PRÉFECTURE DE LA RÉGION DE BOURGOGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES**

INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE :

TENTER DE COMPRENDRE LA RÉPÉTITION

Janvier 2005

Interruptions volontaires de grossesse : Tenter de comprendre la répétition

Réalisation

Cynthia MORGNY – sociologue, chargée d'études
Christine FIET – secrétaire

Avec la participation des conseillères conjugales du Centre d'éducation et de planification familiale située au CHU de Dijon et d'une conseillère du centre de Nevers

Remerciements

Aux femmes qui ont accepté de témoigner pour cette étude

Aux professionnels qui ont collaboré à la sensibilisation des femmes et facilité les conditions de réalisation des entretiens et plus particulièrement à Mylène MORI grâce à qui la plupart des entretiens ont pu avoir lieu dans de bonnes conditions.

Aux membres du comité de pilotage :

M. le Dr FROMAGET - DRASS
Mme NORMAND - CPEF Nièvre
Mme le Dr SAINTE-BARBE - CPEF Côte d'Or
M. le Dr TAQUE - CIVG CHU Dijon
Mme le Dr TISSERAND – CPEF Côte d'Or

Étude réalisée avec le soutien financier de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne

SOMMAIRE

PRÉAMBULE 1

INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE 3

CHAPITRE 1. IVG «RÉPÉTÉES» : DE «QUOI» PARLE-T-ON ? 5

1. RÉSULTATS D'ÉTUDES SUR LES IVG RÉPÉTÉES 5
2. DONNÉES CHIFFRÉES EN BOURGOGNE 7
2.1. STATISTIQUES ISSUES DU PMSI 7
2.2. DONNÉES ISSUES DES BULLETINS DE DÉCLARATION D'IVG 1ER TRIMESTRE 2003 9

CHAPITRE 2. ENQUÊTE AUPRÈS DES FEMMES 11

1. MÉTHODOLOGIE 11
1.1. DÉFINITION DE LA RÉPÉTITION ET CHOIX DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE DU DÉROULEMENT DE L'IVG 11
1.2. CONTENU DE LA GRILLE D'ENTRETIENS 12
1.3. RECHERCHE D'UN MODE DE RECRUTEMENT « OPÉRATIONNEL » 13
2. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES FEMMES 15

CHAPITRE 3. QUELLES PARTICULARITÉS DANS LES HISTOIRES DE FEMMES AYANT VÉCU PLUSIEURS IVG ? 17

1. LES VIOLENCES DANS LA VIE DES FEMMES 17
2. RAPPORT ENTRE VIOLENCE ET CONTRACEPTION 22
2.1. VIOLENCE SEXUELLE ET CONTRACEPTION 22
2.2. VIOLENCE PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET CONTRACEPTION 25
3. LA CONSTRUCTION D'UNE IDENTITÉ PUIS D'UN PROJET DE COUPLE ET DE FAMILLE 27

CONCLUSION - DISCUSSION 33

ANNEXE 1 – ÉVOLUTION DE LA PART DES IVG RÉPÉTÉES DANS L'ENSEMBLE DES IVG EN FRANCE (EN %) 38
ANNEXE 2 – LISTE DES FEMMES ET DE LEURS PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES 39
ANNEXE 3 - BULLETIN STATISTIQUE D'IVG DE 1976 À 2003 42
ANNEXE 4 - BULLETIN STATISTIQUE D'IVG À PARTIR DE 2004 44
BIBLIOGRAPHIE 45

PRÉAMBULE

En 2002, l'ORS a réalisé, à la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne, une étude sur le vécu des femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et sur les points de vue et les ressentis des professionnels participant à leur prise en charge, dans la région.

Cette première étude a permis de mieux connaître les difficultés actuellement rencontrées tant par les femmes ayant recours à l'IVG que par les professionnels répondant à leur demande de prise en charge, dans l'idée de dégager des pistes susceptibles d'améliorer les conditions de leurs pratiques.

Une des préoccupations de cette première étude était de mieux comprendre les situations des femmes recourant à plusieurs reprises à l'IVG. Or pour des contraintes de temps, de déplacement, du nombre absolu de femmes qui présentent plusieurs IVG dans leur parcours, et enfin de la difficulté à entrer en contact avec ces femmes pour un entretien, il n'a pas été possible de se centrer précisément sur ce groupe de femmes.

En 2003, la DRASS a renouvelé son soutien pour qu'une étude soit menée, cette fois-ci uniquement auprès des femmes ayant vécu plusieurs IVG.

INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE

Jusqu'en 2003[a], les statistiques établies à partir des bulletins d'IVG, permettaient de savoir si une femme avait déjà vécu une IVG au moment de sa consultation médicale. On peut donc connaître les « antécédents » d'IVG des femmes jusqu'à cette année 2003. Ainsi d'après les données de l'INED, les premières IVG représentaient près des trois quarts des IVG enregistrées en France jusqu'en 1993. Depuis cette date, la proportion a un peu diminué (72% pour l'année 1997). À l'inverse, la part des deuxièmes IVG pour une même femme a légèrement augmenté passant de 17% en 1991 à 18,3% en 1997. Les proportions des IVG de rangs plus élevés ne semblent pas évoluer.

Si ces statistiques renseignent sur la fréquence des évènements génésiques survenus dans la vie des femmes, on ne peut obtenir en routine de données sur les délais qui les séparent. La notion de délai est importante : l'entretien avec une femme pour une deuxième ou une troisième IVG alors que 10 années se sont écoulées entre chacun de ces évènements a-t-il le même sens que celui que l'on a avec une femme pour une troisième demande d'IVG, en moins de 3 ou de 5 ans ?

Tant la littérature scientifique que les débats publics se sont peu intéressés à la question de la répétition de l'IVG. Ce thème est plus souvent abordé dans des études sur l'IVG en général et plus fréquemment par des psychologues, des conseillères conjugales qui indiquent que la répétition témoigne de problématiques aiguës vis-à-vis de la grossesse, de la maternité, du désir d'enfant qui se répéteraient tant que les femmes n'auraient pas envisagé et levé ces problèmes. Ce type d'interprétation suggère que l'IVG serait alors un « *langage* » utilisé par la femme pour exprimer une problématique non résolue.

Si cette analyse paraît intéressante, on peut toutefois se demander si d'autres éléments viennent caractériser le mode d'accès à l'IVG des femmes répétant ce geste : ont-elles plus souvent recours à l'IVG dans des délais et des circonstances particuliers ?

Si elles manifestent une problématique autour des questions liées à la maternité, ont-elles moins d'enfants que les femmes qui subissent une seule IVG ou que les femmes en général ?

Ont-elles une histoire affective, conjugale et amoureuse plus chaotique que les autres femmes ?

[a] En 2004, le contenu de ce bulletin a été modifié et simplifié. Les informations collectées sont désormais : la date et le département de l'intervention, l'année de naissance et le département de domicile de la femme, la durée de gestation de la grossesse (en SA), la distinction entre IMG et IVG, la possibilité de savoir si la technique employée est uniquement médicamenteuse.

Il s'agit de savoir si les femmes qui ont vécu plusieurs IVG ont réellement des caractéristiques différentes de celles qui au moment où nous les avons précédemment rencontrées n'avaient subi qu'une IVG.

Si les recherches se sont peu orientées sur la question de la répétition des IVG, nombreux sont les professionnels qui témoignent d'une augmentation de la proportion de femmes qui présentent plusieurs interruptions de grossesse parmi celles qu'ils reçoivent. Ils évoquent d'une part leur incompréhension face à ces situations et d'autre part leur perception d'une attitude particulière des femmes : elles ne semblent pas réaliser l'importance d'un tel recours, on serait là face à une banalisation du geste.

Quel que soit le rang de l'IVG, les conditions de prise en charge des femmes sont définies par un cadre législatif et un référentiel de pratiques identiques. Cet aspect n'est pas repris dans ce rapport car il a déjà été développé précédemment.

Dans un premier temps on va présenter quelques données sociodémographiques disponibles sur les femmes ayant recours à l'IVG permettant de distinguer les caractéristiques des IVG de rang 1 de celles de rang supérieur. Ces éléments nous permettrons de préciser la définition de la répétition retenue pour cette étude.

Un deuxième chapitre décrit les éléments méthodologiques et les étapes ayant permis d'affiner les conditions de « recrutement » des femmes.

Dans un troisième chapitre, on mettra en évidence les caractéristiques des situations des femmes rencontrées permettant de les distinguer de celles des femmes ayant vécu une IVG rapportées dans la première étude.

CHAPITRE 1. IVG «RÉPÉTÉES» :

DE «QUOI» PARLE-T-ON ?

1. RÉSULTATS D'ÉTUDES SUR LES IVG RÉPÉTÉES

Comme il a été précédemment noté, les études ayant trait aux femmes présentant plusieurs IVG sont rares. Néanmoins certaines ont permis d'en souligner quelques caractéristiques particulières. C'est le cas de deux études menées par l'INSERM[1]. La première, épidémiologique, est centrée sur le « risque de répétition » de l'IVG. Elle a été réalisée auprès de 190 femmes ayant subi au moins 3 IVG, comparées à 190 femmes (témoins) ayant subi une seule IVG entre juillet 1990 et décembre 1992, à Nantes. L'exploitation statistique des données recueillies a permis de dégager certaines spécificités :

- Les femmes ayant vécu des IVG répétées sont **plus jeunes** que les femmes témoins lors de la première IVG.
- Elles ont généralement un **nombre plus élevé d'enfants au moment de la première IVG**, que le groupe témoin, compte tenu de leur âge.
- Ces femmes vivent plus fréquemment des **situations de couple instables**, des problèmes de **chômage**
- Les situations d'instabilité observées au moment de la première IVG ont tendance à se retrouver au moment de l'IVG la plus récente.

La seconde, qualitative, a été réalisée auprès de 45 femmes ayant vécu des IVG itératives[b], dans trois établissements de 3 villes différentes (Creil, Grenoble, Nantes). Les résultats ont montré que **la principale raison** du recours à l'IVG évoquée par ces femmes est **l'instabilité du couple**, à laquelle viennent se greffer **des difficultés sociales, économiques** (problèmes financiers, de logement, précarité de la situation professionnelle). Par ailleurs, il est noté chez ces femmes **une insécurité, une instabilité affective et une ambivalence face au désir de grossesse**.

L'intervention médicale d'arrêt de la grossesse est souvent associée à une grande douleur morale qui témoigne de l'importance que les femmes accordent à ce geste et dément les affirmations selon lesquelles l'IVG serait un mode de contraception comme un autre pour un certain nombre de femmes.

[b] Les femmes incluses ont subi au moins 3 IVG ou bien une deuxième dans un délai de moins de 3 ans.

Concernant leurs antécédents familiaux, les entretiens menés montrent que les **femmes présentant des IVG itératives sont plus souvent issues de familles nombreuses.** Elles évoquent majoritairement des **relations parentales et des échanges pauvres voire nocifs avec leurs parents** et un contexte familial de leur propre enfance, une fois sur deux, plutôt conflictuel.

Sur un aspect plus psychologique, A. Debargue[2] distingue trois situations associées à la demande d'IVG dont la troisième correspond aux femmes répétant cette demande. Selon elle « la *grossesse est alors une ponctuation, sorte de « non-acte » dans une longue et conflictuelle errance affective* ». Elle indique que dans ce cas « *la détresse, dissimulée sous l'agressivité, la passivité, la dépression manifeste ou l'agaçante légèreté* » rencontrées font que les *acteurs médico-sociaux s'interrogent sur la question de savoir si notre système favoriserait « l'habitude d'avorter* ». *Les femmes qui auront tendance à « répéter » une grossesse non désirée suivie d'un avortement, semblent être celles qui en même temps sont en échec permanent d'une contraception refusée (consciemment ou non) comme une marque de la dévalorisation d'elles-mêmes où elles sont plongées et de la fixation pathologique sur leur appareil génital perçu comme menacé et menaçant.*

Isabelle Tamian-Kunégel[3] s'est intéressée à la répétition des IVG dans le cadre d'une étude sur la relation entre avortement et lien maternel. À cette occasion, elle relate le point de vue du Professeur Willy Pasini (psychiatre) pour qui ces avortements sont considérés comme « *structurels* » c'est-à-dire qu'ils sont la conséquence « *d'une personnalité mal structurée, immature sur le plan affectif et sexuel, faisant preuve d'impulsivité et d'instabilité émotionnelle, et n'étant pas parvenues à l'acquisition d'une identité stable leur permettant de vivre leur sexualité sans conflit majeur et d'assumer leur fécondité* ». Pour préciser les situations auxquelles renvoie cette description de personnalité, l'auteur évoque « *une enfance perturbée, conflictuelle – certaines ayant vécu des situations traumatisantes dans leur enfance – avec des images parentales plus ou moins défectueuses, voire perverties. Une image maternelle problématique impliquant un mauvais vécu avec la mère, un père absent ou effacé peuvent être à l'origine des problèmes d'identification féminine* ».

Parmi d'autres résultats que l'on peut souligner, I. Tamian-Kunégel souligne les difficultés persistantes de ces femmes quant à utiliser un contraceptif, le fait que plus souvent que les autres femmes elles utilisent des « *mesures contraceptives aléatoires » et que « considérée comme seul stimulus, l'information contraceptive est insuffisante pour remédier aux aléas des répétitions* ».

Ces différents résultats suggèrent une spécificité des situations des femmes présentant des IVG à répétitions, tout au moins dans leur histoire de vie. Pour connaître les caractéristiques des femmes ayant sollicité au moins deux IVG au CHU de Dijon, on a examiné les statistiques du PMSI pour l'année 2002. Une réserve doit d'emblée être mentionnée. Les renseignements enregistrés ne concernent que les évènements qui ont eu lieu au CHU de Dijon, or une femme peut avoir demandé

une IVG dans différents établissements, et peut également avoir accouché dans plusieurs maternités. Aussi ces informations sont-elles à considérer avec une certaine réserve.

2. DONNÉES CHIFFRÉES EN BOURGOGNE

Statistiques issues du PMSI

Les données du PMSI ont d'abord été examinées afin d'aider à préciser les critères d'inclusion des femmes, d'apprécier le nombre de femmes concernées par plusieurs IVG et d'étayer la description de ces femmes.

