont alors s'orienter vers des méthodes plus « naturelles » et cela pousse aussi les soignants à proposer un panel de choix de contraceptions plus large (51).

### *d) Les inégalités de genre dans la sexualité du couple*

Sur le plan de la sexualité, ces changements de pratiques contraceptives vont aussi avoir un impact. La responsabilité de la femme en matière de contraception est établie par les normes sociales. Donc, indirectement, cela impose aux femmes de « faire avec » les effets indésirables potentiels des contraceptions sur leur libido. Cela rend alors « normal » le fait de privilégier le désir et le plaisir du partenaire masculin qui n'a pas à porter ces responsabilités et contraintes. Le désir de l'homme et de la femme est d'ailleurs différencié socialement comme le souligne Cécile Thomé dans sa thèse (52). Le désir sexuel masculin est considéré comme un besoin naturel, pulsionnel et donc, selon Le Guen (53), incompatible avec une adoption de pratique de prévention. Le désir de la femme est représenté comme plus

adaptable, moins spontané. Elle doit se rendre disponible émotionnellement et aussi physiquement, par la gestion de la contraception et donc de la fécondité du couple, et, par la préparation de son corps et de son apparence au moment du rapport. Ce travail en amont réalisé par la femme n'est pas valorisé socialement, il est admis comme normal. Ensuite, la sexualité des couples hétérosexuels va suivre un « script sexuel » spécifique, toujours selon Thomé (52). Aujourd'hui, ce script est centré sur le plaisir de l'homme puisque la pénétration pénéo-vaginale en est l'élément central alors que les autres pratiques sexuelles sont relayées aux titres de préliminaires. Cette pratique est considérée comme la « vraie sexualité », indispensable à la sexualité conjugale. Cela a été diffusé aussi indirectement par les médecins à travers la médicalisation de la contraception. Néanmoins, C. Thomé précise dans son étude, que les hommes peuvent aussi s'adapter au « script » de leur partenaire mais que les femmes le font plus souvent, et de manière plus inconsciente. S'il est vrai que le plaisir sexuel féminin s'est acquis avec le développement de la contraception – avant les femmes étaient complètement dépendantes du comportement de l'homme pendant les rapports –, il l'était d'autant plus qu'il était accompagné d'autres évolutions sociales sur l'égalité hommes-femmes (professionnel, politique, et juridique). On voit, à travers le propos des femmes interrogées, que l'alternance entre une contraception masculine et féminine dans un couple, pourrait être un moyen d'alléger la charge des femmes (48) et de mieux maîtriser la fécondité du couple. Cela aurait aussi un impact positif pour les femmes sur le vécu de leur sexualité. Les questions qui en découlent sont : comment davantage mobiliser les hommes sur le sujet de la contraception et où en est le développement de méthodes de contraception masculine ?

#### *e) La contraception masculine*

Les hommes, en effet, s'intéressent encore relativement peu à la contraception masculine et s'attachent à des représentations limitantes par manque d'informations ou de remise en cause par les soignants peu formés également, ce qui est un potentiel frein à son développement (54). Toutefois, ils peuvent se sentir aussi concernés et ce d'autant plus après une IVG, selon Le Guen (55). Ils peuvent alors se positionner en coopération avec leur partenaire pour la gestion d'une contraception féminine. Selon Moreau (54), les autres freins potentiels au développement de la contraception masculine sont le manque de moyens financiers avec l'absence d'investissement de l'industrie pharmaceutique, le manque d'efficacité prouvée, l'acceptabilité et l'innocuité, les effets secondaires à court et long termes

restant à déterminer. Le panel de moyens existants aujourd'hui, en dehors des méthodes du retrait et du préservatif, sont la contraception thermique par sous-vêtements (toujours en expérimentation), par anneaux contraceptifs (commercialisation suspendue par l'ANSM en 2021), la contraception hormonale par injection hebdomadaire de testostérone (contraignante, très peu utilisée), la contraception chimique par injection de gel dans les canaux déférents (en attente de mise sur le marché), et la contraception mécanique par vasectomie (48). Il est, tout de même, important de constater que, depuis dix ans, on note un recours de plus en plus important à la vasectomie en France, la crise des pilules de 2012 y ayant contribué. En 2021, 23306 vasectomies sont rapportées par l'assurance maladie, soit dix fois plus qu'il y a dix ans (56).

*f) La charge de la parentalité*

La charge de la maternité et de la parentalité étaient aussi mises en avant par les participantes et contribuaient au poids de leurs responsabilités. Il faut dire que les injonctions sociales à être de « bons parents » sont là aussi inégalitaires entre les hommes et les femmes. Pour ce qui est de l'activité professionnelle de la femme, le maintien d'un modèle patriarcal au sein de l'organisation du foyer, laisse supposer que la profession de la femme reste la « variable d'ajustement » selon Cartier et al. (57). En effet, les résultats de notre étude le montrent aussi, c'est le travail des mères qui est impacté davantage que celui des pères avant et après la naissance. Leur travail passe après les exigences familiales, malgré le fait que leur profession est souvent source d'accomplissement pour elles. Ensuite, dans les tâches domestiques et la gestion des enfants, ce sont elles qui portent en quasi-totalité la charge mentale. Les pères sont plutôt « auxiliaires » de leur compagne en exécutant les tâches qu'elles ont définies et supervisées (57). En faisant cela, ils se dispensent de prendre leur part de charge mentale. En 2015, les femmes consacraient 2,5 fois plus de temps aux tâches domestiques du foyer (58). Dans ce domaine-là aussi, les femmes effectuent souvent un travail d'amont, préventif, invisible, pour que le quotidien de chacun des membres de la famille se déroule bien. D'autant plus qu'en cas de manquement à ces tâches de la vie de famille, ce sont davantage les femmes qui sont blâmées. On note quelques avancées sur ce plan avec l'allongement du congés de paternité à 28 jours en 2021, notamment, et la prise de conscience progressive de la gente masculine grâce à la popularisation de ce sujet de la charge

mentale à travers des publications comme par exemple la bande dessinée « un autre regard » d'Emma, dessinatrice féministe (59).

#### *g) Les violences sexistes*

Les violences faites aux femmes sont fondées sur un rapport de domination. Selon Marie France Hirigoyen, dans *Femmes sous emprise* (44), la violence est caractérisée par une relation où l'« autre » est empêché, nié dans son intégrité. Contrairement au conflit qui maintient une relation égalitaire en considérant qu'argumenter, même de façon véhémence, reste une reconnaissance de l'autre, la violence est un mode de relation asymétrique. Les formes de violences sont multiples, sans être exhaustif, on peut en citer trois grands types psychologiques, physiques et sexuelles.

Dans notre étude, sur les dix participantes, cinq femmes ont rapporté avoir vécu des violences conjugales de la part d'un ex-compagnon et deux femmes parmi ces dernières ont rapporté avoir été victime d'inceste durant leur enfance. Pour rappel, les études montraient que les violences conjugales chez des femmes ayant réalisé des IVG itératives semblaient plus fréquentes qu'en population générale même si chaque étude retrouvait une part variable de victimes de 19 à 53% (15–18). En France, les violences conjugales restent un grand problème de santé publique. En 2019, selon l'enquête « cadre de vie santé et sécurité »(60), 213 000 femmes âgées de 18 à 75 ans, en moyenne chaque année, étaient victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur conjoint ou ex-conjoint. Les chiffres des incestes sont tout aussi alarmants puisqu'en 2020, un sondage Ipsos retrouvait 6,7 millions de victimes d'inceste en France soit 10% des Français dont 78% de femmes et 22% d'hommes (61). Selon l'OMS, en 2014, dans le monde, 1 femme sur 5 et 1 homme sur 13 subissaient des violences sexuelles dans leur enfance (0-18 ans).

A propos des violences sexistes et sexuelles, la culture du viol, expression née de féministes américaines dans les années 70, désigne un environnement qui cherche à banaliser, minimiser le viol et les violences sexuelles par des mots, des sous-entendus à travers les médias, la culture et la politique (62). Aujourd'hui encore les stéréotypes sexistes persistent et notamment chez la jeune génération (18-24 ans). L'enquête IPSOS sur la représentation des français sur le viol, réalisée en 2022 pour l'association mémoire traumatique et victimologie, montrait que cette jeune génération adhère davantage à une sexualité violente, sans respect

du consentement : on a par exemple, 36% des interrogés qui pensent qu'une femme peut prendre du plaisir à être humiliée ou injuriée et 23% qui pensent qu'une femme peut prendre du plaisir à être forcée ou qu'une femme qui dit non cela veut dire oui (63). L'hypothèse formulée par l'association sur la raison de ces chiffres est l'exposition de cette tranche d'âge, dès l'enfance à des contenus pornographiques ou à des jeux en ligne, souvent violents et dégradants envers les femmes. Dans notre étude, cela peut être mis en lien avec les propos de la jeune femme évoquant le refus de l'utilisation du préservatif chez les moins de 25 ans.

#### *h) Les conséquences des violences : la mémoire traumatique*

Chez les participantes, les conséquences des violences étaient multiples et diverses : une perte d'estime d'elles-mêmes, une perte de confiance en elles et ceux qui l'entourent (et notamment les hommes en général), des peurs pour l'avenir, un changement dans leur manière d'envisager les rapports sexuels ou des consommations addictives. On peut retrouver ces éléments dans les travaux de la psychiatre Murielle Salmona sur la mémoire traumatique (64,65) (cf. schémas, annexe n°3). Elle explique que le cerveau de la personne confrontée aux violences va, pour se protéger, installer des mécanismes de sauvegarde neurobiologiques. Plus précisément, il met en place un état de sidération par la surproduction d'adrénaline qui entraîne un surrégime de l'amygdale puis une disjonction du circuit entraînant une plongée dans un état dissociatif expliquant parfois une amnésie des faits. La mémoire implicite émotionnelle est alors piégée dans l'amygdale, et, l'hippocampe ne peut pas faire son travail de stockage et d'encodage. Se forme alors la mémoire traumatique. C'est donc un trouble de la mémoire émotionnelle chez la victime, qui va durer dans le temps et qui va se déclencher de façon automatique, intrusive et indifférenciée. Cette mémoire traumatique intolérable entraîne des comportements d'hypervigilance, de contrôle, d'évitements, des angoisses extrêmes (réminiscences, flash-back, cauchemars), une perte d'estime de soi avec des sentiments de honte et de culpabilité et des troubles de l'humeur, demandant la mise en place de solutions de secours qui cherchent à recréer un état dissociatif à travers une mise en danger, des conduites à risques ou par la consommation de drogues. La dissociation traumatique va rendre leur discours plus flou, décousu, parfois vide d'émotions, parfois parcouru d'émotions très intenses. Cela pourra leur porter préjudice ensuite parce que leur discours ne sera pas cru par leur entourage ou par les professionnels (médicaux ou juridiques) auxquels elles auront recours.

A la lumière de ces explications sur la mémoire traumatique, on peut retrouver différents éléments dans le discours des participantes de notre étude : deux femmes étaient consommatrices de cannabis au moment des violences (P2, P3), deux femmes rapportent avoir eu un syndrome dépressif et fait une tentative de suicide à la suite de violences (P2, P6), les deux femmes victimes d'inceste (P2, P8) disent avoir eu des comportements à risque et un décrochage scolaire pendant leur adolescence. On peut aussi s'arrêter sur le vécu de leurs IVG. Les participantes ayant vécu un inceste disent avoir été particulièrement éprouvées par leur vécu d'une IVG sous aspiration locale mais cela d'une manière différente pour l'une et l'autre : l'une d'elle semblait plutôt dans un état dissociatif avec des pleurs qu'elle n'arrivait pas à stopper et l'autre plutôt dans une forme d'hypervigilance très éprouvante et difficile à relâcher.

Ainsi on comprend que les soignants pourront mieux dépister des violences s'ils sont sensibilisés au fonctionnement et aux conséquences de la mémoire traumatique. De plus, s'ils sont au courant de ce vécu de violences, ils pourront adapter leur prise en charge et guider vers la méthode qui semble la plus pertinente pour chaque femme.

Il existe un risque pour les femmes ayant vécu de la violence conjugale ou un inceste de revivre de la violence dans une autre relation ensuite. Selon Marie France Hirigoyen, les hommes violents repèrent la faille, la vulnérabilité de la femme qui permettra le processus d'emprise, maintenu par la configuration de la relation elle-même (44).

#### *i) La violence symbolique et le sentiment de honte*

Une autre violence à souligner est ce que Pierre Bourdieu appelle la violence symbolique (66). C'est une forme de violence qui s'exprime à travers les normes sociales et les injonctions à s'y conformer. Elle amène à juger légitime une domination sociale par les dominés eux-mêmes. Selon Manon Garcia, dans son livre *On ne naît pas soumise, on le devient*, la domination masculine pourrait conduire les femmes à adapter leurs préférences de sorte qu'elles en viennent à choisir la soumission alors que ce choix n'est pas objectivement bon pour elle (67). Les femmes restent, en effet, attachées aux règles de ce système social et continuent au moins partiellement à s'y conformer. Ainsi, de manière assez radicale et inquiétante, on voit émerger le mouvement #Tradwife (148 millions de vue sur TikTok) initié aux Etats-Unis qui encourage les femmes à reprendre un rôle traditionnel : en restant au foyer,



s'occuper de l'entretien de la maison, de l'éducation des enfants pendant que le conjoint part travailler.

Dans beaucoup de sociétés, la peur du rejet et de l'exclusion est importante. On nous enseigne ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Brené Brown, dans son livre *Dépasser la honte*, évoque une épidémie silencieuse de la honte (68). C'est une émotion complexe qui résulte d'une non-conformité à certaines injonctions sociales ou d'un échec à y répondre. Elle renvoie à un sentiment de solitude, d'insignifiance. Elle peut mener à modifier ce que l'on pense de soi, son estime de soi par rapport à ce que l'on voudrait être. La honte est aussi organisée par genre, c'est à dire que les injonctions nourrissant la honte ne sont pas les mêmes en fonction du genre. Selon Brené Brown, il s'agit pour la femme de « l'entremêlement d'une toile d'injonctions socio-communautaires multiples, rivales et conflictuelles », autrement dit, d'une multitude d'attentes souvent contradictoires sur ce que la femme est censée être et comment elle doit se comporter, qui la contiennent comme un carcan. Cela se rapproche de ce qu'une participante rapportait à propos des exigences de performances demandées aux femmes : il faut tout faire, le faire parfaitement et le faire sans se plaindre. Pour l'homme, elle est fondée sur une perception culturelle de la masculinité, on leur demande une chose principale, il s'agit surtout de ne pas être perçu comme faible. Il existe un silence, autour de cette honte ressentie, entretenu aussi par les professionnels de santé, qui ne parlent pas ou peu de la honte, ou qui ne donnent pas l'écoute nécessaire à la personne pour l'évoquer.

Pour ce qui est de l'IVG, bien que le nombre d'IVG reste relativement stable depuis plus de 20 ans, et cela malgré l'élargissement du panel et la diffusion de la contraception et les lois d'allongement des délais d'IVG, il est encore pensé par certains comme un acte « facilement » évitable. Il se doit alors de rester exceptionnel, si bien que la répétition des IVG n'est pas entendable ni compréhensible. Cela vaut aussi pour certains professionnels de santé qui pourront alors avoir des propos stigmatisants, ce que montrait l'enquête FECOND en 2011, où les médecins moins bien formés aux contraceptions attribuaient la répétition des grossesses non prévues à l'insouciance des femmes ou à leur ambivalence vis à vis du désir de grossesse (69). Ainsi les femmes qui vivent des IVG itératives se sentent souvent (pas toujours) honteuses par le fait de la répétition des IVG. Elles sont alors vulnérables aux jugements et suppositions des intervenants qu'elles vont rencontrer, qui pourront remettre en question

leurs expériences et les blâmer. Les femmes de l'étude le disent, elles n'ont pas forcément eu la possibilité d'exprimer ce sentiment, s'il était présent, lors de leurs parcours d'IVG. De plus, il semble y avoir, autour du sujet de l'IVG, une injonction sociétale à se positionner « pour » ou « contre » sans la possibilité d'y apporter des nuances. Sandra Vizzanova dit ainsi dans son livre : « la loi nous autorise à avorter, la société nous empêche d'en parler, ou alors elle nous impose de nous positionner, de militer. » (27). Cette injonction peut, là aussi, mettre à mal les femmes confrontées à des grossesses imprévues en accentuant un isolement et un sentiment de honte.

*j) La libération de la parole autour de problématiques spécifiques de femmes qui brisent des tabous de société*

Le silence sur les sujets inhérents aux femmes contribue encore à l'inégalité des genres puisque les sujets dont on ne parle pas, sont invisibilisés et non pris en considération en société. Grace aux réseaux sociaux notamment, les prises de paroles et témoignages à travers le mouvement #MeToo, en 2017, puis le mouvement français #MeTooinceste, en 2021, ont permis une prise de conscience de l'ampleur des violences sexuelles et ont remis en cause le discours anti-victimaire de promotion de la culture du viol. En effet, la parole des femmes est souvent mise en doute dans le cas des violences sexuelles. Se plaindre de violence sexuelle est un écart à la norme de féminité selon laquelle les femmes devraient se soumettre aux hommes, selon Manon Garcia (67). Ces mouvements ont aussi mené à des actions politiques avec le vote de la loi Billon en avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste. Les prises de parole se sont étendues à d'autres domaines spécifiques des femmes passés sous silence. Ainsi on a vu des #MonPostPartum où les femmes ont pu partager leurs expériences éprouvantes du post partum. Les tabous autour des difficultés de la maternité se brisent aussi, par exemple avec la publication du livre sur le regret maternel d'Astrid Hurault de Ligny (69).

## 2. L'IVG un soin comme les autres ?

L'interruption volontaire de grossesse est un soin inclus dans la prise en charge de la santé sexuelle. La définition de cette dernière a été donnée par l'OMS en 2002 :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

On peut envisager les grossesses imprévues comme des ruptures d'équilibre dans le maintien de la santé sexuelle des femmes. Le moment d'une IVG est alors une opportunité – rare dans le système de soin actuel – de s'intéresser à la santé sexuelle de la patiente. La définition de l'OMS permet alors de souligner la pertinence d'une approche holistique dans la prise en charge de l'IVG où l'on pourra s'intéresser à la santé sexuelle de la patiente de manière globale. C'est une occasion de bilan où l'on peut s'arrêter sur la situation actuelle de la patiente et l'accompagner du mieux que possible pour qu'elle n'ait pas à revivre d'IVG.

Cela est permis par la temporalité de ce soin qui s'articule en plusieurs étapes. L'entretien psycho-social doit être systématiquement proposé mais il n'est pas obligatoire sauf pour les femmes mineures. De manière systématique, il y a donc trois étapes. D'abord, il y a un rendez-vous pré-IVG où le terme de la grossesse est évalué puis la méthode de l'IVG est choisie. Puis,

vient le moment de la réalisation de l'acte d'IVG, en centre d'IVG dédié ou à domicile en fonction de la méthode choisie. Enfin, le rendez-vous post-IVG où la bonne réalisation de l'acte ainsi que l'absence de complications sont contrôlées. Chacune de ces étapes, est un moment où chacun des soignants intervenants peut faire un point sur le vécu de la patiente et sur sa santé sexuelle - en faisant notamment un dépistage des violences -, et revoir la méthode de contraception de la patiente ou du couple.