En 2002, 1 137 femmes ont eu recours à au moins une IVG au CHU[c]. Elles étaient en moyenne âgées de 27 ans, avec un âge minimum de 14 ans et un âge maximum de 46 ans.

Pour rechercher une répétition d'IVG pour ces femmes et afin d'obtenir un échantillon de taille adaptée à des analyses complémentaires, la période prise en compte est de 1991 à 2002. Au total sur les 1 137 ayant eu recours à l'IVG en 2002, 204 en ont eu plusieurs, au CHU, sur cette période.

Tableau 1 - Répartition du nombre de femmes ayant fait plusieurs IVG au CHU dont la dernière en 2002

Nombre d'IVG	Nombre de femmes	%
2	160	78,4
3	27	13,2
4	13	6,4
5	3	1,5
6	1	0,5
Total	204	100,0

Source : PMSI, CHU Dijon

Parmi les femmes présentant plusieurs IVG, 8 sur 10 n'ont vécu que deux IVG au CHU de Dijon.

Nous avons voulu vérifier si l'on retrouvait des résultats comparables à ceux mentionnés dans la première, si ces femmes sont plus jeunes que les femmes présentant une seule IVG, si elles ont un nombre d'enfants différent de ce même groupe.

[c] Quel que soit le nombre d'IVG subies.

En terme d'âge, pour les données PMSI, la moyenne est calculée à partir de l'âge du groupe des femmes présentant des IVG répétées, au moment de la première IVG, la deuxième, etc. Ainsi l'âge des femmes ayant vécu 4 IVG est compté au moment de la première IVG, puis autant de fois qu'elles présentent d'IVG. Pour les données fournies par l'INED, l'âge est calculé à partir des bulletins statistiques de déclaration des IVG sur lequel figuraient des informations sur les évènements génésiques antérieurs et les dates correspondantes, dont le nombre d'avortements. Afin d'obtenir des échantillons importants, ces données sont colligées sur la période 1990–1997.

Pour les données régionales, si l'âge moyen des femmes qui présentent une IVG unique est supérieur à celui obtenu à partir des données du PMSI (27,8 ans contre 25 ans), c'est en partie parce qu'il englobe toutes les femmes, qu'elles aient ou non vécu des IVG successives. Compte tenu du nombre d'années qui séparent les données des différentes sources, on pourrait émettre l'hypothèse d'un rajeunissement de l'âge quel que soit le nombre d'IVG : en effet l'âge moyen des femmes quel que soit le rang d'IVG concerné est toujours plus précoce dans les données du PMSI que dans les données régionales. Cependant si l'on observe l'âge minimum enregistré, il est toujours plus jeune dans les données régionales que dans les données du CHU.

Tableau 2- Moyenne d'âge des femmes au moment de chaque IVG

Rang de l'IVG	Données PMSI CHU Dijon, 2002			Données Bourgogne, INED 1990-97			Données nationales, INED 1997		
	âge moyen	mini	max	âge moyen	mini	max	âge moyen	mini	max
1	25,0	14	40	27,8	12	55	27,5	12	55
2	28,1	16	45	30,5	15	52	30,1	12	54
3	29,1	21	43	31,8	18	46	31,6	15	55
4	29,4	23	40	32,0	20	43	32,6	18	47
5	28,5	25	33	33,1	21	43	34,1	21	46
6	35,0*	35	35	36,7	25	42	33,9	21	46
Total	**26,9**	**14**	**45**	**28,4**	**12**	**55**	**28,2**	**12**	**55**

* *une seule femme*

La comparaison rang par rang est délicate car-au delà du rang 2, les effectifs concernés sont faibles pour le CHU de Dijon (cf. tableau 1).

L'analyse des âge minimum et maximum montre que les écarts sont plus réduits quel que soit le rang de l'IVG pour les données du CHU que pour les données colligées sur la période 1990-1997 en Bourgogne. L'amplitude entre les âges est de 31 ans au CHU contre 43 ans pour la Bourgogne.

Les études menées par les psychologues indiquent que les femmes présentant des IVG répétées manifestent des difficultés dans leur relation à leur mère qui peuvent constituer un obstacle à la poursuite d'une grossesse. Dans cette hypothèse, parmi les femmes présentant des IVG répétées on devrait compter un nombre de naissances moyen inférieur à celui des femmes n'ayant vécu qu'une seule IVG et à celui des femmes en général. Une exploitation des données du PMSI concernant les

naissances par voie basse et les césariennes a été menée pour le groupe de femmes présentant plusieurs IVG. Sur les 204 femmes présentant plusieurs IVG, des naissances sont mentionnées pour 52 d'entre elles. Ces femmes ont entre 16 et 45 ans.

Tableau 3 – Répartition des femmes présentant plusieurs IVG en fonction des évènements « IVG uniquement » ou « naissance et IVG », par rang d'IVG

Rang de l'IVG	IVG uniquement		Naissance(s) et IVG		Total IVG
	effectif	%	effectif	%	
2	126	78,8	34	21,3	160
3	16	59,3	11	40,7	27
4	7	53,8	6	46,2	13
5	2	66,7	1	33,3	3
6	1	100,0	-	0,0	1
Total	**152**	**74,5**	**52**	**25,5**	**204**

Source : PMSI, CHU Dijon

Quoiqu'il en soit ces données sont insuffisantes pour approfondir la question du nombre d'enfant, variable selon que les femmes ont eu ou non plusieurs IVG, compte tenu de leurs propres limites. Les femmes qui ont vécu des IVG au CHU de Dijon n'ont pas nécessairement accouché dans cet établissement, leur histoire génésique est peut-être incomplète ce qui empêche toutes comparaisons avec les données de la population générale.

Données issues des bulletins de déclaration[d] d'IVG 1er trimestre 2003

Une autre source de données est constituée des bulletins d'IVG réalisées au cours du premier trimestre 2003. La DRASS a exploité la plupart des bulletins d'IVG de la région[e], soit 734 bulletins. Une fois les bulletins incomplets ou incohérents (nombre d'évènements génésiques inférieurs ou supérieurs à la somme des IVG, IMG, naissances, fausses couches ou morts-nés) retirés de l'analyse, il reste 723 bulletins exploitables.

[d] Ces bulletins présentent les informations collectées par le formulaire initial, utilisé de 1975 à 2003. Cf annexe 3.

[e] Sur cette période les bulletins relatifs aux IVG pratiquées au CH d'Auxerre n'avait pas été transmis à la DRASS

L'ORS n'a pas eu accès à ces bulletins mais à un fichier informatique de données, préalablement saisies par des élèves sages-femmes en stage au service statistique de la DRASS en 2003. Sur ce fichier, des données avaient déjà fait l'objet d'un premier traitement ce qui ne permettait plus un retour à l'information initiale. C'est le cas des âges des femmes par exemple qui avaient déjà été regroupés en deux grandes classes : jusqu'à 25 ans inclus, et les plus de 25 ans. Sur ces bulletins, l'histoire génésique des femmes est décrite indiquant chaque grossesse et l'issue pour chacune d'elle (IVG, naissance vivante, mort-né ou fausse couche).

Tableau 4 - Répartition des IVG réalisées au cours du 1er trimestre 2003 en Bourgogne suivant le nombre d'enfants et le nombre d'IVG antérieures

	Nombre d'IVG antérieures							
	Aucune		1 IVG		Au moins 2 IVG		Total	
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%
pas d'enfant	274	49,2	44	32,6	4	12,9	322	44,5
1 enfant	112	20,1	32	23,7	7	22,6	151	20,9
2 enfants	84	15,1	30	22,2	8	25,8	122	16,9
au moins 3 enfants	87	15,6	29	21,5	12	38,7	128	17,7
Total	557	100,0	135	100,0	31	100,0	723	100,0

Source : DRASS 2003

Si l'on compare les proportions des femmes sans enfant en fonction du nombre d'antécédents d'IVG, on remarque que chez les femmes n'ayant jamais eu recours à l'IVG 49% n'ont pas d'enfants ce qui est le cas de seulement 13% des femmes ayant au moins deux antécédents d'IVG (différence significative, p=0.000). Les femmes qui ont au moins 3 enfants sont proportionnellement plus nombreuses chez les femmes ayant subi au moins 2 IVG (différence significative, p=0.02).

Il est toutefois difficile de conclure sur les liens entre IVG et nombre d'enfants, dans la mesure où on n'a pu isoler l'effet « parasite » de l'âge sur ces évènements.

Ne disposant pas d'une base de données suffisamment détaillée pour étudier cet événement, les différentes variables susceptibles de l'expliquer ou de contribuer à la répétition de l'IVG, le rapport s'attachera plutôt aux résultats de l'enquête qualitative.

On peut toutefois regretter que l'exploitation de l'ensemble des informations de ces bulletins statistiques n'ait pas été poursuivie au niveau national, que le contenu désormais collecté soit limité et ne permette plus d'appréhender de manière quantitative un événement qui pourtant marquait des signes d'évolution, utiles à comprendre et à suivre dans le temps.

CHAPITRE 2. ENQUÊTE AUPRÈS DES FEMMES

1. MÉTHODOLOGIE

Pour appréhender le phénomène de la répétition de l'IVG, des critères de recrutements des femmes ont été choisis, à la lumière des éléments fournis par les données du PMSI.

Définition de la répétition et choix de la zone géographique du déroulement de l'IVG

Les données du PMSI ont montré que les délais écoulés entre les IVG ou entre une IVG et une naissance variaient en moyenne d'un an et demi à 5 ans. En outre, ils présentent des écarts importants au sein des séries considérées. Tenant également compte des témoignages de femmes ayant vécu plusieurs IVG pour la précédente étude, il a semblé au groupe de pilotage de l'étude, qu'on ne pouvait pas appeler « répétition d'IVG » la situation d'une femme vivant une première IVG à 20 ans et une seconde après 35 ans car dans ce cas la femme et sa situation pouvaient avoir considérablement évolué. Pour le groupe, la répétition supposait une redondance, la constance de difficultés qui se répètent. C'est ainsi que la notion de « répétition » a été définie en plus du nombre (au moins égal à deux), par une durée minimum entre deux IVG : les femmes présentant une répétition d'IVG sont celles qui ont vécu plusieurs IVG dont au moins deux ont eu lieu sur une période ne dépassant pas 5 ans.

Toutefois, une femme ayant souhaité participer à l'étude ne répond pas à ce critère de temps. Son témoignage a été retenu car dans son cas, trois grossesses ont été interrompues (en 1987, en 1994 et en 1997). Pour la deuxième grossesse, il s'agissait d'un « œuf clair » alors qu'elle souhaitait un enfant et pour cette femme il s'agissait d'une IVG. Dans les 3 situations, cette femme a adopté la même posture où ce sont les autres (ses grands-parents, parents, conjoint), parfois avec violence, qui ont décidé qu'il valait mieux qu'elle interrompe ces grossesses. C'est pourquoi il a paru intéressant de prendre en compte son histoire. Cette femme a 45 ans, on l'a nommée « Dorothée ».

Selon les données statistiques publiées, seules 20% des femmes recourant à l'IVG ont déjà subi une IVG antérieure. Pour avoir l'opportunité de rencontrer ces femmes on devait donc se centrer sur un établissement réalisant un nombre annuel d'IVG relativement important. Par ailleurs, pour des questions logistiques et budgétaires, le contact était simplifié si le recrutement des femmes était réalisé au CHU de Dijon.

Contenu de la grille d'entretiens

La grille d'entretiens élaborée pour cette étude sur la répétition diffère peu de celle utilisée pour la précédente étude menée sur les IVG en Bourgogne, dans le sens où elle explore les mêmes thèmes et vise à replacer la femme dans un contexte de vie afin d'en extraire des éléments pouvant participer à la décision d'interrompre une grossesse. Ainsi sont abordés :

- La vie sociale, familiale et conjugale
- L'histoire génésique des femmes
- La sexualité
- Leur rapport à la contraception
- Ce qui est dit autour de l'IVG, et à quelles personnes
- Le vécu de l'IVG (par rapport à la décision, aux projets divers…)

La différence majeure par rapport à la première étude sur l'IVG conduite par l'ORS, c'est que chacun de ces thèmes est discuté dans une perspective dynamique. L'histoire de la femme est appréhendée à partir de la dernière IVG vécue qu'elle va replacer dans un contexte de vie, en remontant le temps entre chaque IVG. Pour chacune, il lui est demandé de parler de sa relation avec le partenaire, de la contraception utilisée, des personnes (proches et professionnelles) avec qui elle a pu échanger sur cet événement, de la façon dont elle a vécu cet épisode. Enfin, à partir de la première IVG vécue, sont abordées la sexualité et l'histoire familiale de la femme.

Autant, sinon plus que pour les entretiens menés à l'occasion de la première étude IVG, les informations dont ont témoigné les femmes par leur gestuelle, par le moment où certains mots (choisis) sont dits, ont aidé à conduire l'entretien et à repérer des zones sensibles qui pouvaient avoir un lien avec cet événement dans leur histoire. Une femme s'est mise à pleurer en évoquant une histoire familiale apparemment tout à fait simple et heureuse. Une autre a passé l'entretien à se tordre la peau du bras pour « *concentrer sa douleur sur cet endroit* ». Une autre encore à qui les critères d'inclusion sont présentés par l'infirmière et par l'enquêteur, qui après avoir évoqué l'IVG la plus récente affirme ne pas en avoir vécu d'autres et termine l'entretien en réalisant le sens de cette seconde IVG qui lui est, en réalité, donné par la première.

On le verra dans les pages suivantes, des violences vécues par les femmes ont été révélées par une dizaine d'entre elles. Parfois témoignée sur un mode brutal, parfois dite à demi-mot, cette violence « imprévue » n'a trouvé sa place dans ces entretiens que parce que le questionnement remontait l'histoire intime des femmes. Par ailleurs, pour aucune d'entre elles elle n'a été dite en début d'entretien, ce qui est lié à la procédure définie dans la progression de l'entretien qui consiste à retracer les évènements de vie, mais aussi à la nécessité d'instaurer une relation de confiance pour que la femme sache qu'elle peut s'exprimer librement, en toute confidentialité, dans le respect de ses choix et de son histoire.