*a) Un soin soignant-dépendant, qui s'adresse à des non-malades*

La prise en charge de l'IVG dans sa globalité est, en effet, spécifique dans le sens où elle s'adresse à des non-malades. Le soignant (médecin ou sage-femme) a alors surtout un rôle d'information, de conseil, d'accompagnement qui nécessite une formation adéquate sur le sujet de la sexualité et de la contraception. Cette prise en charge est ainsi soignant-dépendant. L'étude de Roux et al. sur la contraception, réalisée en se basant sur les données de l'enquête FECOND de 2010 (70) illustre bien que les pratiques en santé sexuelle dépendent de la formations des soignants. Les résultats montraient une prédominance de la prescription de pilules par les médecins libéraux généralistes ou gynécologues et mettaient en évidence différents profils de médecins qui avaient des recommandations contraceptives diverses. L'étude montrait que la formation des médecins libéraux était très variable et que les représentations profanes des médecins influaient sur leurs prescriptions. Les expériences contraceptives personnelles (ou du couple) du médecin étaient au cœur de ses recommandations. Les femmes médecins semblaient en général plus soucieuses des enjeux de santé sexuelle. Les prescripteurs masculins prescrivaient principalement la pilule alors que les femmes médecins avaient des recommandations plus diversifiées. La posture et la relation du soignant avec sa patiente semblent donc essentielles. A travers les recherches médicales, et celles notamment sur la maladie chronique, différents concepts ont été développés afin de mieux comprendre les enjeux du patient dans le système de soin et mieux appréhender cette relation de soin.

*b) Les similitudes avec le vécu d'autres patients du système de soin ayant une maladie chronique*

Au cours de l'analyse des données, nous avons remarqués un certain nombre de similitudes dans le vécu des difficultés de contrôle de la fécondité des participantes avec le vécu d'autres patients dans le système de soin et, notamment ceux atteints de maladie chronique. Sans considérer la répétition de grossesses non prévues ou de l'IVG comme des pathologies chroniques, il est intéressant de constater que certains concepts développés pour comprendre les enjeux liés à la maladie chronique peuvent être une aide pour une meilleure compréhension et donc une meilleure prise en charge des répétitions de grossesses non prévues et de l'IVG.

L'éducation thérapeutique du patient est un concept d'aide à la gestion d'une maladie chronique. Le mot « éducation » peut porter à confusion, il ne s'agit pas là de rendre le patient seul responsable, ou plus « obéissant », dans une relation qui serait paternaliste avec le médecin. Il s'agit, au contraire, d'un partenariat avec le médecin qui accompagne le patient dans sa propre réappropriation de sa vie et de son corps pour améliorer sa qualité de vie (71). A travers nos résultats, on constate de forts besoins, de la part des femmes ou des couples, en termes d'informations sur la contraception et sur l'IVG. On note aussi des compétences spécifiques à développer, pour le contrôle de leur fécondité : sur le maintien d'une efficacité contraceptive, sur la bonne utilisation d'une contraception d'urgence, notamment, et ; pour la réalisation d'une IVG : sur le repérage des premiers signes de grossesse quand cela est possible (dans l'idée d'agir au plus tôt : plus le terme est avancé, plus les méthodes sont restreintes et un peu plus à risque de complications), sur la gestion d'une IVG médicamenteuse au domicile, sur la gestion des douleurs, sur l'évolution des saignements... Il s'agit donc de développer des stratégies pour « faire face », autrement dit des stratégies de coping. En psychologie de la santé, ce terme correspond à « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les exigences externes et/ou internes spécifiques qui sont perçues comme menaçant ou débordant les ressources d'une personne », d'après Lazarus et Folkman(72). Ces stratégies de coping vont chercher à agir sur la source du stress ou sur l'émotion induite. Aider les femmes ou les couples dans le développement de compétences pour « faire face » permettrait ainsi d'avoir une action préventive sur l'arrivée d'une nouvelle grossesse non prévue et, à la fois, d'améliorer le vécu

de l'IVG. Dans nos résultats, l'utilisation fréquente et spontanée par les participantes du mot « subir » quand elles parlent de la réalisation d'une l'IVG et d'expressions comme « être mise sous » concernant la contraception, nous interpellait. Ces termes soulignent certainement leurs difficultés ressenties mais semblent aussi exprimer une posture passive. Pouvoir les accompagner vers plus d'autonomie dans la gestion globale de leur santé sexuelle semble essentiel. Les programmes d'éducation thérapeutique existant se composent de séances individuelles et collectives. Or, nos résultats le mettaient en évidence, ce qui aidait les femmes était de se sentir soutenues, accompagnées par d'autres et, notamment, dans la sororité. Pourquoi ne pas développer cela à travers des séances de groupe chez des femmes confrontées à la répétition de grossesses non prévues et d'IVG ?

Ces séances d'éducation thérapeutique servent aussi à alléger ce qu'on appelle le fardeau du traitement. Utilisé dans le contexte d'une maladie chronique, il correspond à l'impact de la prise en charge médicale sur la qualité de vie d'un patient (73). Il est à différencier du fardeau de la maladie, puisqu'ici ce ne sont pas les symptômes qui nuisent au patient, mais bien le fait de se soigner. Gérer ses rendez-vous médicaux dans un contexte d'accès aux soins difficiles, mettre en place des régimes alimentaires contraignants, réaliser des examens médicaux chronophage et douloureux représentent ainsi une charge et un véritable travail. Ce fardeau du traitement a deux conséquences principales : les répercussions sociales, familiales et professionnelles, et, l'inobservance. Il est intéressant de constater que dans un contexte d'IVG les femmes n'ont pas de fardeau de la maladie car elle ne présente pas de pathologie. L'ensemble des contraintes vécues lors de leur parcours relèvent donc quasi-exclusivement de contraintes liées aux soins et procédures, qui s'inscrivent parfaitement dans la définition du fardeau du traitement. On peut retrouver notamment dans les expériences rapportées par les patientes, d'abord, à travers leur suivi gynécologique pour se prémunir d'une nouvelle grossesse non prévue : le renouvellement, le changement d'une contraception ou la gestion de ses effets secondaires potentiels, et ; ensuite au moment d'un parcours d'IVG : la prise de rendez-vous parfois difficile, l'attente entre les consultations, l'organisation familiale ou professionnelle que cela demande, les effets secondaires possibles de la prise de la mifépristone et plus ou moins du misoprostol, les contraintes de l'anesthésie en méthode instrumentale, les rares complications des différentes méthodes ...

Les pistes pour diminuer le fardeau du traitement peuvent être aussi pris en compte dans la prise en charge de ces femmes. Il s'agit notamment d'une adaptation de la prise en charge du soignant : en revoyant le modèle de la consultation médicale, en ayant une approche globale et centrée patient avec des prescriptions adaptées au mode de vie du patient, et en travaillant en coopération entre médecins et paramédicaux. On peut alors noter l'intérêt de pouvoir proposer, selon le besoin et le souhait de la femme, un entretien dit psycho-social avant l'IVG, qui recherche les aspects contextuels de la vie de la femme, cela souligne l'importance de la présence d'un-e conseiller-e conjugal-e et familial-e dans les centres dédiés aux IVG.

*c) L'importance du « care » dans le soin*

Le « care » est difficile à définir en français. Selon les auteurs, et le contexte, il prend différent sens (74). On peut le traduire, comme le souci, l'attention portée à l'autre. Cette notion peut être différenciée du « cure », qui veut dire guérir en anglais, et qui représente le soin curatif, médicalisé qui prend en charge la maladie et qui cherche, à travers la guérison, un retour à la normal. Selon la philosophe Fabienne Brugère, le « care » lui représente la dimension relationnelle du soin (75). Il relève d'une pratique, dans le lien à l'autre, respectueuse et empathique. Il s'attache à l'histoire singulière de l'individu, à son récit d'expérience toujours chargé d'affects et à ses vulnérabilités propres. Il implique donc les soignants dans une pratique clinique plus large qui cherche à rétablir de la symétrie dans la relation de soin. On peut la relier à la notion d'approche centrée patient définie comme « une démarche visant à fournir des soins respectueux et attentifs aux préférences, besoins et valeurs du patient, et qui veille à ce que ses valeurs guident les décisions cliniques » (76), cette pratique est réalisée dans une approche large bio-psycho-sociale, en prenant en compte les perspectives du patient, celles du médecin et ce qu'on appelle la décision médicale partagée. De manière un peu caricaturale, on peut mettre en opposition de cette pratique, une relation paternaliste, basée sur un modèle patriarcal, où le soignant a le pouvoir et le savoir, et où la patiente se doit de suivre ses instructions sans intervenir, il n'y alors pas de dialogue possible entre les deux. Les participantes de l'étude ont relevé l'importance du « care » dans la qualité de leur prise en charge (méthode plus adaptée à leur contexte de vie, contraception revue) et de leur vécu. Cela leur permettait de se sentir considérée, allégée du poids de la honte et de faire de leur vécu de l'IVG, une expérience, non pas stigmatisante, mais libératrice et salvatrice.