Ces entretiens sont malgré tout des témoignages restreints parce que l'on ne peut pas dévoiler son histoire intime à une inconnue en une ou deux heures, parce que cette répétition d'IVG va parfois s'enraciner très loin, dans un souvenir qu'il est inconfortable de rechercher ou vers lequel il est consciemment impossible de revenir.

Recherche d'un mode de recrutement « opérationnel »

À partir des choix retenus concernant la définition de la répétition, différentes pistes ont été tentées afin de susciter des candidatures en vue de témoigner, et pour diversifier les situations.

On a d'abord envoyé des affiches proposant aux femmes de participer à cette enquête dans différentes structures d'accueil de femmes ciblées de Côte d'Or : Centre d'examen de santé, Centres d'éducation et de planification familiale, Missions locales, Points d'accueil et d'écoute jeunes. Des affiches ont également été disposées dans différents emplacements du service de gynécologie obstétrique du CHU de Dijon (salle d'attente de consultations, chambres d'hospitalisation) afin de favoriser une démarche active de la part des femmes ayant recours à l'IVG.

Une deuxième piste a été empruntée pour communiquer auprès du grand public sur cette étude, cette fois en utilisant les médias : en recourant à des radios locales[f] qui ont diffusé des messages sur cette enquête à différents moments de la journée, en publiant un article dans un journal local. Deux femmes se sont adressées à l'ORS suite à ces messages, d'autres femmes ont dit les avoir entendus sans pour autant avoir pu s'engager dans cette démarche, dans ces conditions.

Ce système d'affichage et de communication n'a pas permis de recruter un nombre suffisant de femmes. C'est pourquoi une troisième voie a été explorée, en collaboration avec les conseillères conjugales du Centre d'éducation et de planification familiale. Suite à la première étude, nous sommes partis du constat que l'exploration des histoires de vie des femmes pour les situations d'IVG répétées demandaient une mise en confiance importante et une recherche de sens, l'évocation d'évènements dans des histoires de vie parfois difficiles à reprendre. Il a donc été envisagé avec les conseillères conjugales, de concevoir un premier entretien avec elles, sur les bases d'une grille, qui permettrait de mieux cibler ensuite un second entretien sociologique. Il était convenu que ce second entretien leur serait proposé à l'issue de l'IVG, lors de l'hospitalisation.

[f] France bleue Bourgogne, Chérie FM, Nostalgie, Radio Dijon Campus, Europe 2

Cette méthode n'a jamais pu aboutir à un second entretien et ceci pour des raisons diverses. Tout d'abord les femmes peuvent dire à un professionnel qu'elles ont vécu plusieurs IVG sans que cet élément ne figure dans leur dossier médical. Dès lors elles ne sont plus identifiables comme pouvant participer à l'étude. En second lieu, cette pratique venait heurter le pacte de confidentialité passé entre la conseillère conjugale et la femme, et aurait pu influencer le contenu de l'entretien pré-IVG réalisé par les conseillères conjugales.

Ce problème d'informations différentes suivant les sources et les interlocuteurs, pour un même individu, a été noté à d'autres étapes de la prise en charge. Pour certaines femmes, le dossier administratif mentionne un nombre d'IVG et des dates correspondantes, dans la réalité les femmes ne témoignent par exemple que de deux IVG au médecin (le dossier médical comporte alors une information erronée) au lieu de trois saisies dans le dossier administratif. Lors de l'entretien avec la conseillère, un autre nombre peut être dit, inférieur ou supérieur aux nombres consignés dans le dossier médical et administratif.

Après de nombreux tâtonnements, les trois quarts des femmes incluses dans l'enquête l'ont été essentiellement grâce à l'implication de l'infirmière prenant soin des femmes hospitalisées pour une IVG. Celle-ci proposait aux femmes de participer à l'étude, si elles acceptaient l'infirmière appelait l'ORS pour le signaler à l'enquêtrice qui venait au CHU en cas d'accord. L'entretien se déroulait après l'IVG dans une pièce isolée ou dans la chambre, dans les cas où la femme était seule.

La plupart des entretiens réalisés au CHU ont bénéficié de cette première sensibilisation des femmes. Le contexte de l'étude a été rappelé en le reliant notamment à la première étude. L'accent a été mis sur la dimension sociologique de l'entretien (afin de le distinguer d'un éventuel entretien clinique et psychologique) et sur le caractère indépendant de l'hôpital du professionnel qui réalisait cet entretien. Il a été proposé à chaque femme d'enregistrer l'échange afin de permettre une écoute attentive et pour conserver chaque élément de leur histoire. Deux femmes ont refusé, des notes ont alors été prises.

Une situation a dans un premier temps suscité de l'agressivité et la demande de ne pas faire l'objet d'un enregistrement, mais après de plus amples informations, l'entretien s'est déroulé de façon « calme et sereine ». Une autre femme ayant accepté en connaissant les critères de recrutement, a tout d'abord affirmé qu'elle n'avait vécu qu'une seule IVG. Une troisième femme, sensibilisée par l'infirmière, n'a pas souhaité être enregistrée malgré le fait qu'elle accepte sans difficulté de participer.

On peut se demander si ces dénis et méfiances sont liés aux situations des femmes et au fait que le thème de l'enquête soit la répétition de l'IVG. Car *a posteriori*, pour les femmes, c'est parfois la seconde IVG qui donne un sens à la première et rend plus difficile encore le vécu du geste. Ces éléments seront développés dans l'analyse de résultats.

2. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES FEMMES

Au total, 19 entretiens ont été menés dont 2 n'ont pu être exploités à cause de problèmes techniques (les cassettes étant mal enregistrées ou inaudibles du fait des travaux dans le bâtiment).

Deux entretiens ont eu lieu à l'ORS, ils concernent des femmes qui ont demandé à participer à l'étude. Les autres entretiens ont eu lieu à l'hôpital entre le repas et l'heure de sortie. De ce fait mais pas seulement (également pour des questions d'histoire de vie) ils ont tous été moins longs qu'à l'ORS, durant une heure en moyenne.

Les femmes qui ont pris rendez-vous à l'ORS pour participer à l'étude ont témoigné de situations de vie particulièrement difficiles. Elles ont toutes deux « travaillé », analysé les évènements douloureux vécus.

Les femmes avec lesquelles les entretiens ont eu lieu sont âgées de 20 à 45 ans. La moyenne d'âge dépasse 27 ans. Parmi les 17 femmes, 12 ont entre 20 et 29 ans, 4 ont entre 32 et 37 ans et une à 45 ans.

Le nombre moyen d'IVG par femme est de 2,4. Parmi les 17 femmes, 13 ont eu deux fois recours à l'IVG, deux d'entre elles ont vécu 3 IVG, une autre 4 et une dernière 5.

Compte tenu de la taille de l'échantillon on ne peut faire de croisement de variables.

L'annexe 2 récapitule les principales caractéristiques des femmes en termes de nombre d'IVG, situation de couple, utilisation de contraception et évènements violents vécus. **Les prénoms mentionnés sont imaginés, en dehors de l'âge et de leur situation conjugale, aucune des caractéristiques démographiques et nominatives n'est connue sur ces femmes**.

CHAPITRE 3. QUELLES PARTICULARITÉS DANS LES HISTOIRES DE FEMMES AYANT VÉCU PLUSIEURS IVG ?

Si les statistiques permettent d'estimer la part des femmes qui recourent plusieurs fois à l'IVG, il est difficile de savoir, si après une première IVG, une femme se trouvera de nouveau confrontée à cette décision. On pourrait croire, et c'est d'ailleurs souvent ce qu'elles pensent, qu'elles ne « recommenceront » pas : « *le fait que ce soit le deuxième c'est difficile*, *le sentiment de culpabilité est très fort* ».

Avec les femmes nous avons remonté le temps, leur histoire, recherché ce qui, ponctuellement ou de façon plus profonde et dans la durée, pouvait aider à comprendre cette répétition de l'IVG.

Sans l'avoir envisagé à l'avance, les violences vécues par les femmes ont, au cours des échanges, occupé une place prédominante dans leurs discours.

1. LES VIOLENCES DANS LA VIE DES FEMMES

La violence qui a été évoquée dans les entretiens a des formes multiples : **perversité, coups et atteintes physiques, violence sexuelle, violence psychologique, violence subie actuelle ou passée**.

Elle a surgi pour 10 des 17 femmes à un moment de l'entretien. Il est difficile d'apprécier le traumatisme et de relier dans un lien de causalité la violence subie et la répétition de l'IVG. Ce qui est certain en revanche, c'est qu'au cours de l'histoire de ces femmes, la violence s'est, 9 fois sur 10, installée un long moment, provoquant par la suite des ruptures ou des comportements particuliers.

La première illustration de cette violence est décrite dans l'histoire de Noémie, 22 ans, au cours du premier entretien qui s'est déroulé à l'ORS.

> Cette jeune femme décrit un père jaloux, excessif, très autoritaire, auprès de son épouse et de ses filles, s'assurant la dépendance financière de sa femme, soumise, qu'il « séquestre » et trompe par ailleurs. Noémie insiste sur le fait que son père était souvent absent et qu'elle a beaucoup souffert affectivement de ce manque de père avec qui elle a peu partagé de moments ou d'activités. Pour poursuivre sur l'image des relations hommes-femmes et de couples, Noémie explique qu'elle a du mal à faire confiance aux hommes. Sa mère et sa grand-mère lui ont toujours dit que les hommes ne pensaient qu'au sexe et décrit tout ce qui pouvait exister de plus affreux dans les pratiques sexuelles.

> En fin d'entretien, elle confie, comme un secret, qu'elle a pénétré dans une pièce située au sous-sol de la maison, dans laquelle son père fait de la photographie, et qu'il interdit d'accès au reste de sa famille. Dans cette pièce elle a découvert des photos d'enfants nues parmi lesquelles elle a reconnu sa sœur et sa cousine.
> Le climat parental décrit est pervers et a peu préservé les enfants des histoires de couple des parents. La mère utilisait les enfants pour savoir ce que le père faisait notamment avec ses maîtresses, tout en les couvant de témoignages d'affection.
> Les premières relations sexuelles de cette personne ont été forcées par son « petit ami » du moment, sa propre sœur a été séquestrée par un homme autoritaire durant plusieurs années. Noémie décrit sa vie sentimentale comme une succession d'échecs, avec des hommes qui n'ont recherché qu'une satisfaction sexuelle avec elle. Pour évoquer ses premiers rapports sexuels elle n'utilise pas le terme de viol parce qu'elle a réalisé tardivement qu'il s'agissait vraiment de quelque chose de forcé « *moi je le considérais pas spécialement comme un viol, vu que j'étais avec lui, et, en fait aujourd'hui, je me dis que c'était vraiment forcé* ». Le jeune homme en question dans sa relation avec elle, à l'image du père de Noémie, avait d'autres partenaires, « *il a continué à me faire souffrir, à aller voir à droite à gauche, j'ai toujours été au courant* ».
> Et, pour s'expliquer comment elle a pu accepter de vivre cette histoire, Noémie pense qu'elle n'avait pas de caractère.

Noémie a vécu sa vie de fille et d'adolescente avec des images parentales que l'on peut considérer comme perverses et déstructurantes. Son comportement de jeune femme dans une relation avec un homme n'est sans doute pas dû à un manque de caractère mais peut-être à la reproduction d'un schéma qui la place comme soumise face à un homme qui ne la respecte pas…, comme sa mère a vécu les relations avec son père. D'ailleurs on s'interroge en écoutant Noémie sur son sentiment vis-à-vis d'elle-même : pense-t-elle qu'un homme peut la respecter ?

Trois autres femmes ont évoqué **des viols ou des attouchements sexuels**.

> **Irène, 25 ans** a subi 3 IVG, elle a deux enfants et partage sa vie avec le père de ses enfants. Avançant dans l'entretien, le début de la sexualité est abordé. C'est alors qu'Irène déclare que pour elle le début de la sexualité n'a pas commencé avec le père de ses enfants mais lors d'un viol qu'elle a subi à l'âge de 6 ans. D'une famille composée de 5 enfants, elle est la seule à ne pas avoir été placée dans une famille d'accueil. Une de ses sœurs, âgée de 19 ans, a un enfant de 20 mois, vit seule et attend un autre enfant. Parmi ses frères et sœurs, un autre a été violé.
> En fin d'entretien elle signale qu'elle n'a pas parlé de tout ça au médecin, « *je leur dis pas tout, comme à vous, je vous ai pas tout dit non plus* ».

Irène aborde ce viol de façon relativement simple et directe mais son histoire est semble-t-il jalonnée de moments où ce sujet a pu être abordé : auprès de la PMI, auprès d'un psychiatre en tant qu'adulte, et sans doute dans son enfance. Pour Irène, les conséquences de ce(s) viol(s) semblent se

porter sur des difficultés à accepter « *un corps étranger dans mon ventre* » et donc à recourir à l'usage du stérilet. Elle envisage toutefois la pose d'un implant sous cutané.

Jeanne a elle aussi, subi des violences sexuelles :

> **Jeanne a 29 ans**, enfant alors qu'elle passait régulièrement des vacances chez un oncle, celui-ci s'est livré à des attouchements sur elle durant plusieurs années. Enfouis en elle, ces évènements ont semble-t-il refait surface lors de ces 20 ans, elle en a parlé à ses parents il y a deux ans. Elle repère certains évènements déclencheurs qui, à son avis, ont contribué à faire resurgir ces souvenirs. Depuis deux ans elle a des phobies, des tics, elle ne peut plus sortir de chez elle une fois la nuit tombée par crainte de se faire agresser ou violer. « *J'ai pas été violée, j'ai été touchée, j'ai peur de la mort et du viol, j'aime pas entendre une voix d'homme dans la rue* ». Jeanne a une peur panique de se faire agresser, qui la terrasse parfois sans qu'elle puisse contrôler quoi que ce soit. Enceinte elle dit « *en état de grossesse* », elle parle de son compagnon « *il est trop homme cette fois-ci, [...] ça me dégoûte il est reproducteur et puis il perd de cette innocence que je croyais entre guillemets [...] il perd un côté hyper pur quoi c'est le mec qui se reproduit c'est tout et pour moi ça devient répugnant* ».
>
> Durant l'entretien, Jeanne se pince la peau au niveau de l'avant-bras. Elle a le bras replié, sur sa main un cathéter est encore posé. Pensant que celui-ci la gêne je lui propose d'appeler l'infirmière. En réalité, Jeanne m'explique que ces pincements « *c'est par rapport à cette phobie qu'on la touche, j'aime pas qu'on me touche ou qu'on m'introduise un truc, pour moi tout ce qui ne vient pas de moi, pour moi c'est pas sain* ». Elle poursuit en précisant « je *préfère sentir ma douleur que je me capte sur la mienne que je me fais moi plutôt que ce qu'on me fait, même si c'est pour me guérir* ».
>
> Dans la situation de l'entretien, ces pincements font qu'elle se concentre sur cette douleur et évite de penser au cathéter, à l'hôpital et aux raisons qui motivent le fait qu'elle soit là.

Jeanne est « perturbée », son passé semble l'avoir profondément marqué, il intervient dans sa façon d'appréhender son partenaire suite à la « fécondation » provoquée par les rapports sexuels. Nous verrons que ce passé est également présent dans la relation que Jeanne entretient avec la contraception.

Pour Claire, la violence décrite tourne autour des rapports entre elle et son « fiancé[g]» dans une forme de domination qu'elle ne parvient pas à combattre, et de la place de la sexualité dans cette histoire. Claire est d'origine tunisienne. Elle illustre ses problèmes au travers d'une conception particulière des relations entre les hommes et les femmes des pays du Maghreb ; « *pour les marocains, la femme c'est une chienne, pour l'Algérie et la Tunisie, la femme c'est une reine, et donc là j'étais avec un marocain donc j'étais une chienne* ».

> **Claire, 21 ans**, évoque ainsi la relation avec son fiancé :
> *« Il m'interdit de dire bonjour à des garçons, il a déjà posé ses mains sur moi, il m'a déjà frappée. Il me respecte pas, il respecte pas mon corps, je suis son objet sexuel. Il pense pas aux conséquences, lui déjà tout ce qui l'intéresse c'est déjà sans préservatif parce que c'est mieux pour lui. Et puis moi j'ose pas dire non, je sais pas j'arrive pas. ».*
> Claire accepte donc des rapports « à risque de grossesse » (entre autre) et a une conception particulière de la sexualité des hommes. En effet, lors de sa première grossesse, Claire déclare qu'elle était « *écoeurée du sexe, je voulais même pas qu'il me touche, et puis ben il avait besoin de se vider quoi vous comprenez et là il est parti la voir, il m'a trompée avec une petite fille de 15 ans, il a 22 ans hein* ».
> Dans la relation de Claire avec son fiancé, la promesse d'un enfant par la sexualité constitue un enjeu important pour le fiancé et sa famille. C'est une grossesse qui l'a uni à son fiancé, et a lié leur famille respective, impliquant plus particulièrement les mères de chacun. C'est ensuite la mère du fiancé de Claire qui est allée avertir celle de Claire que celle-ci était enceinte et avait interrompu la grossesse « *Mon fils est malade parce que ta fille n'a plus son bébé* (à lui] ».
> Dans la vie de Claire, avoir une vie sexuelle et le faire savoir à sa communauté ou à ses pairs c'est s'exposer à des réactions vis-à-vis des hommes : « *si une fille maghrébine n'est pas vierge, c'est une fille qui n'est pas bien* » ou c'est une fille qui accepte facilement d'avoir des relations sexuelles. En quelque sorte, commencer une sexualité avec un garçon, c'est s'enchaîner à lui. Et d'ailleurs, lorsqu'elle a voulu rompre avec son fiancé, celui-ci l'a prévenue, en lui disant « *tu tourneras, tu tourneras et tu reviendras vers moi parce que moi je suis le premier avec qui tu as couché et personne d'autre ne t'acceptera* », et c'est ce qu'elle a fait, craignant que les autres hommes ne s'intéressent qu'à la satisfaction de leurs besoins sexuels.

Dans la tradition maghrébine, « *les hommes imposent une sexualité sociale, obligée, au service du groupe* ». Camille Lacoste Dujardin[4], prenant en compte cette obligation, suggère que « *si les femmes sont astreintes à un service patrilignager procréateur avec un partenaire imposé et en l'absence d'épanouissement sexuel personnel, n'ont-elles pas en revanche, en raison de l'importance même de la sexualité, la possibilité de s'en servir comme d'une arme pour prendre autorité sur leur mari* ?». C'est ce qu'a fait Claire, sous le couvert de sa mère en faisant passer par la suite cette

g Claire a initialement choisi sont fiancé malgré un désaccord de ses parents. Une cérémonie de fiançailles a eu lieu entre les deux familles, justifiée par la première grossesse de Claire, dans le respect des traditions.

première grossesse pour une fausse alerte, un kyste à opérer. L'interruption de grossesse est la seule façon que Claire a de ne pas définitivement souder sa vie à ce fiancé qui, semble-t-il, lui mène une vie assez difficile. La dimension « fonctionnelle » de la sexualité que Claire évoque chez son fiancé est l'écho de « *besoins sexuels masculins reconnus dans l'Islam comme importants et nécessaires* », et l'amène à accepter certains comportements. Elle est plus choquée par le fait qu'il aille satisfaire son besoin de « *se vider* » avec une « *petite fille de 15 ans* » plutôt que par le fait qu'il la trompe sans doute parce que dans l'ordre des choses inscrites en Claire, son éducation et sa culture, les besoins sexuels de son fiancé peuvent justifier qu'il se tourne vers une autre partenaire pour les assouvir.

Plus ou moins décrite par les femmes mais souvent en « toile de fond », la **violence psychologique** est presque toujours présente. Elle accompagne souvent la violence physique, peut-être permet-elle que cette violence physique dure. En effet, la victime qui subit cette violence physique ne sait plus distinguer l'anormalité de la situation, évoquant sa responsabilité dans les coups reçus.

> **Bénédicte, 32 ans**, dit qu'elle subissait « *quand même une violence mentale, y'a quand même des moments où c'était difficile mais j'avais l'impression que c'était ma faute. […] Les violences on a toujours l'impression de… comme si c'était quelqu'un d'autre qui avait vécu tout ça c'est comme quand on voit à la télé, quand on lit des choses on se dit mais comment des femmes peuvent subir des choses pareilles et en fait c'est très insidieux* ». Elle évoque un « *cercle d'humiliation assez fort* ».
>
> **Dorothée, 45 ans,** évoque son premier mari en ses termes « *il est violent il m'insulte, il lui faut toujours de l'argent. […] Moi les coups ne se voyaient pas sur moi c'était dans la tête* ».
>
> Enfin **Jeanne, 29 ans**, décrit son agresseur comme « *très manipulateur, oui très fin parce que en même temps j'en garde pas bizarrement un souvenir déchirant, c'est quand je me suis rendue compte de la gravité de la chose, je me suis dit y'a quelque chose d'anormal* ».
>
> Violée à l'âge de 10 ans, **Fleur** déclare s'être dit « *qu'est ce que j'ai fait de mal pour avoir ça* ?».

Violence psychologique, perversité et manipulation, ou violence des situations et des images de la vie, la violence qui entraîne des conséquences psychologiques est multiforme. Rose en illustre une autre encore.

> **Rose, 26 ans**, a une histoire différente. Pour lui proposer de participer à l'étude, le contact est direct, l'infirmière n'est pas là le jour de son hospitalisation. À côté de son lit trône un gros sac à dos de voyage. À peine la proposition de faire un entretien est-elle terminée qu'elle réagit avec agressivité et lance « *quoi je suis une ancienne toxico y'a rien d'autre à dire* ». Après discussion, elle accepte à condition que son témoignage ne soit pas enregistré. Des notes sont prises. Elle se détend au fur et à mesure des

échanges, elle a évidemment autre chose à dire. Si Rose est agressive c'est peut-être parce qu'elle vient d'être refoulée d'un hôpital de la région parce qu'elle demandait une 4ème IVG. Un médecin lui ayant expliqué qu'elle présentait un trop grand risque d'accident, qu'en cas de « pépin » son service serait fermé et donc qu'au delà de 3 IVG il préférait orienter les femmes vers Dijon.
Le système peut à son tour être violent surtout face à ces « ex-toxicos »...
Pour Rose ce sont d'autres images qui ont marqué son parcours. Rose est originaire d'une famille portugaise, seule fille d'une famille de 4 enfants. Elle a quitté le foyer familial à 18 ans parce qu'elle y faisait tout. Elle s'exclame « *on parle des musulmans mais faut voir chez les gens du Sud comment les choses se passent* ». Elle parle de sa mère et évoque ses grossesses : « *on devrait être 12 enfants à la maison et on est 4. Elle a tout eu, des œufs clairs, des fausses-couches, des avortements, des IVG avant la loi et après* ». Elle dit qu'elle a vu de drôles de choses comme par exemple des caillots de sang dans le bidet de la salle de bain. Pour terminer sur sa mère elle dit qu'elle a des problèmes de santé et « *je vais peut-être vous choquer mais ma mère elle est pourrie de l'intérieur* ».

En l'écoutant on ressent cette dureté de la vie qui ne fait pas de cadeau aux femmes « *du Sud* », leur confie le rôle de bonne à tout faire et les confronte à ces grossesses que la mère de Rose a gérées comme elle a pu. C'est contre cette fatalité que Rose se bat à sa manière, se faisant au passage refouler d'un établissement.

Chaque situation est différente, les violences subies s'inscrivent dans des contextes qui ne se ressemblent pas. Le point commun de ces femmes est de répéter une demande d'IVG et d'avoir un rapport particulier à la contraception, à la sexualité et à la grossesse.

2. RAPPORT ENTRE VIOLENCE ET CONTRACEPTION

Violence sexuelle et contraception

Les cinq femmes ayant subi des violences sexuelles ont développé des comportements différents et particuliers vis-à-vis de la contraception. Pour deux d'entre elles, malgré une vie conjugale et sexuelle régulière, elles relatent une difficulté à utiliser la pilule, parce que la nécessaire régularité de la prise est difficile à observer pour l'une parce qu'elle ne supporte pas ce contraceptif (et toute autre prise de produit chimique et médicamenteux) pour l'autre.

Le point commun de ces deux personnes violées dans leur enfance est de dire en utilisant les mêmes mots « *j'aime pas avoir un truc dans mon corps* » en évoquant la contraception, les produits

chimiques et le stérilet. Alors l'assimilation de la contraception à « *ce truc inconnu* » ou « *extérieur* » ou « *encore ce quelque chose d'intrus* » rend jusqu'à présent son utilisation impossible dans le moyen et long terme. Pour l'une un implant vient de lui être posée, la seconde s'apprête à prendre une pilule qu'elle espère « *appropriée parce que je ne veux pas de truc trop fort qui me déglingue tout l'organisme, je suis quelqu'un qui prend tellement peu de cachets* ». Malgré une volonté de la prendre, on peut se demander si, compte tenu des freins précédemment évoqués, ce mode de contraception est, à ce moment, le plus approprié justement.

> **Irène, 25 ans**, dit en parlant des médecins « *qu'ils savent pour le stérilet comme quoi j'en veux pas, ils savent pourquoi aussi comme quoi je veux pas avoir quelque chose en moi étranger* ». Pour Irène, le stérilet, le corps étranger, ont peut être un lien avec le viol qu'elle a vécu. Car Irène incapable de se soumettre à la régularité de l'usage d'une pilule se tourne pourtant vers l'implant qu'elle n'associe pas à ces mots qui qualifient bien son sentiment de rejet face au stérilet vécu par elle comme intrusif. C'est dans son ventre que l'intrusion se ressent mais pas dans son bras.

Fleur, 20 ans, fait partie des femmes qui ont subi une agression sexuelle dans leur enfance. Contrairement aux deux femmes précédentes, Fleur a rapidement développé un comportement de protection vis-à-vis des grossesses qu'elle relie au fait d'avoir été violée.

> Lors de l'entretien, c'est en évoquant la contraception que l'on perçoit dans l'histoire de **Fleur** quelque chose d'inhabituel. Elle explique : « *je l'ai prise très tôt, je l'ai prise dès que j'ai eu mes règles parce que j'ai eu des soucis étant jeune donc s'il m'arrive quoi que ce soit je suis protégée* ». Je lui demande de quel type de souci elle veut parler, elle répond qu'elle a eu des soucis avec un gars. Je lui demande s'il s'agit d'une agression, elle répond qu'elle a été violée et qu'elle a donc toujours voulu être protégée. Plus tard elle dira que cette agression a eu lieu à l'âge de 10 ans. Fleur explique « *je voulais pas si quelqu'un me touchait ou quoi que ce soit comme ça, je voulais rien avoir déjà là-dessus, je voulais pas de gamins d'un violeur ou de quoi que ce soit, c'est vrai que moi je me suis sentie plus protégée déjà* ».
>
> Elle a donc utilisé Trinordiol® en première pilule. Malgré cela, Fleur a été une première fois enceinte et a décidé d'interrompre la grossesse. Par la suite elle a utilisé Adépal® durant 3 ans, puis Minidrill®. Sa seconde grossesse est intervenue alors qu'elle prenait Minidrill®. À propos de la contraception, Fleur dit « *je suis quand même déçue parce que bon, ils font des moyens de contraception et on peut quand même tomber enceinte* ». Car pour Fleur, la contraception est, on le voit, une réelle préoccupation et malgré trois pilules différentes, elle se retrouve enceinte deux fois, sous deux pilules différentes.

Les violences sexuelles vécues plus tard peuvent également avoir des répercussions sur la contraception.