Si on se place du côté du soignant, il est important de prendre en compte qu'il est lui aussi vulnérable et dépendant du « care » des autres (77). Pour qu'il soit disponible et puisse être lui-même dans le « care », et donc faire un soin de qualité, il faut aussi qu'il soit dans une situation de bien-être au travail, avec des conditions de travail corrects et des moments d'échanges, par exemple à travers des groupes de paires et d'analyse de pratique, et de ressourcement personnel. Le sondage du collectif santé en danger réalisé en 2022, était particulièrement alarmant, sur 2 582 professionnels de santé interrogés 98.4 % affirmaient rencontrer des difficultés sources de souffrance au travail, 77.9 % d'entre eux avaient déjà été diagnostiqués en burn-out, 71.3 % avaient déjà envisagé une reconversion (78). Dans ces conditions, les expériences désagréables rencontrées par les participantes avec certains soignants (sensation d'être jugée, culpabilisation...) doivent être remises en perspectives. Au-delà des recommandations classiques de formation des soignants, nous pouvons aussi suggérer que l'amélioration des conditions de travail des soignants pourraient améliorer le vécu des femmes ayant recours à l'IVG.

L'IVG ou plutôt le parcours d'IVG à travers toute sa temporalité est un soin qui nécessite un investissement et un engagement des soignants. Sa qualité, à travers une prise en charge globale et personnalisée de la patiente, dépend, comme tous les autres soins du système de soins, de moyens, de structures, et de professionnels de santé formés et impliqués. Il est donc important de faire un état des lieux de la situation actuelle en France.

### **3. La situation actuelle en France**

Ce bilan de situation va consister à faire le point sur l'accessibilité de l'IVG et sur les moyens de prévention à travers l'information destinée à la population dans notre pays.

#### *a) Les inégalités d'accès*

Les témoignages des participantes ont attiré l'attention sur le fait que l'accès à l'IVG restait très variable et donc fragile en France. Les disparités régionales persistent et les expériences des participantes originaires d'autres régions de France le montrent bien. Selon le dernier rapport de la DREES (9), le taux de recours est variable d'une région à l'autre : il est plus important en outre-mer, en ile de France et dans le sud que sur le reste du territoire. En 2022, la grande partie des IVG s'est faite à l'hôpital (2 IVG sur 3 selon la DREES) dont 90% à



l'hôpital public. Or, ce dernier, selon les régions et les structures, ne peut pas tout le temps répondre à la demande, ou, du moins, pas toujours de manière qualitative. Les IVG sont souvent pratiquées dans les services de maternité publiques et elles pâtissent de leurs restructurations et fermetures : entre 1996 et 2019, le nombre de maternités en France est passé de 814 à 461, selon la DREES. En cabinet de ville, peu de professionnels pratiquent l'IVG : 2,9% des généralistes et gynécologues et 3,5% des sages-femmes, selon le rapport parlementaire de 2020 (79).

Les parlementaires s'inquiètent du faible intérêt des médecins à propos de l'acte de l'IVG qui est peu valorisé dans les études de médecine et considéré peu gratifiant. De plus, sur le plan financier, l'acte de l'IVG est sous valorisé, les forfaits pour la réalisation des IVG sont en dessous de ce que cela coûte réellement à l'établissement de santé qui les réalise (4). La part d'IVG sous anesthésie générale est variable selon les régions mais reste une part importante, et cela veut dire qu'il faut prendre en compte le coût des infrastructures et les équipes de soin nécessaire à cette anesthésie. Finalement, c'est un acte déficitaire à l'hôpital (4). Cela peut expliquer le désengagement du secteur privé. C'est différent pour la plupart des pays qui nous entourent où le secteur privé pratique beaucoup plus d'IVG et cela de manière beaucoup plus onéreuse pour les patientes (4).

Ces difficultés d'accès, à certains endroits, peuvent en partie expliquer les 17,2% des IVG qui sont réalisées en dehors du département de résidence des femmes (9). Elles vont, par conséquent, augmenter le temps d'attente pour une IVG : le délai entre la première demande pour une IVG et sa réalisation est en moyenne de 7,4 jours selon le rapport parlementaire de 2020 (79). L'allongement du délai à la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse par la loi du 2 mars 2022 visait à élargir l'accès à l'IVG devant la nécessité qu'avait certaines femmes de partir à l'étranger, ce qui pouvait être traumatique pour elle, comme le rappelle l'une des participantes qui a dû partir en Hollande pour sa première IVG, à 21 ans, alors qu'elle avait fait un déni de grossesse.

### *b) Un choix de méthode parfois indirectement imposé*

Le choix de la méthode n'est pas toujours assuré. L'utilisation de la méthode médicamenteuse fait une grande progression ces dernières années. Comme dit dans l'introduction, c'est 76% des IVG en 2021(9). C'est une méthode qui a fait ses preuves et qui correspond aux besoins et aux problématiques de certaines femmes, dans certaines situations. Mais il semble important de garder à l'esprit que cela n'est pas vrai pour toutes les femmes et toutes les situations. On l'a vu, à travers les expériences des participantes, cette méthode comporte de potentiels effets secondaires et un risque d'exacerbation de facteurs de vulnérabilité des femmes, qui sont importants à prendre en compte pour pouvoir réaliser un soin de qualité. Face à la fermeture de structures hospitalières, aux manques de professionnels, et, parfois, face à une volonté de ne pas pratiquer d'aspiration, la solution médicamenteuse peut devenir la seule solution, et donc forcément être une solution par défaut quand c'est la seule proposée (79). De plus, récemment, des tensions d'approvisionnement en Misoprostol, allant jusqu'à la rupture de stock dans certaines pharmacies de ville, ont inquiété et interrogé sur la garantie pérenne de l'accès à l'IVG médicamenteuse (80).

### *c) Le manque d'informations sur la santé sexuelle*

L'information sur la sexualité et la contraception masculine et féminine reste très insuffisante. La loi (loi Aubry 2001) exige pourtant normalement trois séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, chaque année, à l'école, à partir du primaire. Mais il semble que cela est loin d'être respecté. En 2021, le collectif Noustoutes a réalisé une enquête auprès d'un peu plus de 10000 personnes révélant que seulement 13% du nombre total des séances était réalisé au collège et au lycée. En mars 2023, trois associations ont attaqué l'état en justice face au non-respect de la loi (81). Il semble y avoir des disparités entre établissements scolaires publics et privés (82). L'enquête réalisée par OpinionWay pour la Maison des femmes de Saint Denis en octobre 2022 révélait que 60% des parents ignoraient que ces séances étaient obligatoires (83). Dans la même enquête, 18% des parents d'enfants pensaient que l'éducation sexuelle représentait « un danger pour les enfants », 3 parents sur 10 avaient peur ou auraient peur de parler de sexualité avec leurs enfants par crainte de les « choquer ». Les sujets évoqués par les parents à leurs enfants variaient en fonction de leur genre. Ils semblaient aussi plus délicat pour les parents de parler du plaisir masculin et féminin et

d'évoquer les dangers des violences sexuelles. Ce manque d'information, dans l'enfance et l'adolescence, contribue à la mise en place de comportements sexistes chez les jeunes, comme vu précédemment, quand ces derniers recherchent une initiation à travers les réseaux sociaux et les contenus pornographiques. Cela impacte ensuite les hommes et les femmes dans leur sexualité et dans leurs pratiques contraceptives et diminue leur capacité à se prémunir de l'arrivée d'une grossesse non prévue et donc d'une IVG.

#### **4. Perspectives**

Partir de la parole des femmes pour mieux comprendre leur expérience nous aide en tant que professionnels de santé à changer de regard sur ce phénomène de répétition des IVG. Le contrôle de leur fécondité est un équilibre fragile, qu'elle tente de maintenir au mieux dans le flot de leur quotidien. Il y a des moments de déséquilibre avec des prises de risque et parfois des grossesses non prévues, alors l'IVG est « une solution quand les autres solutions n'ont pas suffi » selon le Dr Sophie Gaudu. Les facteurs favorisant ce déséquilibre sont multiples et ont pu être détaillés dans les résultats.

Dans notre pratique au quotidien, le recul et l'analyse nous manquent parfois. Notre étude peut être une aide pour faire cette démarche et ensuite mieux dialoguer avec les femmes que nous rencontrerons. En effet, les résultats de cette étude nous rappellent l'importance du « care » dans nos prises en charges. La qualité de l'accompagnement de ces femmes par les soignants, par leur partenaire ou l'entourage permet de renforcer la maîtrise de la fécondité de la femme ou du couple et de prévenir une nouvelle situation de « perte d'équilibre » à travers une grossesse non prévue et un acte d'IVG, et les difficultés que cela peut amener chez les femmes.

Prendre en compte les inégalités de genre qui restent très marquées dans notre société et notamment dans le domaine de la santé sexuelle semble aussi essentiel. Il paraît donc pertinent, si la relation de couple existe et est saine bien sûr, d'inclure davantage le partenaire masculin dans la prise en charge de la contraception et de renforcer les actions de prévention et d'information autour des thèmes de la vie affective et sexuelle, ce à tous les

âges scolaires tel que la loi Aubry, citée plus haut, le prévoit. Encore faut-il se donner les moyens de cette prévention et l'adapter aux évolutions sociétales.

Notre rôle de soignant est aussi d'être vigilant et de pouvoir dépister des situations de violences ou des traumatismes potentiels de violences passées ce qui suppose d'être formés et sensibilisés aux mécanismes de la mémoire traumatique et de l'emprise dans la violence conjugale, notamment, au cours de nos études et ensuite dans notre profession.

Les injonctions sociales, dans notre pays, sont tenaces, il est important d'en avoir conscience et d'être sensible à la présence de sentiments plus pesants comme la honte ou la culpabilité qui renforcent l'isolement et la vulnérabilité de certaines femmes, et de les atténuer en étant dans le « care », en faisant preuve de bienveillance, d'écoute et d'empathie.

## V. Conclusion

Ce travail de thèse a été entrepris de manière à comprendre, le plus justement possible, le phénomène du recours répété à l'IVG, chez des femmes confrontées à plusieurs grossesses non prévues, au fil de leur vie procréative.

Nos résultats ont révélé l'implication active et tenace de ces femmes dans des parcours de contraception compliqués. Ils nous ont aidé à prendre conscience des nombreux et différents facteurs contribuant à la répétition de grossesses non prévues et donc aux IVG itératives. Ils ont mis, ensuite, en avant le vécu des patientes dans les différentes étapes de l'IVG : de la découverte d'une nouvelle grossesse au processus de prise de décision de l'IVG différent à chaque fois, jusqu'aux potentielles embuches de ces parcours à divers moments de la prise en charge.

Ce travail peut apporter des éclairages, et aider à déconstruire les jugements facilement portés sur les femmes concernées par la répétition des IVG. Il peut être source de réflexion et guider l'action des soignants rencontrant régulièrement ces patientes : sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues notamment. La santé de la femme et sa santé sexuelle passent encore trop souvent au second plan, dans leurs prises en charge, parfois par manque de temps et de moyens, parfois du fait de représentations négatives ou de jugements issus de leurs parcours de formations ou d'exercice et de leurs parcours de vie personnelle, le tout sous l'influence d'un modèle social basé sur un système patriarcal.

Pour contribuer à un système de soin plus équitable, avec des prises en charge adaptées aux patientes et afin d'aider à réduire les facteurs de vulnérabilité auxquels ces femmes sont confrontées, des actions concrètes peuvent être mises en place. On peut mentionner les actions d'information à travers l'éducation à la vie affective et sexuelle, et à travers les entretiens et consultations dédiées, la formation des professionnels de santé volontaires, la préservation ou la réouverture de centres dédiés à l'IVG et à la santé sexuelle et le travail en réseau avec les différents professionnels de santé et autres intervenants associatifs notamment... L'ensemble de ces actions permettra aussi de prévenir au mieux l'arrivée d'une nouvelle grossesse non prévue, tout en œuvrant à la mise en place et au maintien d'une prise en charge de qualité pour l'IVG.

## VI. Bibliographie

1. Carte. Center for reproductive rights. The Worlds' Abortion Laws [Internet]. Sept 2022. Disponible sur : <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
2. Le Saint R. Notre mission : infiltrer les anti IVG. Causette [Internet]. 31 déc 2019 ; Disponible sur : <https://www.causette.fr/dossiers/notre-mission-infiltrer-les-anti-ivg>
3. Z.L. L'IVG assimilée à un « homicide » : le président d'un syndicat de gynécologues soulève un tollé. Le Parisien (en ligne) [Internet]. 12 sept 2018 ; Disponible sur : <https://www.leparisien.fr/societe/le-president-du-syndicat-national-des-gynecologues-affirme-que-l-ivg-est-un-homicide-12-09-2018-7885728.php>
4. Avortement, le pouvoir du médecin (4 épisodes), Épisode 3 : Le parcours de la combattante [Internet]. LSD, La Série documentaire. France Culture ; 2020. Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-avortement-le-pouvoir-du-medecin>
5. Equy L, Alemagna L, Thomas M. Assemblée : Le débat sur l'allongement du délai d'IVG embarrasse le gouvernement. Libération (en ligne) [Internet]. 7 oct 2020 ; Disponible sur : [https://www.liberation.fr/france/2020/10/07/le-debat-sur-l-allongement-du-delai-d-ivg-embarrasse-le-gouvernement\\_1801721/](https://www.liberation.fr/france/2020/10/07/le-debat-sur-l-allongement-du-delai-d-ivg-embarrasse-le-gouvernement_1801721/)
6. Knoepfel C. IVG, accès limité. ELLE [Internet]. 15 oct 2021 ; Disponible sur : <https://www.elle.fr/Societe/Edito/L-edito-de-ELLE-IVG-acces-limite-3967163>
7. Provost L. Edito : Journée mondiale du droit à l'avortement : interrompez vos « mais ». Libération (en ligne). 27 sept 2021 ; Disponible sur : [https://www.liberation.fr/idees-et-debats/editorial/journee-mondiale-du-droit-a-lavortement-interrompez-vos-mais-20210927\\_NHKPSKUYSFGA3ISQIZ3NJNVYVE/](https://www.liberation.fr/idees-et-debats/editorial/journee-mondiale-du-droit-a-lavortement-interrompez-vos-mais-20210927_NHKPSKUYSFGA3ISQIZ3NJNVYVE/)
8. Rossier C, Pirus C. Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 : Population. 13 juill 2007 ; Vol. 62(1) :57-90.
9. Vilain A. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021. DREES. Sept 2022;(n° 1241) :7.
10. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Popul Sociétés. 2015 ; N° 518(1) :1.
11. Vilain A. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. DREES. Sept 2020;(1163) :7.
12. Hengy G. Interruptions volontaires de grossesse : comprendre la répétition [Thèse]. Université Toulouse III Paul Sabatier, faculté de médecine ; 2015.
13. Pettex K. Interruptions volontaires de grossesse iteratives : Quel sens donner à ces grossesses impossibles [mémoire sage-femme]. Université Claude Bernard Lyon I, faculté de médecine maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux ; 2012.
14. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles MJ. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie. Janv 2017 ;45(1) :22-7.

15. Pinton A, Hanser AC, Metten MA, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. Juill 2017 ;45(7-8) :416-20.
16. Pelizzari M, Lazimi G, Ibanez G. Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France. *Clin Méditerranéennes*. 2013;88(2):69.
17. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mills EJ, éditeur. *PLoS Med*. 7 janv 2014 ;11(1) : e1001581.
18. Gaspard E. Y a-t-il un lien entre les demandes répétées d'interruptions volontaires de grossesse pour une femme et l'existence de violences conjugales au sein de son couple ? [Faculté de médecine de Tours] : université François-Rabelais ; 2011.
19. Morgny C, Taque R, Fromaget J, Sagot P. Interruptions volontaires de grossesse : tenter de comprendre la répétition. *ADSP Actual Doss En Santé Publique*. 2005;( N° 53-54) :106-10.
20. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. Août 2013 ;61(4) :291-8.
21. L'Heudé A, Gobenceaux AS, Machuron F, Toullalan O, Azuar AS, Delotte J. Prescriptions contraceptives après interruptions volontaires de grossesses à répétition. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. Juill 2019 ;47(7-8) :574-81.
22. Touraine M. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. Févr 26, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000032167284/2016-04-01/#LEGIARTI000032167284>
23. Vilain A, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. *DREES*. Sept 2021;(1207).
24. Saurel-Cubizolles MJ, Opatowski M, David P, Bardy F, Dunbavand A. Pain during medical abortion : a multicenter study in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. nov 2015 ;194 :212-7.
25. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. Déc 2016 ;45(10) :1490-514.
26. Les filles des 343. J'ai avorté et je vais bien, merci. La ville brûle. 2012. 144 p.
27. Vizzanova S. Interruption, l'avortement par celles qui l'ont vécu. Stock. 2021. 112 p.
28. Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. Déc 2016 ;45(10) :1515-35.
29. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. Déc 2016 ;45(10) :1536-51.
30. Carlsson I, Breeding K, Larsson PG. Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study. *BMC Womens Health*. Déc 2018 ;18(1) :158.

31. Wylomanski S, Winer N. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Déc 2016 ;45(10) :1477-89.
32. Reeves MF, Monmaney JA, Creinin MD. Predictors of uterine evacuation following early medical abortion with mifepristone and misoprostol. Contraception. Févr 2016 ;93(2) :119-25.
33. Ecochard R, Bayle B. 15. Enjeux psychologiques de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) : In : Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Dunod ; 2017. p. 131-9. Disponible sur : <https:// Cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales-2017--9782100768844-page-131.htm?ref=doi>
34. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Déc 2016 ;45(10) :1462-76.
35. « Il y avait 90% de Françaises dans la salle d'attente » : ces Françaises racontent leur IVG en Espagne [Internet]. France inter. 2021. Disponible sur : <https://www.franceinter.fr/societe/il-y-avait-90-de-francaises-dans-la-salle-d-attente-ces-francaises-racontent-leur-ivg-en-espagne>
36. Gaillot A. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement. Sept 30, 2020. Disponible sur : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b3383\\_rapport-fond.pdf](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b3383_rapport-fond.pdf)
37. Ke L, Lin W, Liu Y, Ou W, Lin Z. Association of induced abortion with preterm birth risk in first-time mothers. Sci Rep. déc 2018;8(1):5353.
38. Klemetti R, Gissler M, Niinimäki M, Hemminki E. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. Hum Reprod. 1 nov 2012;27(11):3315-20.
39. Kc S, Gissler M, Klemetti R. The duration of gestation at previous induced abortion and its impacts on subsequent births: A nationwide registry-based study. Acta Obstet Gynecol Scand. mai 2020 ;99(5) :651-9.
40. Vincent C. Le genre gagne en fluidité. Le Monde [Internet]. 19 juill 2019 ; Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/07/19/le-genre-gagne-en-fluidite\\_5491031\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/07/19/le-genre-gagne-en-fluidite_5491031_3232.html)
41. Je ne veux pas d'enfant [Internet]. Envoyé spécial. France 2 france télévision ; 2021. Disponible sur : [https://www.francetvinfo.fr/monde/environnement/video-je-ne-veux-pas-d-enfant\\_4813581.html](https://www.francetvinfo.fr/monde/environnement/video-je-ne-veux-pas-d-enfant_4813581.html)
42. Dupont Gaëlle. «Le mouvement "childfree" contient l'idée d'un vrai choix». Le Monde [Internet]. 24 févr 2018 ; Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/02/24/le-mouvement-childfree-contient-l-idee-d-un-vrai-choix\\_5261967\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/02/24/le-mouvement-childfree-contient-l-idee-d-un-vrai-choix_5261967_3224.html)
43. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 2006. 430 p.
44. Hirigoyen MF. Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple. Oh ! Editions. 2005.
45. Despentès Virginie. King Kong Théorie. Grasset. Paris ; 2006. 160 p.
46. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines [Sociologie]. Université



de Paris Saclay ; 2017. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-01795009>