> **Noémie**, dont les premiers rapports sexuels ont été forcés, estime que pendant longtemps ses partenaires n'ont recherché en elle qu'une satisfaction sexuelle, sans y mettre de douceur. Noémie a une histoire contraceptive qui subit plusieurs influences :
>
> - Celle de sa mère d'abord qui lui déconseille d'utiliser des produits contraceptifs en lui indiquant qu'en surveillant son cycle on peut éviter une grossesse. Elle n'explique pas à Noémie comment surveiller son cycle, c'est à l'école qu'elle apprend a éviter cette « zone théorique de risque autour du 14ème jour ». La mère de Noémie se propose pour exemple, effectivement elle n'a vécu que 3 grossesses dont une a été interrompue pour indications médicales. Ce qu'elle omet de dire et que Noémie pense c'est qu'elle n'a plus de relation sexuelle avec son mari depuis longtemps, celui-ci ayant d'ailleurs des relations avec des femmes à l'extérieur de son couple.
>
> - Celle des violences sexuelles subies qui font qu'après avoir utilisé la pilule pendant un an, Noémie ne supportant plus les examens gynécologiques et les frottis préfère arrêter la pilule. C'est ainsi qu'elle raconte ce suivi « *j'ai commencé à prendre la pilule, en fait c'est mon médecin généraliste qui fait gynéco en même temps donc il me suivait pour tout. À chaque fois c'était « oui bon ben faut faire un frottis dans 6 mois, et puis c'est ça dans tant de temps ». Et puis je suis beaucoup sujette aux infections urinaires donc avec tout ça c'est encore à regarder et ceci et cela et c'est quelque chose que je supporte très mal en fait, c'est comme une atteinte à mon intimité. C'est pour ça aussi que j'ai arrêté la pilule parce que j'en avais marre d'être assise là sur la table et déshabillez-vous et pis machin et pis on va regarder, je me suis dit la pilule y'en a marre, j'en avais marre d'être tripotée à droite à gauche* ». Pour Noémie les examens gynécologiques s'ajoutent à la violence des relations sexuelles difficiles qu'elle a pu connaître.
>
> En entretien, avant d'évoquer la difficulté à vivre les examens gynécologiques, Noémie dit qu'elle ne supportait plus la pilule : « *dans les premiers temps ça s'est bien passé et puis au bout d'un moment je me suis sentie plus bien avec, parce que j'avais pris du poids, je fume et donc fumer en même temps c'est pas recommandé et je faisais de la rétention d'eau, j'étais très mal dans ma peau. J'ai décidé de tout arrêter* ».

On ne peut douter que Noémie se soit sentie mal dans sa peau, en revanche ce sont les premières justifications de ce mal-être qui sont à considérer avec une certaine distance : dans le cas de Noémie la difficulté à accepter les examens gynécologiques peut être du au fait des violences sexuelles qui lui ont été imposées. On retrouve chez d'autres femmes ces arguments « écran » qui cachent les raisons plus profondes qui font qu'elles arrêtent de recourir à une contraception. Souvent d'ailleurs l'association tabac-pilule est prise comme support pour justifier leur choix d'arrêter cette forme de contraception.

Violence physique, psychologique et contraception

La violence physique vécue n'a pas forcément les mêmes répercussions sur les femmes, elle ne s'inscrit d'ailleurs pas dans des contextes identiques.

> **Aline, 33 ans**, découvre que son mari la trompe après 10 ans de vie commune. Ils ont ensemble 2 enfants. Elle lui parle de sa liaison avec l'autre femme, ils se disputent et son mari la frappe. Ils décident de se séparer, elle arrête toute contraception. À l'occasion d'une visite, ils ont une relation sexuelle et Aline se retrouve enceinte.

Pour Aline, la violence physique dans sa relation avec son mari a une dimension ponctuelle, la séparation amoureuse du couple semble devoir prendre du temps. Ce n'est pas la violence qui marque sa relation à la contraception, c'est simplement qu'Aline a sans doute voulu marquer sa séparation par un arrêt immédiat de la contraception. D'ailleurs dans la pensée commune on n'a pas de relation sexuelle avec un homme que l'on quitte ou qui frappe sa femme. Au cours de l'entretien après avoir dit qu'elle avait eu cette relation, il lui est demandé comment s'est passée la décision d'interrompre la grossesse. C'est alors qu'elle réagit de façon très agressive en déclarant « *quoi vous voulez savoir si j'ai joui ?* ». Ce n'est pas le sens de la question, Aline se calme et explique que sa mère a réagi comme ça en lui disant que ce n'était pas possible de coucher avec un homme qui venait de la frapper quelques semaines auparavant, elle explique qu'elle a très mal vécu la réaction de sa mère.

Lorsque la violence s'installe, les réactions des femmes sont différentes, la contraception et la grossesse prennent un tout autre sens.

> **Bénédicte, 32 ans** a pris la pilule vers 15 ou 16 ans. Elle a subi une première IVG en 2001, alors qu'elle était dans une relation marquée par une forte violence psychologique et des violences physiques. À l'époque elle avait souhaité arrêter de prendre la pilule. Elle explique « *j'avais plutôt envie d'arrêter, cette idée de on assainit son corps, on le remet un peu, il fonctionne de façon naturelle. Et le poids, je me suis dit que peut-être ça va m'aider à me faire maigrir* ».
>
> Bénédicte est menue, mais elle m'explique qu'elle a des « *problèmes de rétention d'eau, de cellulite jusqu'aux chevilles* » qu'elle a également eu beaucoup d'allergies et pour cela pris beaucoup de médicaments. À un moment ces allergies ont toutes disparu, elle a arrêté tous ses médicaments et la pilule avec.

En regardant Bénédicte, on réalise le décalage entre ce qu'elle vit comme un problème de poids et son corps.

> Bénédicte a travaillé avec un professionnel cette question de l'arrêt de la contraception. Durant 7 ans, lors des rapports sexuels, le couple a d'abord utilisé des préservatifs, ensuite son conjoint se retirait. C'est ainsi qu'elle analyse le recours à cette dernière méthode « *je ne voulais pas lui donner des rapports sexuels totalement calmes ou du moins sereins parce que je le trouvais trop pénible avec moi donc inconsciemment c'était une façon de me venger* ». On se souvient que la relation entre Bénédicte et ce conjoint tour à tour « *très méchant, très violent et très gentil, très affectueux* » n'était pas non plus sereine. L'interruption de la grossesse a apparemment accentué la violence de son conjoint qui a compris que Bénédicte voulait des enfants mais pas avec lui. La séparation a été longue puisque c'est au bout de 3 ans qu'elle a réussi à le quitter.

Les différentes violences évoquées par les femmes ayant participé à ces entretiens suscitent des interrogations. La première est quel poids attribué à ce phénomène ? Si 10 des 17 femmes relatent de tels évènements, il faut garder à l'esprit que ce sont 10 des 17 femmes qui ont accepté de témoigner à cette étude. À ce titre, on peut imaginer que ces femmes sont différentes de celles qui ont refusé de participer.

La seconde question est si les femmes qui subissent plusieurs IVG témoignent de violences, que se passe-t-il pour les femmes rencontrées à l'occasion d'une première IVG ? Cette question pourrait trouver réponse par la comparaison de deux échantillons d'un nombre suffisant de femmes, afin d'examiner avec elles la place de ce type d'évènements dans leur histoire.

Avançant dans cette étude, ces questions en suspens, nous avons sollicité des conseillères conjugales de Nevers et du Centre d'éducation et de planification du CHU de Dijon afin d'avoir leur avis sur ce point, et d'envisager des possibilités de réponse :

- À Nevers, entre le 1er septembre et le 15 décembre 2004, la conseillère participant a eu un seul entretien avec une femme ayant vécu plusieurs IVG dont au moins 2 sur 5 ans, cette femme a évoqué des violences.
- À Dijon entre le 1er octobre et le 7 décembre 2004, 9 femmes ayant eu plusieurs IVG[h], ont eu un entretien avec une conseillère. Parmi elles, 5 ont témoigné de différentes formes de violence vécue (attouchements sexuels, violence physique subie par la femme ou jeunes femmes témoins de violence physique forte entre les parents).

[h] dont 2 sur au moins 5 ans

Les questions n'ont pas trouvé de réponse certaine car pour cela il est nécessaire d'entreprendre des enquêtes quantitatives d'une plus vaste ampleur. Néanmoins, ces données méritent d'être retravaillées afin d'en apprécier le sens exact à savoir : **est-ce que lorsque les professionnels interviennent auprès de femmes qui ont subi plusieurs IVG[i], ils doivent savoir que dans près de 60% des cas il s'agit d'une femme qui à un moment ou un autre, d'une manière ou d'une autre a subi des violences ou bien est-ce un effet ponctuel lié aux femmes qui demandent un entretien auprès d'une conseillère ou ont bien voulu participer aux entretiens de l'étude ?**

Le rapport avec la violence est donc l'élément marquant de cette étude. On peut toutefois en souligner d'autres pour caractériser ces femmes.

3. LA CONSTRUCTION D'UNE IDENTITÉ PUIS D'UN PROJET DE COUPLE ET DE FAMILLE

Les femmes qui ont accepté ces entretiens d'enquête ont été abordées de façon globale et dynamique. C'est en considérant l'ensemble de leur histoire que l'on comprend comment des évènements ont inscrit en elles ces difficultés qui les amènent à l'IVG. Relater la situation de Noémie sans connaître les relations de ses parents et leurs attitudes vis-à-vis de leurs enfants ne permet pas de comprendre comment et pourquoi elle a vécu des viols, puis des échecs relationnels et affectifs, son rapport à la contraception et enfin des IVG. De la même façon, pour Pauline, Eloise ou Marie dont les relations parentales ou les origines culturelles, ou les troubles supposés de la fertilité expliquent les parcours autour de l'IVG.

Sur l'identité des femmes, plusieurs éléments ont un impact. Comme pour tout enfant, ses relations à la mère et au père, ce que l'enfant perçoit des relations du couple formé par ses parents. Ces bases vont structurer le devenir des enfants, leur projection, leur identité et leur désir. « *En référence à la psychanalyse, la femme, par l'acte de procréation, rencontre et touche sa propre mère, elle la devient, la prolonge en se différenciant d'elle. Il serait donc nécessaire d'avoir ou d'avoir eu pour référence une image maternelle satisfaisante pour mettre au monde un enfant* »[j]. La grossesse et son issue revêtent bien des sens différents, toutefois ce qui a trait à la constitution de l'identité semble y avoir une place essentielle. Ainsi la grossesse peut s'interpréter comme « *un facteur d'accomplissement personnel familial et social, à travers une recherche d'identité, une autonomisation par rapport aux parents* », elle peut également être utilisée pour « *se sentir une vraie femme* ».

[i] dans notre cas, il s'agit de femmes ayant vécu au moins 2 IVG sur une période de 5 ans

[j] Op. Cit, [3]

Pauline, 22 ans illustre assez bien cela. À 18 ans Pauline était mariée avec un jeune homme de 26 ans, à 19 ans elle est devenue mère, à 21 ans elle se sépare de son mari. Elle rencontre un homme marié avec qui une grossesse se produit. De cette expérience elle dit que la décision a été commune mais que si elle n'avait pas été d'accord avec son partenaire, de toute façon elle ne l'aurait pas écouté, la décision lui appartenait. À 22 ans elle vit une deuxième IVG. Pauline est une jeune femme dynamique, décidée, elle sait précisément ce qu'elle veut. Dans le même temps elle témoigne d'évènements qui ne correspondent pas avec cette apparente maturité. À l'annonce de cette grossesse, son partenaire est parti tout de suite, elle n'en a plus eu de nouvelles, pourtant elle pensait que tout allait bien entre eux. Pauline se décrit comme une jeune fille qui avait des problèmes avec l'autorité, elle parle de ses parents en ces termes « *j'adore mes parents mais je leur parle pas, on se parle guère dans cette famille… C'est dommage d'un côté, mais c'est voilà, c'est une famille d'intellectuels ils ont la science infuse, ils ont un peu la vérité absolue sur tout et si on ne rentre pas un peu dans leur moule c'est qu'on est quelqu'un d'un peu marginal. Moi je rentre pas du tout dans le moule en tous cas* ». Pauline explique qu'elle a vécu longtemps à l'étranger. On comprend que ses parents sont absorbés par leur travail et que Pauline a été plus entourée par ses amies que par sa famille.

On ne sait plus en l'écoutant ce qui revient au fait d'être sûre de soi et décidée et ce qui contribue à un besoin de s'affirmer à tout prix sans tenir compte de la réalité, comme le font les adolescents. Dans ses choix, Pauline semble peu se soucier des conséquences. En revanche elle a besoin de reconnaissance. Elle n'a que 22 ans et une apparence de jeune fille. Elle dit avoir été choquée par l'attitude du médecin qui ne l'a pas vouvoyé lors de la consultation, elle que l'on vouvoie dans les magasins parce qu'elle est maman. Compte tenu des évolutions sociétales, du nombre d'enfants nés de mère plus âgées, on pourrait aussi imaginer que les commerçants pensent de cet enfant qu'il est son petit frère, d'où vient alors ce vouvoiement ?

Quelle sécurité affective les parents de Pauline lui ont-ils apportée ? À quels besoins ces décisions répondent-elles : autonomie, contradiction et démarcation vis-à-vis de ce moule évoqué ?

Parfois les questions d'identité, les projets de couple et la contraception sont intimement liés car notamment pour les femmes du Maghreb le destin d'une femme épouse est lié à celui d'une mère.

Plusieurs jeunes femmes d'origine étrangère (trois personnes du Maghreb et une troisième d'origine indienne) insistent sur des points différents des autres femmes. Ces femmes sont nées en France, celles qui sont originaires du Maghreb retournent régulièrement dans leur pays. Le point commun de ces femmes est de respecter un certain nombre de pratiques traditionnelles par rapport à la constitution du couple, par rapport aux échanges sur la sexualité et la contraception. Les trois femmes les plus jeunes disent qu'elles n'ont eu aucun échange avec leurs parents ou plus particulièrement leur mère sur la contraception. Au moment des règles, on leur a donné une protection hygiénique sans leur expliquer ce qui se passait en elle. Quand l'une a souhaité aborder le sujet de la contraception, sa mère lui a clairement fait comprendre que ces choses-là se discutaient

avec le médecin. Lors de la rencontre d'un jeune homme qui leur a plu, les jeunes maghrébines, ont l'une attendu pour entreprendre une relation avec lui qu'il en fasse la demande à ses parents, l'autre a rapidement officialisé la relation par une rencontre entre sa famille et celle du jeune homme. Ces démarches ne sont pas sans conséquences, elles lient ces jeunes femmes de façon durable, si ce n'est définitive, aux jeunes hommes qu'elles ont choisis, très tôt. Au delà de la liaison affective, la question de l'enfant est importante pour le garçon et la belle famille, en dépit de la trajectoire de vie des jeunes femmes.