47. Waite M. Consultant Surgeons and Vasectomy. *British Medical Journal*, Vol 2, n°5867. 16 juin 1973 ;
48. Serna E. La contraception dite masculine : un enjeu féministe : Dépossession ou réappropriation ? *Rev Crieur*. 3 janv 2022 ; N° 20(1) :78-93.
49. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences sociales et santé*. 2004 ;22 (3), 117-142.
50. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Sociétés*. 15 mars 2012 ; N° 492(8) :1-4.
51. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Sociétés*. 2 mai 2014 ; N° 511(5) :1-4.
52. Thomé C. La sexualité au temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960- années 2010) [Sociologie]. [Paris] : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales ; 2019.
53. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction : *Cah Genre*. 21 oct 2021 ; n° 70(1) :157-84.
54. Moreau A. Quels sont les freins au développement de la contraception masculine ? Une revue de la littérature en sciences médicales et en sciences sociales. Université de Lille ; 2021. Disponible sur : [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2021/2021LILUM254.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM254.pdf)
55. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N. Men's contraceptive practices in France: Evidence of male involvement in family planning. *Contraception*. 25 mars 2015 ;92.
56. Contraception : la vasectomie trouve de plus en plus d'adeptes en France. *LePoint.fr* [Internet]. 9 sept 2022 ; Disponible sur : [https://www.lepoint.fr/societe/contraception-la-vasectomie-trouve-de-plus-en-plus-d-adeptes-en-france-09-09-2022-2489390\\_23.php#11](https://www.lepoint.fr/societe/contraception-la-vasectomie-trouve-de-plus-en-plus-d-adeptes-en-france-09-09-2022-2489390_23.php#11)
57. Cartier M, Collet A, Czerny E, Gilbert P, Lechien MH, Monchatre S, et al. Allez, les pères ! Les conditions de l'engagement des hommes dans le travail domestique et parental. *Trav Genre Sociétés*. 28 oct 2021 ; n° 46(2) :33-53.
58. Brice L, Daudey E, Hoibian S. Étude pour le ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes : vers une plus grande reconnaissance des inégalités femmes-hommes. Mai 2015;(collection des rapports n°329) :40.
59. Emma. Un autre regard - tome 2. Massot editions. 2017. Disponible sur : <https://emmaclit.com/2017/05/09/repartition-des-taches-hommes-femmes/>
60. OMS. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde : résumé d'orientation [Internet]. 2014. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145088>
61. Association Face à l'inceste. Face à l'inceste : pour l'enfance, combattons le silence. Journée internationale des droits de l'enfant Dossier de presse. Dossier de presse. 20 nov 2020 ;
62. Mallaval C, Ballet V. Une France empreinte de la culture du viol. *Libération* [Internet]. 2 mars 2016 ; Disponible sur : <https://www.liberation.fr/france/2016/03/02/une-france-empreinte-de-la->

culture-du-viol\_1437044/?fbclid=IwAR3ai0FzZFFVfcBZcM6gGh5UXgbC8laxtVh9xOOBa-k9tlY9QOU8qxm1hAo

63. IPSOS pour l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. Présentation des résultats de l'enquête « les français.e.s et les représentations sur les violences sexuelles » -vague 3. Nov 2021 ; Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2022-ipsos3/202201Communique-de-presse-Enquete-IPSOS-repres-Francais-vague3.pdf>
64. Salmona M. L'analyse de la mémoire traumatique et des autres symptômes psychotraumatiques : une technique thérapeutique et médico-légale au secours des droits des victimes de viol pour obtenir soins, justice et réparations. Assoc Mém Traumatique Vict. Janv 2020 ;38.
65. Salmona M. Soigner le traumatisme ? Rhizome. Déc 2018;(69-70) :4-6.
66. Bourdieu Pierre. Réponses, pour une anthropologie réflexive. Le Seuil. Paris ; 1992.
67. Garcia Manon. On ne naît pas soumise, on le devient. Climats. 2018. 269 p.
68. Brown B. Dépasser la honte. GuyTrédaniel editeur. 2007. 458 p.
69. Hurault de Ligny A. Le regret maternel : quand le rôle de mère est trop lourd à porter. Larousse. 2022. 304 p.
70. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. Sci Soc Santé. Sept 2017 ;35(3) :41-70.
71. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. GMSANTE. 2015. (le plaisir de comprendre).
72. Lazarus, R., & Folkman, S. (. Stress, appraisal and coping. New York : Springer. 1984 ;
73. Viet-Thi T, Buffel du Vaure C, Cherif D, Sidorkiewicz S. Fardeau du traitement : être un patient est un travail. Exercer. 2016;(126) :167-70.
74. Noël-Hureaux E. Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? Rech Soins Infirm. 8 oct 2015 ; N° 122(3) :7-17.
75. Brugère F. Qu'est-ce que le care ? Gd Doss Sci Hum. Déc 2018;(53).
76. Conseil scientifique du CNGE. L'approche centrée patient en médecine générale [Internet]. 2023 mars. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/conseil\\_scientifique/productions\\_du\\_conseil\\_scientifique/lapproche\\_centree\\_patient\\_en\\_medecine\\_generale/](https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/lapproche_centree_patient_en_medecine_generale/)
77. Garrau M. Valoriser les métiers du care. Rev Prat Médecine Générale. Sept 2016;(966).
78. Association santé en danger. Communiqué de presse : Santé - Enquête. 13 oct 2022 ; Disponible sur : [https://collectif-sed.org/wp-content/uploads/2022/12/Communique-de-presse\\_Souffrance-au-travail\\_Collectif-Sante-en-danger\\_10072022.pdf](https://collectif-sed.org/wp-content/uploads/2022/12/Communique-de-presse_Souffrance-au-travail_Collectif-Sante-en-danger_10072022.pdf)
79. Imbach R, Maad A. Accès à l'IVG : dans la pratique, des obstacles perdurent en France. Le Monde [Internet]. 2 févr 2023 ; Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/02/02/acces-a-l-ivg-dans-la-pratique-des-obstacles-perdurent-en-france\\_6133817\\_4355772.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/02/02/acces-a-l-ivg-dans-la-pratique-des-obstacles-perdurent-en-france_6133817_4355772.html)

80. Pilule abortive : de nombreuses pharmacies en rupture de stock, va-t-on vers une pénurie ? [Internet]. RTL ; 2023. Disponible sur : <https://www.rtl.fr/actu/sante/pilule-abortive-de-nombreuses-pharmacies-en-rupture-de-stock-va-t-on-vers-une-penurie-7900257027#:~:text=ÉCLAIRAGE%2D%20En%20France%2C%20de%20nombreuses,de%20la%20pilule%20abortive%20RU486>.
81. Sabiron S. Éducation à la sexualité à l'école : trois associations attaquent l'État en justice. France Inter [Internet]. 2 mars 2023 ; Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/education-a-la-sexualite-a-l-ecole-trois-associations-attaquent-l-etat-en-justice-4717055>
82. Hoffner AB, Tresca M. Dans l'enseignement privé, une « demande » de formation à la vie affective et sexuelle. La Croix [Internet]. 2 déc 2016 ; Disponible sur : <https://www.la-croix.com/Religion/Dans-lenseignement-prive-demande-formation-affective-sexuelle-2016-12-02-1200807636>
83. Terrien A. Éducation à la sexualité : 60% des parents ignorent que les séances étaient obligatoires. Causette [Internet]. 25 nov 2022 ; Disponible sur : <https://www.causette.fr/en-prive/enfants/education-a-la-sexualite-60-des-parents-ignorent-que-les-seances-etaient-obligatoires#:~:text=En%20ce%20qui%20concerne%20les,un%20danger%20pour%20les%20enfants%20»>.
84. Van Der Kolk B. Le corps n'oublie rien, le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme. Albin Michel. 2018.

## VII. Annexes

### A. Annexe n°1 : liste des abréviations utilisées

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

SA : Semaine d'aménorrhée

MLF : Mouvement de Libération des Femmes

MLAC : Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale, ancien centre de santé sexuelle

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

INED : Institut National d'Études Démographiques

CMU : Complémentaire Maladie Universelle

EI : Effets indésirables

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

BAC : Baccalauréat

IST : Infection Sexuellement Transmissible

HTA : Hypertension Artérielle

RCH : Rectocolite Hémorragique

PMA : Procréation Médicalement Assistée

DIU : Dispositif intra utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

## B. Annexe n°2 : Note d'information pour la participation à l'étude

« MIEUX COMPRENDRE LA REPETITION DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSES CHEZ LES FEMMES  
CONFRONTEES A PLUSIEURS GROSSESSES NON PREVUES »

De la part de Mme Armelle POUPARD, médecin généraliste en travail de recherche.

Recherche menée sous la direction de Mme Françoise Bardy, sage-femme et du Dr Clément Le Glatin, médecin généraliste.