> Ainsi, **Claire 21 ans**, se retrouve enceinte alors qu'elle a eu un rapport non protégé. Elle a oublié sa pilule, et son « fiancé » lui dit qu'il ira lui chercher la pilule du lendemain, ce qu'il ne fait pas. Claire reprend sa pilule mais elle est enceinte. Un matin elle fait un malaise alors qu'elle est chez son fiancé. Sa belle-sœur, présente, lui donne un test de grossesse qui s'avère positif. Son fiancé est heureux de cette grossesse, il l'annonce à sa mère qui informe à son tour la mère de Claire. Cette dernière est terrorisée à l'idée que sa mère sache qu'elle a eu des rapports sexuels avant d'être mariée : « *j'ai cru qu'elle allait me tuer mais pas du tout, elle a été super compréhensive, elle m'a dit t'es pas la première* ». Claire pense que la virginité est obligatoire avant le mariage et pourtant sa mère lui a dit « *des choses, des secrets de famille* », elle m'a dit « *écoute, ta sœur, elle y était pas, ta cousine, elle y était pas, ça ne veut plus rien dire, c'est un petit bout de peau, ça ne signifie rien* ». La mère du fiancé va trouver la mère de Claire en lui disant que « *mon fils est malade parce que ta fille n'a plus son bébé* ». À l'annonce de cette grossesse, la mère de Claire répond que sa fille n'est pas enceinte, qu'elle surveille chaque mois ses règles et « *qu'elle a vu ses règles* ». De son côté, Claire assure qu'il s'agit d'un kyste qui a dû être opéré.

Les deux jeunes femmes maghrébines ont présenté leur conjoint à leur famille et ainsi officialisé leur relation qu'elles ont pu poursuivre « au grand jour ». Dans le cas de Claire, les deux familles se sont rencontrées, l'ami de Claire est ainsi devenu son fiancé. Elles ont toutes deux eu leurs premiers rapports sexuels avec leur partenaire « officiel » bien que la tradition recommande que la jeune femme soit vierge avant son mariage.

D'après Claire, une jeune femme maghrébine non mariée dont on sait qu'elle n'est plus vierge « *c'est une fille qui n'est pas bien* » et qui attire des hommes « *qui viennent [vers moi] juste pour coucher* ». Autrement dit par Camille Lacoste-Dujardin[k] « *il n'est pas d'autre alternative à la virginité : une jeune fille* [maghrébine] *est vierge ou prostituée* ». D'ailleurs son fiancé ne s'y trompe pas, lorsque Claire tente de le quitter il lui dit : « *tu tourneras, tu tourneras et tu reviendras vers moi parce que moi je suis le premier avec qui t'as couché et personne d'autre ne t'acceptera* ». Le dessein de Claire est lié à cet homme et ses projets. Lorsqu'il apprend qu'elle est enceinte il est ravi, car pour l'homme du Maghreb et sa mère, « *le couple n'a de place que dans sa finalité procréatrice* » et sa

[k] Op. Cit [4]

dimension collective, il doit satisfaire aux exigences de reproduction sociale : ici donner un enfant à la famille de l'homme dans une négligence absolue des souhaits et désirs de la femme.

Si Claire a un rapport particulier à la contraception qu'elle ne prend pas régulièrement c'est en partie parce qu'elle craint les effets secondaires de la contraception sur sa fertilité future. Dès qu'elle essaie de rompre avec son fiancé elle arrête immédiatement la pilule, et quand elle la prend, elle l'« oublie » une fois sur deux. Ce qui est intéressant à noter c'est que lorsque Claire réalise sa première grossesse, c'est sa belle sœur qui lui fournit un test de grossesse, au moment où elle en a l'utilité parce qu'elle a ce test dans ses affaires. À écouter Claire, on a l'impression que les jeunes femmes qui l'entourent ont souvent des inquiétudes de ce type et les gèrent avec des tests répétés. À l'occasion de sa première grossesse, Claire note la date exacte d'un premier rapport non protégé, la date du premier test négatif puis la date d'un second rapport non protégé puis la date d'un second test positif. Elle n'est pas aussi précise sur les dates où elle absorbe une pilule.

La culture d'origine des parents de ces jeunes femmes les incitent fortement à un devoir d'enfant primordial pour leur réalisation de femmes. Elles ont d'ailleurs des projets d'enfants et s'interrogent beaucoup sur les effets des contraceptifs chimiques, s'appuyant pour cela sur les expériences relatées dans leur entourage, de femmes qui ont des difficultés à être enceintes, attendent un an, deux ans après avoir arrêté leur contraception. Pour une femme du Maghreb, ne pas avoir d'enfant (sans penser au sexe de cet enfant attendu, préférentiellement masculin) c'est être condamné à un destin en marge de ce qui est socialement souhaité.

Dans cette forme d'utilisation des contraceptifs en pointillé et parfois inadéquate, Bernadette Rondot-Mattauer[5], psychologue dans un centre d'orthogénie, voit un « *refus pour tenir le grand écart entre certaines valeurs parentales, qui néanmoins les portent, et l'ajustement à la modernité qui les sollicite* ». Ce point de vue semble correspondre à ce que vit Claire à travers ces IVG, comme un conflit entre l'identité et les projets dévolus à la femme dans la tradition maghrébine et la société dans laquelle elle vit qui l'incite à des projets de liberté et d'autonomie.

Si cette difficulté à recourir à la contraception peut être accentuée par le poids des traditions, elle l'est d'autant plus lorsque des questions se posent sur les capacités de fertilité des femmes.

> **Éloïse a 37 ans**, mariée à 18 ans, elle reste 4 ans sans contraception ni grossesse, puis une première grossesse donne naissance à une fille, suivie 3 ans plus tard par une seconde fille. Elle souhaite avoir d'autres enfants mais n'y parvient pas. Au bout de 9 ans, elle décide de recourir à la Procréation Médicalement Assistée, après deux Fécondations In vitro qui ne réussissent pas, elle est enceinte naturellement. Un premier garçon naît, suivi 10 mois plus tard d'un second. Elle n'a jamais eu recours à la contraception car elle avait des difficultés à être enceinte. Lors de l'entretien elle recourt pour la troisième fois à l'IVG, la première a eu lieu lors de ses premières relations sexuelles, avant son mariage, la seconde deux mois après la naissance de sa seconde fille, la troisième 10 mois après la naissance de son dernier enfant.

Éloïse n'est pas seule à témoigner de difficultés à être enceinte au moment où elle le souhaite. Une autre jeune femme aura eu une IVG puis trois fausses couches alors qu'elle souhaite un enfant avant de pouvoir mener à terme une grossesse. Après ce premier enfant, elle se retrouve rapidement enceinte alors que l'enfant est bébé, elle décide d'interrompre sa grossesse.

Pour 8 femmes sur 17, l'interruption de grossesse a lieu au sein d'une histoire amoureuse perturbée, soit le couple est en train de rompre, soit une histoire est terminée et une nouvelle commence, trop récente pour assurer aux partenaires la solidité de leur lien, soit le couple évolue sur un mode « rupture – reprise » et, conscients de la fragilité de ce fonctionnement, les conjoints ne se sentent pas prêts à accueillir un enfant.

Pour les autres femmes, il n'est pas question d'instabilité. Trois femmes sont insatisfaites (dont deux plus âgées semblent désabusées) dans des couples qui, malgré tout, perdurent. Les autres ont l'air épanouies sur ce plan, leurs difficultés portent sur la contraception qu'elles maîtrisent mal ou qui n'est pas adaptée à leur situation.

En dehors du couple, la volonté de recréer une famille dans laquelle toute l'attention est tournée vers les enfants est très forte chez les plus jeunes femmes. Parmi les raisons qui sont invoquées pour expliquer leur décision d'arrêter la grossesse, elles disent souvent qu'elles voudraient « tout faire pour leur enfant » comme leurs parents, que l'on imagine volontiers en « *ange-gardien surprotecteurs* », l'ont fait pour elles. Une jeune femme (22 ans) pense qu'elle cessera toute activité lorsqu'elle aura des enfants ; elle dit que ses parents lui ont tout donné et qu'elle veut en faire autant pour ses enfants. Une autre (24 ans) dit que pour elle la famille « *c'est un endroit où on se sent vraiment en sécurité et pleinement heureux* ».

Il y a nécessairement un homme non loin de cette femme que l'on rencontre mais il n'y a pas forcément de couple. Comme dans la précédente enquête, les conjoints sont dans des situations variées (en cours de séparation, dans un début de relation, dans une relation non officielle et/ou cachée, divisé autour du projet d'enfant ou stable). Comme pour la précédente étude, les témoignages des femmes suggèrent que le comportement, la perception de l'homme sont importants. En effet on peut imaginer que leur perception de la contraception, de leur rôle dans ce domaine, de leur place dans le parcours d'une femme enceinte qui ne poursuit pas une grossesse est à prendre en compte dans ses situations de répétition d'IVG. La seule différence par rapport à une situation d'IVG unique, c'est que pour les femmes qui subissent plusieurs IVG, les grossesses n'ont pas toujours lieu avec le même partenaire ce qui n'empêche pas la femme de se trouver dans une problématique identique d'un partenaire à l'autre.

Les femmes ont acquis en France une certaine liberté et autonomie dans le domaine de la sexualité, le témoignage de Dorothée[1] rappelle que cette liberté est récente, les témoignages des jeunes femmes maghrébines indiquent qu'elle est partielle. En cas de grossesse, quelle place de l'homme, quelle place de la famille ? Dans cet échantillon de femmes, l'éducation à la sexualité est globalement inexistante dans les familles. Les jeunes femmes se sont débrouillées avec l'école, avec l'entourage, les amies. Parfois la famille joue un rôle pervers et autoritaire comme pour Noémie dont la mère impose une règle vis à vis de la contraception sans l'expliquer. Le plus souvent la famille se désengage de cette éducation-là. Dans le couple, les échanges sur la contraception semblent se limiter à l'imposition des préférences de l'un à l'autre, autant pour les hommes qui ne souhaitent pas de préservatif que pour les femmes qui ne souhaitent pas recourir à la pilule. Les plus jeunes femmes indiquent que leurs conjoints respectifs se chargent parfois de leur rappeler le moment où elles doivent prendre leur pilule. Il ne semble pas y avoir d'échange régulier et systématique sur la contraception dans le couple, pas plus qu'il n'y a de responsabilité partagée face à l'IVG.

La question des échanges sur ces IVG restent posée. Dans l'enquête précédente on notait la difficulté des femmes à échanger sur leur expérience d'IVG. Dans le cas des recours successifs, le nombre de personnes à qui les femmes peuvent dire ce qu'elles vivent diminue au fur et à mesure que le sentiment de culpabilité s'accroît. Elles se sentent de plus en plus exposées à des « rappels à l'ordre » vis-à-vis de leurs parents pour les plus jeunes ou bien elles ont peur de les décevoir. Après avoir parlé de la première IVG, elles ne peuvent pas parler de la ou les suivantes avec leurs parents. Généralement les femmes l'ont évoqué avec leur conjoint quand le couple dure, sinon elles ont pu être soutenues par une amie. Elles n'ont pas toutes accepté la proposition d'un entretien avec une conseillère, pour des raisons diverses (elles n'en voient pas l'utilité, elles ont un mauvais souvenir d'une précédente expérience d'entretien).

Prendre la décision d'interrompre une grossesse reste pour elles comme pour les autres femmes une expérience difficile. Parler, dire cette expérience n'est pas simple. Le temps pris pour recruter des femmes en vue de participer à cette étude témoigne du secret avec lequel les femmes entourent cet événement.

[1] Dorothée s'est mariée parce qu'elle était enceinte. Sa première grossesse a donné lieu à une fausse couche. Elle a subi une première IVG alors qu'elle était en instance de divorce et avait rencontré un autre homme de qui elle était enceinte.. Habitant chez sa grand-mère durant le divorce, celle-ci lui a indiqué qu'elle ne pourrait l'accueillir si elle n'avortait pas car devenir fille mère ça ne se faisait pas.

CONCLUSION - DISCUSSION

Cette étude comme la précédente rappelle la variété des facettes réunies dans ces interruptions de grossesse : la vie d'enfants avec ses références parentales plus ou moins justes, la vie de jeune femme dans laquelle on rencontre parfois des relents d'adolescence, la vie de couple et ses crises gérées par chacune avec son langage, ses moyens… Bref comme l'écrit Luc Boltanski[6] « ces états subjectifs qui accompagnent le déclenchement de la grossesse puis la décision d'avortement ». Et puis également des données culturelles et sociales qui entourent le rôle donné aux femmes, les modalités de l'accès à la contraception et l'utilisation de ces méthodes.

Des violences subies par les femmes …

En filigrane de ces répétitions d'IVG, la **violence subie est apparue pour 10 des 17 femmes**. Le nombre est faible, le pourcentage est bien trop important, et si on le calcule on ne sait l'analyser. On est troublé de rencontrer la même proportion parmi les femmes ayant eu au moins deux IVG sur 5 ans, qui ont sollicité un entretien au centre de planification du CHU.

La violence faite aux filles et aux femmes n'est pas un événement marginal. Par exemple en Côte d'Or[m] chaque année, 60% des enfants de moins de 21 ans signalés maltraités sont des filles. À l'âge adulte, l'enquête ENVEFF[n7] indique que 1,2% des femmes de 20 à 59 ans interrogées ont subi des agressions sexuelles et 2,5% des agressions physiques de leur conjoint. Dans son couple, plus d'une femme sur trois témoigne de pression psychologique dont 8%[8] subissent un harcèlement moral. Dans la population française, **ces pourcentages suggèrent que plusieurs milliers de femmes sont ainsi victimes de violences**.

Le cas de la France ne semble pas isolé. Au Canada[9], une étude menée auprès d'un échantillon représentatif de 12 300 femmes en 1994 rapporte que 30% d'entre elles avaient subi dans leur vie des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire ; 3% avaient subi ces violences dans les 12 derniers mois. En Suisse, en 1997, les pourcentages sont respectivement de 26% et 6%. D'autres études ont également été menées en Italie en 1998 et 2000 confirmant ces résultats et soulignant une autre tendance : **ni le niveau d'éducation ni la catégorie socio-professionnelle de la femme et de l'homme ne sont associés à ces violences.**

---

[m] Depuis novembre 1998 le Conseil général de Côte d'Or a mis en place un Observatoire des signalements d'enfants en danger qui permet d'avoir des informations socio-démographiques et des données sur la nature des situations des enfants.