A proposer à toutes les femmes de plus de 18 ans venant pour une demande d'IVG ayant déjà vécu une ou plusieurs interruption(s) volontaire(s) de grossesse(s)

Madame,

Je suis médecin remplaçant en médecine générale et je prépare actuellement ma thèse.

Dans ce cadre, je mène une étude visant à mieux comprendre la répétition des demandes d'IVG chez une même patiente.

La méthode que je souhaite utiliser consiste à recueillir plusieurs paroles de femmes ayant vécu cette situation à l'aide d'entretiens individuels. Grâce à la richesse de ces différents discours, j'essaierai de faire émerger, en les analysant, des points communs dans leur histoire de vie ayant pu favoriser la répétition de grossesses non prévues et le recours à l'IVG.

Cet entretien ne présente pas de risque pour votre santé. Les résultats qui en seront issus favoriseront le développement de connaissances dans ce domaine et permettront, je l'espère, de faire émerger des pistes pour continuer d'améliorer la prise en charge des patientes dans une situation similaire à la vôtre.

Il pourra avoir lieu au centre à la suite de votre rendez-vous post-IVG, ou dans un autre endroit où vous serez en confiance et au moment le plus opportun pour vous.

Avec votre accord cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit. De plus je prendrai des notes et recueillerai quelques informations médicales, sociodémographiques et environnementales vous concernant. L'ensemble de ces données sera ensuite analysé par l'équipe de recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé des données recueillies afin d'analyser les résultats obtenus. Un fichier informatique comportant vos données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, ces données seront systématiquement codées et rendues anonymes. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge de votre suivi auront connaissance de vos données nominatives.

Ces données ainsi anonymisées seront susceptibles d'être exploitées dans le cadre de publications ou de communications.

Les enregistrements seront supprimés après analyse, les données transcrites seront conservées durant cinq ans.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche qui vous est présentée.

Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier. Cela ne modifiera pas la qualité de votre prise en charge dans ce centre. Les données recueillies après le retrait de votre consentement ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Vous aurez accès sur demande aux retranscriptions afin d'y amener validation ou rectification.

Le travail de recherche terminé, vous pourrez bien sur accéder à la thèse.

Je reste à votre disposition pour répondre à vos questions. Vous pouvez me contacter par mail à l'adresse suivante [armellepoupard@gmail.com](mailto:armellepoupard@gmail.com) ou par téléphone au 0758153267.

Armelle POUPARD

Notice remise par l'investigateur : .....

Date : ...../...../.....

Merci de conserver cette notice d'information

## C. Annexe n°3 : Guide d'entretien

### *Présentation*

Bonjour,

Avant tout, je vous remercie de me faire confiance et d'avoir accepté de participer à cet entretien. Comme cela vous a été expliqué, il fait partie d'un travail de recherche pour la réalisation de ma thèse. Il s'agit de mon travail de fin d'études de médecine.

J'ai moi-même travaillé pendant 7 mois dans un centre d'IVG durant mon internat de médecine générale. Cela a été l'occasion pour moi de me questionner, à travers le récit de certaines patientes, sur les différents éléments les ayant amenées à réaliser plusieurs IVG.

C'est à la suite de cette réflexion que j'ai choisi d'approfondir le sujet dans mon travail de thèse.

C'est ainsi que je vous sollicite, pour recueillir votre expérience personnelle et unique. Elle permettra de mieux comprendre ce sujet. L'IVG reste un thème souvent tabou, souvent difficile à aborder ouvertement dans notre pays et je voudrais encore vous dire ma reconnaissance de bien vouloir participer à cette étude.

En pratique, je vais devoir si vous le voulez bien enregistrer notre échange avec un dictaphone/téléphone pour ne pas avoir à tout prendre en note, pour pouvoir vous écouter plus attentivement. Vos propos seront ensuite rendus anonymes ainsi que toutes les indications qui pourraient permettre de vous identifier. Chaque participante est ensuite désignée par un code non identifiable.

Je retranscrirai ensuite vos propos pour les analyser avec d'autres entretiens.

Vous aurez accès sur demande aux retranscriptions afin d'y amener validation ou rectification.

À tout moment, vous pourrez demander à retirer de l'étude les données qui vous concernent.

Aujourd'hui avec vous je suis avant tout une « chercheuse ». Nous ne sommes pas dans le cadre d'une consultation médicale, cependant si cela me semble important pour vous et votre santé, je pourrais être amenée à vous proposer de poursuivre la prise en charge avec tel ou tel professionnel du centre.

L'entretien peut durer un certain temps, pour vous donner un ordre d'idée on dit qu'il faut environ  $\frac{3}{4}$  d'heure d'entretien pour qu'on puisse dégager suffisamment d'éléments pour une étude. Si vous ressentez le besoin de souffler de faire une pause, il ne faudra pas hésiter à demander à suspendre l'entretien.

Ce sujet va nous amener à parler de votre intimité. Il me paraît important de vous rappeler que lors de cet entretien vous êtes libre de dire ce que vous pensez, également de ne pas dire ce que vous n'avez pas envie de dire. Tout cela est confidentiel. Si vous souhaitez qu'un certain moment de notre entretien

ne soit pas mentionné, il ne le sera pas. Je ne suis pas là pour émettre un jugement sur ce que vous allez me dire. Je suis là pour recueillir et approfondir votre expérience.

## *INTRODUCTION*

***Tout d’abord, et avant de commencer, j’aurais besoin de savoir combien de grossesses vous avez eu en tout et combien de fois avez-vous eu recours à l’IVG ?***

***Pour débiter, pourriez-vous me raconter la dernière fois où vous vous êtes rendu compte que vous étiez enceinte ?***

Chercher à préciser la séquence temporelle, où et comment ...

Contexte ? Partenaire ? Contraception en cours ? et ce qu'il s'est passé à ce moment-là en vous ?

Ressenti émotions, sentiments et pensées qui viennent (positives ou négatives), symptômes physiques

## *CONTEXTUALISATION DU VECU, RESSOURCES ET FACTEURS DE VULNERABILITE*

***Comment avez-vous décidé d’avoir recours à l’IVG pour cette grossesse ?***

Seule solution ? d’autres options imaginées ? temps de réflexion ? choix ? personnel ou imposé ? si oui, implicitement ou explicitement ? par qui (famille, partenaire) ou par quoi (croyance, culture, politique, contexte socio-éco) ? indécision ? comment s’est faite la levée de l’indécision ?

***Comment s’est passé cette IVG ? et comment l’avez-vous vécu ?***

Différentes étapes : la démarche de prise de rendez-vous, (parfois rendez-vous d’écho avant ?), (parfois la gestion de l’attente du rendez-vous), le rendez-vous de demande, l’acte, l’après EI, complications ? ressenti ?

Vécu de cet IVG ? Comment l’avez-vous ressenti dans votre corps ?

Soignants rencontrés ? qualité de leur écoute ? de leurs explications ? des phrases qui vous ont marquées ?



***Avez-vous vécu votre premier/précédent IVG de la même manière ? Quelles en étaient les différences ?***

***Dans quel contexte, avec quelles ressources et/ou quelles charges et/ou manques, avez-vous appréhendé, vécu ces grossesses non prévues qui se répétaient et ces recours à l'IVG ?***

Relation familiale (conjoint, enfant, frère et sœur, parents), amicale, socio-professionnelle et abord de ces sujets avant ou après l'IVG

Comportement du partenaire, consentement en sexualité, évolution de la relation conjugale après IVG

Vécu de violence ? actuelles, passées ? de quel type physique, psychique ou sexuelle (abus, viols, inceste) ? Reliées ou non au choix de l'IVG.

Conduites à risque, état de santé

Image d'elle-même, rapport au corps

Situation professionnelle/scolaire en cours

*REPRESENTATION, SENS DONNE*

***Avec un peu de distance sur ces parcours, est ce que vous donnez un sens, au fait d'être tombé enceinte plusieurs fois sans l'avoir voulu ?***

***Quand on regarde les chiffres, le nombre d'IVG au fil des années ne diminue pas voire il augmente et on voit qu'il y a une proportion importante de femmes qui ont recours plusieurs fois à l'IVG, à votre avis, à travers votre expérience vous diriez que c'est lié à quoi ? Et donc, pour vous, c'est ça ?***

***L'été dernier, aux États Unis, l'arrêt Roe vs Wade qui donnait droit à l'avortement au niveau fédéral a été supprimé, que pensez-vous de ça ?***

***Comment voyez-vous la maternité, le fait d'être mère ? Qu'est-ce que cela représente pour vous ?***

À travers vous, votre mère, vos proches, la société ...

Désir de maternité, d'enfant,

Vision de la famille, de la parentalité, de la filiation

Image de la maternité renvoyée par vos proches

Injonction sociétale, pression normative ...

*REPERCUSSIONS : STRATEGIES DE GESTION, ATTENTES, PROJETS*

***Quel regard avez-vous aujourd'hui sur vous et votre parcours ?***

***Vous arrive-t-il d'y repenser ? Comment vous sentez vous à ce moment-là ?***

***Est ce qu'il y a des choses qui ont changé depuis pour vous ? lesquelles ?***

*Estime de soi*

*Rapport au corps*

*Envies, projets pour l'avenir (vécu possiblement fondateur de choix pour soi-même)*

*Sexualité, contraception (en cours, précédentes essayées, tolérance, prescrites par ? avis de leur partenaire, représentation et connaissances)*

*Conduites à risque*

*DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES*

- Age
- Situation professionnelle
- Ville de naissance
- Lieu de résidence
- Parcours scolaire
- Situation familiale
- Nombre de frères et sœurs

## *DONNEES SUR LES ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ET GENERAUX*

- Age des premières règles
- Âges du premier rapport sexuel
- Grossesses antérieures ?  
Nombre d'enfants, et nombre de grossesse non abouties (fausse couche, IVG, mort in utéro, interruption médicale de grossesse, décès d'enfant) ; état de santé de(s) enfant(s), situation de handicap ?
- Vécu de violences
- IVG : terme, méthodes, lieu, âge au moment de l'acte
- IST
- Consommations addictives
- Maladie chronique ? pathologies cancéreuses, inflammatoires, génétiques ?
- Situation personnelle de handicap ?