[n] L'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France) a été réalisée en collaboration entre l'INED, l'INSERM, le CNRS. Elle a eu lieu par téléphone, auprès d'un échantillon représentatif de près de 7000 femmes âgées de 20 à 59 ans résidant en métropole et vivant hors institutions. Pour recueillir les réponses, un enquêteur proposait un certain nombre de situations à la femme qui devait en signaler l'occurrence au cours de 12 derniers mois. La violence n'était jamais nommée, il s'agissait de faits.

Qui ont un impact sur leur sexualité et leur contraception

L'étude ENVEFF a souhaité vérifier si les femmes qui ont subi des sévices ou des coups répétés dans leur enfance sont plus exposées au risque d'être victimes de violences à l'âge adulte. Leurs données semblent vérifier cette hypothèse puisque les personnes ayant subi des agressions étant enfants sont surreprésentées parmi les adultes à leur tour victimes de violences. Ce schéma répétitif invite à penser des modes de prévention, tout en sachant que l'avortement répété lui-même peut traduire cette violence que les femmes se font à elles-mêmes. Évoquant les comportements des jeunes femmes, David le Breton[10] note que « *les filles intériorisent leur « manque à être », faisant de leur* ***corps*** *une* ***caisse de résonance*** *de leur relation douloureuse au monde* ».

L'objet de l'étude des femmes présentant plusieurs IVG, n'est pas d'aborder le sens de cette violence mais on peut mettre en évidence l'impact de ces évènements sur les femmes rencontrées : **incapacité à poursuivre une contraception régulière, impossibilité à accepter des examens gynécologiques, à utiliser un stérilet, difficulté à se construire, à se respecter soi-même**…

Prévenir la répétition en donnant les moyens de détecter les violences subies

Ce constat invite à réfléchir à une prévention de la répétition des IVG orientée vers des groupes de femmes particuliers et notamment en direction des jeunes femmes victimes d'abus sexuels, des femmes victimes de violences conjugales. Mais la violence faite aux femmes est souvent cachée, les femmes ne peuvent la dire. Une des femmes de notre échantillon par ailleurs cadre dans une collectivité territoriale a déclaré qu'il lui était impossible de porter plainte, du fait de ses relations professionnelles et de l'image de son conjoint vis-à-vis de la police**. Ce secret à prendre en compte indique que la prévention ne peut se contenter de messages en direction des seuls groupes repérés**.

Au cours de sa vie, une femme sur 4 sera vraisemblablement confrontée à l'IVG, c'est alors à ce moment que l'on peut imaginer une prévention de la répétition. Pour cela il faut pouvoir repérer les femmes les plus exposées. **Si la violence peut être un facteur de risque, il faut pouvoir la déceler et donc créer des conditions favorables à son expression**.

Si l'on s'intéresse aux femmes et à leur histoire dans ce qui se joue à l'occasion d'une IVG, on se rend rapidement compte que les femmes construisent de nombreux barrages, ces **motifs « écran »** avant d'aborder ce qui explique leurs difficultés. Passer ces « écrans » demande du temps. Simone Veil[11], dans son discours du 26 novembre 1974, préalable à la mise en place de la loi sur l'avortement, comptait «*sur l'expérience et le sens de l'humain des médecins pour qu'ils s'efforcent d'établir au cours de ce colloque singulier le dialogue confiant et attentif que les femmes recherchent parfois même inconsciemment* ». Aujourd'hui, on peut s'interroger : s'il est important que chacun des professionnels puisse faire appel à **ce sens de l'humain**, il n'est pas certain que les médecins soient dans les meilleures conditions pour examiner en dehors des préoccupations médicales, les situations

d'IVG. Les consultations médicales ne sont pas assez longues pour cela et d'ailleurs ce sont plutôt les conseillères conjugales ou les psychologues qui sont les mieux formées pour mener des entretiens auprès de ces femmes. Mais une fois ces déclarations faites par une femme et entendues par un professionnel : que faire ?

Former les professionnels

Comme pour toute action de prévention, il faut **« outiller » les professionnels** afin qu'ils soient attentifs aux signaux donnés par les femmes (incohérence, contradiction, attitudes particulières), qu'ils se repèrent dans le cadre législatif relatif à la violence, afin qu'ils puissent proposer des orientations de suivi et de soutien aux femmes. La situation de la demande d'IVG place autant la femme que les soignants dans une relation singulière qui n'existe pas dans d'autres services de soins : la femme demande une IVG, elle doit respecter des contraintes légales et structurelles mais les professionnels doivent accéder à sa demande. Cette relation de soins est pour les professionnels source de difficultés car comme l'avait montré la précédente étude, elle interroge « *la toute puissance du soignant* ». C'est un autre rôle qu'il peut endosser mais pour cela **on doit l'aider à apprécier les attitudes des femmes, lui apprendre à communiquer pour être par exemple relais entre la femme et toute personne formée à ces échanges et à leur interprétation**.

Décloisonner les différents aspects de la gynécologie et s'intéresser de façon globale à l'histoire génésique des femmes

La prévention des conséquences de la violence vécue pourrait participer à la prévention de la répétition de l'IVG. Les femmes rencontrées en entretien n'ont pas toutes été victimes de violence. Pourtant elles ont souvent des relations difficiles à la contraception, elles peuvent avoir également eu des parcours difficiles pour avoir un enfant.

Peut-on établir un lien entre ces difficultés à être enceinte et poursuivre une grossesse et celles à recourir à des modes contraceptifs efficaces ? Cette question est à étudier dans une vision moins cloisonnée de ce qui concerne l'obstétrique en vue de la poursuite d'une grossesse et de l'obstétrique en vue d'un arrêt d'une grossesse. En effet, « *Désirer un enfant ou projeter une contraception revient au même dans la mesure où tout projet contraceptif se soutient d'un fantasme d'enfant. [….] La prise de contraception semble être chez des femmes une source de conflits intérieurs importants et parfois même les remettre en question dans leur personnalité, une angoisse, une culpabilité importantes étant réactivées à cette occasion-là. Certaines femmes vivent la*

contraception comme une castration imaginaire ; car un désir de grossesse présent et manifeste vient s'opposer à leur décision rationnelle d'utiliser une méthode contraceptive. »[o]

À côté des difficultés qui retentissent sur l'utilisation d'une contraception parce qu'elles semblent indiquer des complications dans la conception, on note des pratiques contraceptives parfois anarchiques (plus qu'une incapacité à utiliser régulièrement une pilule, un fonctionnement de type prise deux jours, arrêt plusieurs jours puis reprise), des ruptures de prise dues à des séparations de couple, etc...Nous avons évoqué les différents comportements décrits par les femmes victimes de violence concernant la contraception. **Ces éléments invitent à aborder la question de la contraception dans un champ symbolique très vaste dans lequel chaque femme va puiser son système de représentation**. Ainsi si la pilule fut véritablement un produit participant à la libération de la femme dans les années 1970, les femmes qui ont commencé leur sexualité sous pilule n'ont pas vécu cette contrainte d'un corps toujours soumis au risque d'une grossesse, elles témoignent plus souvent après 40 ans de disponibilité de la pilule en France d'une lassitude face à ce produit en fin de vie féconde[p]. Leur représentation du produit n'est pas la même.

La répétition de l'IVG comme les premières IVG montrent qu'il est primordiale pour les femmes d'avoir un produit qui leur soit adapté tant dans le fonctionnement que dans la symbolique du produit. Par exemple, ne pas accepter un produit « intrus » dans le corps pourrait s'appliquer à tous dispositifs placés dans le corps, implant compris, et pourtant, pour les femmes concernées, il s'applique essentiellement au stérilet. Dans une analyse des objets techniques de la sexualité et des rapports entre les hommes et les femmes, Alain Giami et Brenda Spencer[12] indiquent que la pilule contraceptive a modifié le déroulement de l'acte sexuel et le rôle des hommes et des femmes dans la gestion de la procréation. Elle a renforcé la responsabilité et surtout l'initiative des femmes en matière d'utilisation de moyens contraceptifs et d'activité sexuelle. Parallèlement, les auteurs rapportent les travaux d'autres chercheurs évoquant l'évolution de la sexualité qui aujourd'hui pourrait considérer la fonction reproductive de la femme comme un obstacle physiologique à l'orgasme et placerait le côté érotique au centre de la relation sexuelle et de la représentation de la sexualité féminine. Ils montrent que l'apparition des produits, tels que la pilule et le préservatif, a donné une position active des femmes dans la gestion de la contraception et que les hommes ont été plutôt placés dans la gestion des risques liés au Sida.

---

[o] Op. Cit [3]

[p] C'est ce qu'indiquaient les femmes à l'occasion de la précédente étude de l'ORS sur l'IVG.

Comment faire en sorte que la contraception soit le résultat d'un projet et d'une démarche partagée par les partenaires d'une relation sexuelle ? Cette question constitue un des enjeux de la prévention des IVG car le partenaire masculin apparaît souvent en arrière plan des histoires des femmes dans cette gestion des risques de grossesse. En outre, le non recours à la contraception peut, on l'a vu, parfois devenir un enjeu de pouvoir au sein du couple. Il y a là comme une éducation à la vie qui reste à faire, la nécessité de soutenir une évolution des mentalités, de responsabiliser les hommes et les femmes et de rappeler que dans un couple, les projets de l'un ne priment pas sur les projets de l'autre mais qu'en revanche un couple se construit dans un projet commun et partagé, dans « *un ajustement des fantasmes et des idéaux* »[q] et qu'à l'intérieur un projet parental pourra trouver une place et en donner une à un ou plusieurs enfants.

La fonction symbolique de ces contraceptifs doit être travaillée du point de vue des hommes et des femmes afin que chacun puisse avoir une lecture de ces enjeux et soit aidé à adopter une attitude responsable vis-à-vis de la contraception, à avoir la sexualité de son choix dans une relation qui le satisfait.

[q] Op. Cit [5]

Annexe 1 – Évolution de la part des IVG répétées dans l'ensemble des IVG en France (en %)

Nombre d'IVG	1991	1993	1995	1997
0	74,8	74,7	74,2	72,0
1	17,0	17,7	18,1	18,3
2	3,5	3,6	3,8	3,9
3	0,9	0,9	1,0	1,0
4	0,2	0,3	0,3	0,3
> 4	0,1	0,1	0,1	0,1
non déclaré	3,5	2,6	2,5	4,4
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : INED

Annexe 2 – Liste des femmes et de leurs principales caractéristiques

	Nb d'IVG déclaré	Situation de couple	Contraception	
Aline, 33ans	2 IVG, 2 enfants	Est « en train de se séparer » du père de ses enfants	Arrêté du fait de la séparation	Violence physique dans le couple en rupture
Bénédicte, 32 ans	2 IVG	A rompu il y a 1 an et demi avec un conjoint violent (1 IVG) Une relation commencée il y a 3 mois (1 IVG)	Arrêt de la pilule depuis 6-7 ans du fait de prises de poids, allergies. Depuis pratique le retrait	Violence psychologique et physique de l'ex-partenaire
Claire, 21 ans	2 IVG	Relation instable avec un garçon marquée par de nombreuses « ruptures - reprises »	Utilisation instable de la pilule et différents contrôles de grossesse avec des tests pas toujours faits au bon moment Garde le secret de cette IVG vis-à-vis de son conjoint	Violence physique et psychologique de la part de son partenaire
Dorothée, 45 ans	2 IVG, 1 enfant	1 divorce, mariée,	À l'occasion de la première IVG, contraception arrêtée car absence de relations avec son mari, à l'occasion de la seconde, dérèglements de cycle et absence de règles	Violence psychologique et physique durant sa première union. Violence psychologique de la part de la famille de Dorothée
Éloïse, 37 ans	3 IVG, 4 enfants	1ère IVG lors des premières relations, puis 3 IVG durant le mariage. Mariée depuis 20 ans Dysfonctionnements dans le couple	Difficultés à avoir des enfants, traitements + FIV, Pas de contraceptif depuis le début de sa sexualité Un implant suite à la dernière IVG	
Fleur, 20 ans	2 IVG	2 IVG avec 2 partenaires, en couple stable depuis 4 ans	Sous pilule à chaque grossesse « Minidrill »	A été violée jeune et a pris la pilule très tôt pour être protégée

Guilaine, 24 ans	5 IVG	Une relation de couple depuis 5 ans avec quelques ruptures «au début ». Désaccord sur le projet d'enfant	Est malade avec la pilule, reste de longue phase sans la prendre et souhaite un enfant (pas son partenaire)	La 4ème grossesse et IVG est le résultat d'un viol
Héléna, 22 ans	2 IVG	En couple, relation « stable »	2 IVG pour 2 oublis de pilule	
Irène, 25 ans	3 IVG, 2 enfants	En couple, relation « stable »	Difficulté à prendre la pilule régulièrement 1 implant lui est posé	Violée à l'âge de 6 ans
Jeanne, 29 ans	2 IVG	En couple stable	Ne « peut » utiliser de contraceptif médicamenteux Ne veut pas utiliser de préservatif	Petite, a subi des attouchements de la part de son oncle A révélé récemment la situation à sa famille
Karine, 23 ans	2 IVG, 1 enfant	En couple depuis longtemps, des ruptures et reprises	Début de sexualité sans contraception => 1 IVG Arrêt de la pilule lors des ruptures => 1 IVG	
Marie, 35 ans	2 IVG, 1 enfant	En couple, séparée 3 mois de son mari puis reprise de la relation	Début de la relation avec son mari sans contraception => 1 IVG Arrêt de la pilule lors de la séparation, reprise de la relation sans contraception=> 1 IVG	
Noémie, 22 ans	2 IVG	Pas de relations stables	Sa mère était contre la contraception et disait que l'on pouvait faire sans, Noémie n'a jamais voulu en prendre sauf le préservatif. Néanmoins elle a essayé à la demande de son dernier partenaire, l'a prise pendant 1 an et ne s'est pas sentie bien : a arrêté au profit d'une méthode de détection des périodes d'ovulation (Persona) Ne supporte pas les examens gynécologiques	Univers parental destructurant : Un père autoritaire séquestrant sa famille, s'assurant la dépendance financière de sa femme, ayant des relations extra-conjugales (connues de ses enfants), faisant des photographies de femmes et d'enfants nues (dont sa sœur et sa cousine) Premiers rapports sexuels « forcés et violents » (elle n'utilise pas le terme de viol)

Océane, 24 ans	2 IVG, 1 enfant	Divorcée et en rupture avec son compagnon qui n'est pas au courant de la dernière IVG	Réticence vis à vis de la pilule Utilise le préservatif Regrette que la contraception masculine ne soit pas plus développée	
Pauline, 22 ans	2 IVG, 1 enfant	Divorcée et en rupture avec son compagnon qui n'est pas au courant de la dernière IVG	Première IVG sous Trinordiol 2ème IVG avec un décalage de 12 heures dans la prise	
Rose, 26 ans	4 IVG, 1 enfant	Une longue relation terminée avec un toxicomane (3 IVG, 1 enfant) et une relation récente (1 IVG)	2 IVG suite à oubli de contraceptif et 2 IVG sous pilule : elle se considère comme hyper-fertile, comme sa mère	Rose relate les fausses-couches, œufs clairs et caillots de sang qu'elle a vus dans le bidet, signe des grossesses interrompues de sa mère avant et après la loi : ils sont 4 enfants et devraient être 12
Sophie, 23 ans	2 IVG, 1 enfant	Mariée,	Préservatif en début de sexualité et pilule (Trinordiol)	

Annexe 3 : Bulletin statistique d'IVG de 1976 à 2003

cerfa N° 65-0033

Ce bulletin ne doit faire aucune mention de l'identité de la femme

REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE

BULLETIN STATISTIQUE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE LA GROSSESSE

Cachet de l'établissement

à remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif thérapeutique, en application de la loi N° 75-17 du 17 janvier 1975 (articles 4 [L162-10], 5 [L162-12] et 16) - Arrêté du 7 novembre 1989.

A. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT

Département ..... DE

(Guadeloupe = 96, Martinique = 97, Guyane = 98, La Réunion = 99)

Statut

Public 1
Privé à but non lucratif 2
Privé à but lucratif 3
SJ

B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA FEMME

Année de naissance ..... 19 AN

Lieu de naissance

Département métropolitain ..... DN
Département d'outre-mer DN1
(Guadeloupe = 1, Martinique = 2, Guyane = 3, La Réunion = 4)
TOM *(en clair)* _____
Etranger _____ LN
en clair

Nationalité

Française 1
Etrangère 2
NC
_____ NAT
préciser en clair

Situation de famille

- Situation de fait :
  Vit seule 1
  Vit en couple 2
  SMF
- Situation légale:
  Célibataire 1
  Mariée 2
  Mariée et séparée de fait ou de corps 3
  Divorcée 4
  Veuve 5
  SML

Si vous êtes mariée ou séparée :

- Année du mariage ..... 19 AM
- Lieu de mariage :
  France métropolitaine 1
  DOM - TOM 2
  Etranger 3
  LM

Lieu de domicile :

Département métropolitain ..... DD
Département d'outre-mer DD1
(Guadeloupe = 1, Martinique = 2, Guyane = 3, la Réunion = 4)
TOM *(en clair)* _____
Etranger _____ LD
en clair

Situation professionnelle de la femme

- Activité :
  Salariée 1
  A son compte 2
  Actuellement au chômage 3
  Femme au foyer 4
  Etudiante ou élève 5
  Autre 6
  AF
- Profession *préciser le plus possible*
  _____ PCSF

Situation professionnelle du conjoint ou du compagnon

- Activité :
  Salarié 1
  A son compte 2
  Actuellement au chômage 3
  Militaire du contingent 4
  Etudiant ou élève 5
  Autre 6
  AC
- Profession *préciser le plus possible*
  _____ PCSC

Conformément aux articles 4 et 16 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, ce bulletin est destiné au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, à l'INED et à l'INSERM. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Dans ce cas, ce droit d'accès peut être exercé par les femmes pendant les deux années civiles suivant l'événement auprès du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (Service des statistiques, des études et des systèmes d'information) par l'intermédiaire du médecin de leur choix.

B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA FEMME *(suite)*

Avez-vous eu d'autres grossesses ? ..... oui ☐ 1 non ☐ 2 — GA

Si oui, indiquez pour chaque grossesse **antérieure à la présente** :
- **l'issue** en mettant une croix dans celle des quatre colonnes qui convient
- **l'année et le mois** de l'issue

Nota : en cas d'accouchement multiple, remplissez le tableau comme s'il s'agissait de grossesses distinctes (une ligne pour chaque enfant)

Issue				Mois	Année
Avortement provoqué	Avortement spontané	Mort-né	Naissance vivante		
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐☐	1 9 ☐☐
			Ix	Mx	Ax

- **Nombre total de grossesses antérieures** ☐☐ — TG

Date du début des dernières règles ☐☐ ☐☐ 1 9 ☐☐ — DDR

C. INFORMATIONS MEDICALES
(à remplir par le médecin)

Date de l'intervention ☐☐ ☐☐ 1 9 ☐☐ — DI

Durée de gestation
en semaines d'aménorrhée ..... ☐☐ — DG

Le motif est-il strictement thérapeutique ?
c'est- à- dire avec l' attestation légale signée de deux médecins oui ☐ 1 non ☐ 2 — ITG

- **Si oui, est-ce** Un risque pour la femme ..... ☐ 1
  Un risque pour l'enfant à naître ... ☐ 2 — NR

Techniques employées *Cocher toutes les cases qui conviennent*

Aspiration ..... ☐ 1
Aspiration et contrôle à la curette ..... ☐ 2
Curetage ..... ☐ 3
Dilatation mécanique ..... ☐ 4
Mifépristone (Mifégyne, ...) ..... ☐ 5
Prostaglandines ..... ☐ 6
Autres médicaments ..... ☐ 7

préciser _____

Autres techniques ..... ☐ 8

préciser _____ — TE

Anesthésie *Cocher toutes les cases qui conviennent*

Anesthésie générale ..... ☐ 1
Analgésie profonde ..... ☐ 2
Anesthésie locale ..... ☐ 3
Autre ..... ☐ 4

préciser _____

Aucune ..... ☐ 5 — A

Durée totale d'hospitalisation

En heures ..... ☐☐ H

Complications per-opératoires

oui ☐ 1 non ☐ 2

préciser _____ — CPO

- **Si oui, y a-t-il eu transfert ?** oui ☐ 1 non ☐ 2 — TR

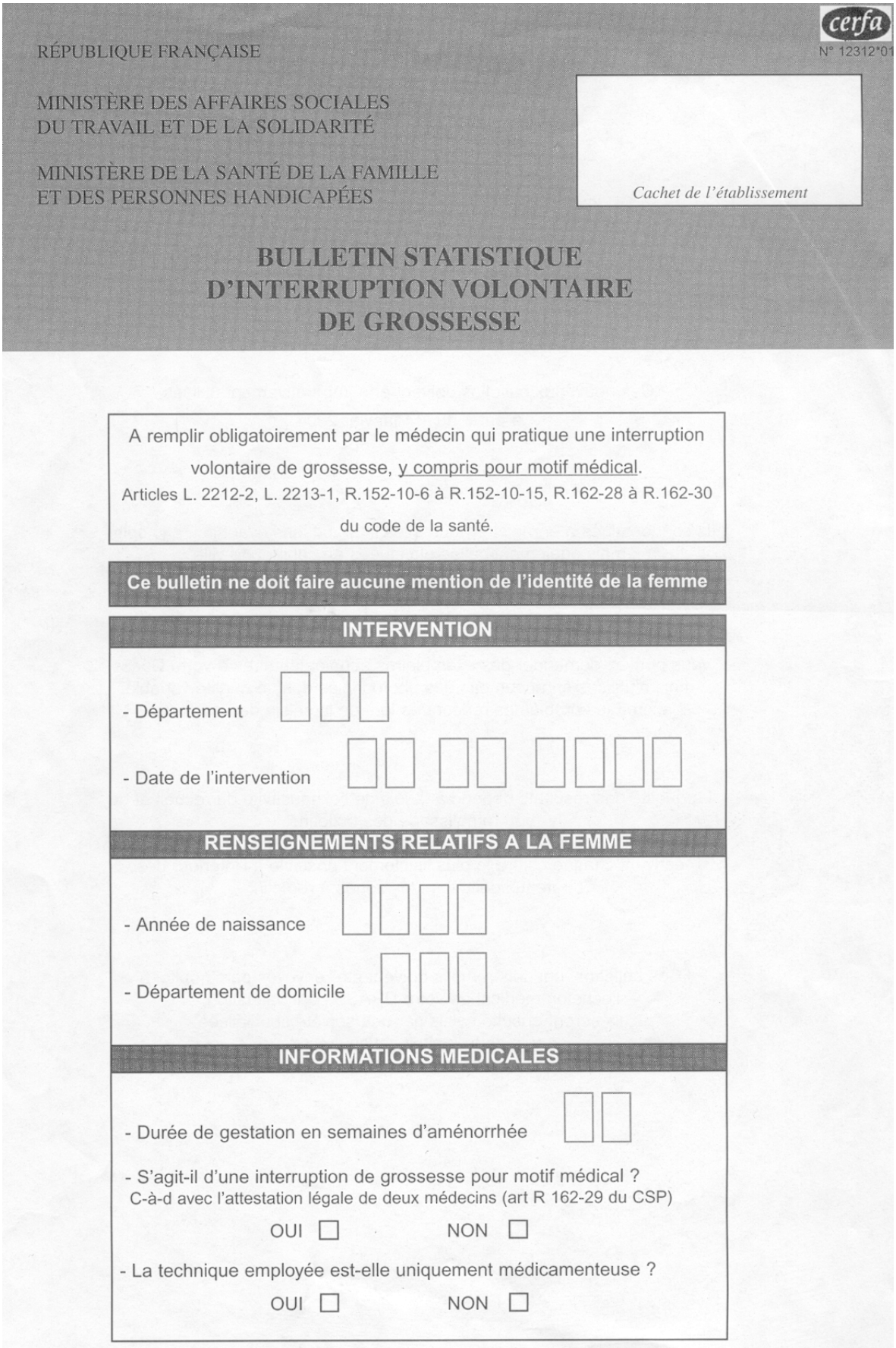
Nom (ou cachet) du médecin

Signature du médecin :

Ce bulletin ne sera utilisé qu'à des fins de santé publique et de statistique. Il doit être adressé par l'établissement au médecin inspecteur régional de la santé, dans le mois suivant l'intervention.

Reproduction d'après document fourni – IMPRIMERIE NATIONALE 4 241084 0 03

Annexe 4 : Bulletin statistique d'IVG à partir de 2004



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa N° 12312*01

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Cachet de l'établissement

BULLETIN STATISTIQUE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

A remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif médical.
Articles L. 2212-2, L. 2213-1, R.152-10-6 à R.152-10-15, R.162-28 à R.162-30 du code de la santé.

Ce bulletin ne doit faire aucune mention de l'identité de la femme

INTERVENTION

- Département ☐☐☐
- Date de l'intervention ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA FEMME

- Année de naissance ☐☐☐☐
- Département de domicile ☐☐☐

INFORMATIONS MEDICALES

- Durée de gestation en semaines d'aménorrhée ☐☐
- S'agit-il d'une interruption de grossesse pour motif médical ?
  C-à-d avec l'attestation légale de deux médecins (art R 162-29 du CSP)
  OUI ☐ NON ☐
- La technique employée est-elle uniquement médicamenteuse ?
  OUI ☐ NON ☐

BIBLIOGRAPHIE

[1] GAREL M, CROST M, KAMINSKI M. Caractéristiques sociales et psychologiques des femmes qui ont des IVG répétées. In Paul Cesbron, L'interruption de grossesse depuis la loi Veil – bilan et perspectives. Paris : Flammarion 1997 : 100-107.

[2] DEBARGUE A. Situation psycho-affective de la demande d'interruption volontaire de grossesse en 1997. In Paul Cesbron, L'interruption de grossesse depuis la loi Veil – bilan et perspectives. Paris : Flammarion 1997 : 96-100.

[3] Tamian-Kunégel I. L'avortement et le lien maternel – une autre écoute de l'interruption volontaire de grossesse. Lyon : Édition Chronique sociale 2002.

[4] LACOSTE-DUJARDIN C. Des mères contre les femmes – Maternité et patriarcat au Maghreb. Collection Sciences humaines et sociales. Paris : La découverte 1996.

[5] RONDOT-MATTAUER B. Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens. Paris : Érès, 2003, 192 p.

[6] Luc BOLTANSKI, La condition fœtale, une sociologie de l'engendrement et de l'avortement. Paris, Gallimard 2004.

[7] JASPARD M, BROWN E, CONDON S, *et alii*. Enquête nationale sur les violences envers les femmes (ENVEFF). Premiers résultats. Conférence de presse du 6/12/2000. Dossier de l'université du Panthéon Sorbonne, 14 p.

[8] JASPARD M, et l'équipe ENVEFF, Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. INED. Population et sociétés 2001 ; 364.

[9] ROMITO P. Violence privée, complicités publiques, les réponses des insitutions sociales et sanitaires aux femmes victimes de violences conjugales. In AÏACH P, *et alii.* Femmes et hommes dans le champ de la santé. Rennes : ENSP 2001, pp.19-50.

[10] LE BRETON D. Conduites à risque, le grand écart. La santé de l'homme 2004 ; 372 : 8-10.

[11] VEIL S. Les hommes aussi s'en souviennent - Une loi pour l'histoire. Paris : Stock 2004.

[12] GIAMI A, SPENCER B. Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitements des troubles sexuels. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2004 ; 52 (4) : 377-387.

Observatoire régional de la santé de Bourgogne
34 rue des Planchettes
21000 DIJON

☎ 03 80 65 08 10 Fax 03 80 65 08 18

Ors.Brg@wanadoo.fr Site : ors-bourgogne.org