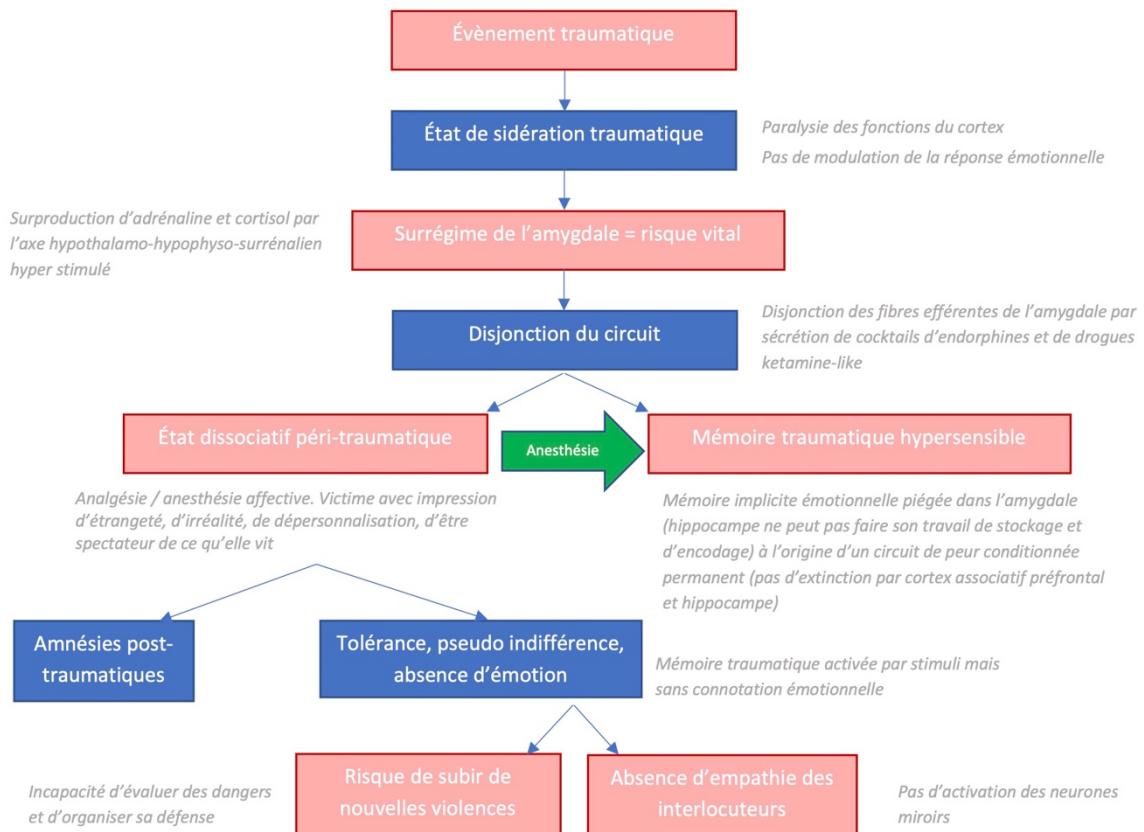
## *CONCLUSION*

***Merci pour cet entretien, Si vous voulez que je retienne une chose principale de notre échange, quelle serait-elle ?***

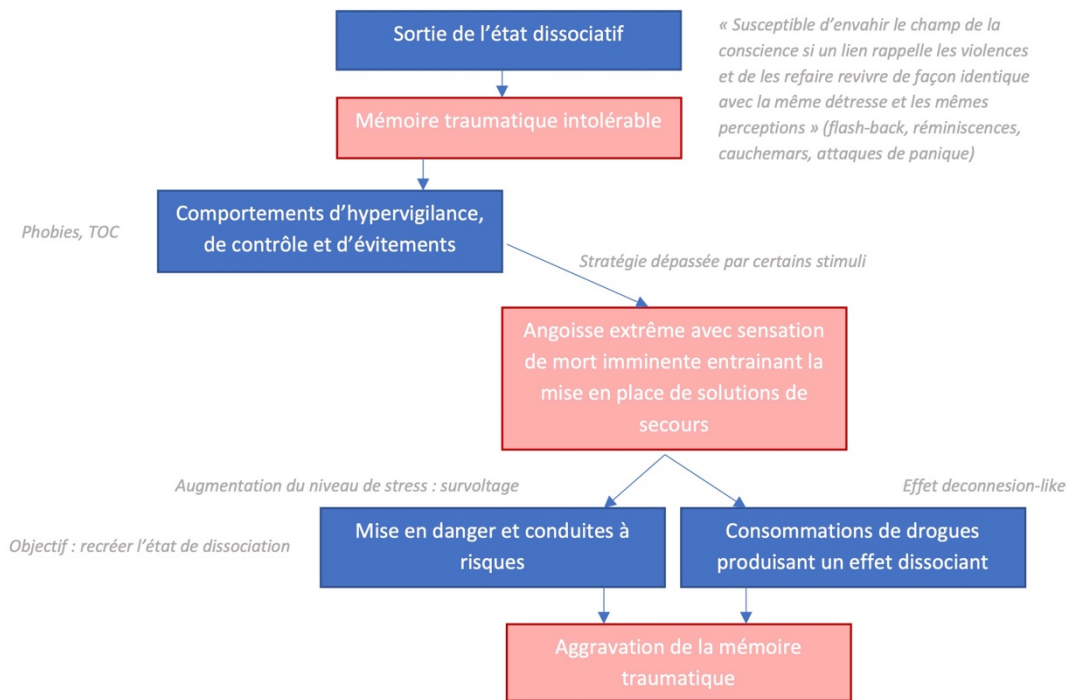
## D. Annexe n°4 : la mémoire traumatique

La mémoire traumatique (64,65,84) résumée en deux schémas par l'enquêtrice :

En situation de danger,



Quand la victime s'extrait enfin de cette situation,



**Vu, le Président du Jury,  
Monsieur le Professeur Thibault THUBERT**

**Vu, les Directeurs de Thèse,  
Monsieur le Docteur Clément LE GLATIN**

**Madame la Sage-Femme Françoise BARDY**

**Vu, le Doyen de la Faculté,  
Madame le Professeur Pascale JOLLIET**

**NOM : POUPARD**

**PRENOM : ARMELLE**

**Titre de Thèse :** Mieux comprendre la répétition des IVG chez des femmes confrontées à plusieurs grossesses non prévues

---

## **RESUME**

**Introduction :** L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un soin avec une place particulière en France. Les facteurs de vulnérabilité contribuant à la répétition de grossesses non prévues et des IVG ont été étudiés dans de précédentes recherches mais rarement du point de vue des femmes elles-mêmes. L'objectif de cette recherche était de mieux comprendre la répétition des interruptions volontaires de grossesse chez une même femme en étudiant son expérience vécue.

**Méthode :** Recherche qualitative compréhensive, réalisée entre mars 2022 et mars 2023, auprès de patientes du Centre d'IVG de la clinique Jules Verne de Nantes et du Centre Hospitalier de Saint Nazaire. Les entretiens ont été intégralement retranscrits. Les données ont fait l'objet d'une analyse qualitative inductive inspirée de la théorisation ancrée.

**Résultats :** Dix entretiens ont été réalisés auprès de patientes ayant réalisé au moins 2 IVG. L'analyse des données a mis en lumière les efforts prolongés des femmes interrogées pour essayer de contrôler leur fécondité. Les stratégies de contraceptions étaient limitées, plus ou moins bien tolérées, contraignantes et pas totalement efficaces. Les partenaires masculins s'impliquaient encore très peu. Des facteurs comme le vécu de violences, les maladies chroniques et certaines comorbidités renforçaient la vulnérabilité de ces femmes. L'hyper-responsabilisation qui pesait sur ses femmes majorait leur fardeau et potentialisait l'arrivée d'un nouvel échec dans la gestion du contrôle de leur fécondité. Enfin, l'hyper-fertilité relative des femmes pouvait favoriser ces répétitions. Dans un second temps, le vécu des participantes, confrontées à cette répétition de grossesses non prévues, a pu être relaté à partir de chaque découverte de grossesse chargé d'émotions, en passant par la prise de décision de réalisation d'une IVG qui était différente à chaque grossesse, jusqu'à leurs diverses expérimentations des parcours d'IVG. En effet, ces parcours restaient semés d'embûches. L'accessibilité de l'IVG était variable. Chaque méthode avait ses avantages et inconvénients. Les sentiments de honte ou de culpabilité que pouvaient ressentir ces femmes étaient accrus par des facteurs de stigmatisation et allégés par des éléments de déculpabilisation et de normalisation de leur acte.

**Conclusion :** Ce travail permet de prendre en compte le poids et l'impact des normes sociales de genre, dans le parcours de ces femmes. Ce travail peut encourager les soignants à changer leur regard et leur prise en charge de l'IVG. C'est aussi l'occasion de faire un point sur les difficultés actuelles de prévention et d'accès à l'IVG en France.

---

## **MOTS-CLÉS**

Avortement provoqué, interruption légale de grossesse, avortements à répétition, grossesse non désirée, grossesse non planifiée, recherche qualitative