



PRÉFECTURE DE LA RÉGION DE BOURGOGNE

DIRECTION RÉGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES

INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE : TENTER DE COMPRENDRE LA RÉPÉTITION

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne en partenariat avec les professions médicales et sociales, mènent différentes actions concernant l'amélioration de la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. Parmi celles-ci, en 2002, une étude sur le vécu des femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et les points de vue et les ressentis des professionnels participant à leur prise en charge, a été confiée à l'ORS. L'année suivante, la DRASS a demandé à l'ORS de réaliser une autre étude, cette fois-ci uniquement auprès des femmes ayant vécu plusieurs IVG.

Tant la littérature scientifique que les débats publics se sont peu intéressés à la question de la répétition de l'IVG. Nombreux sont les professionnels qui soulignent 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. De leur côté, les psychologues, les conseillères conjugales 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 difficultés. 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'utilisation de l'IVG des femmes répétant ce geste : ont-elles plus souvent recours à l'IVG dans des délais et des circonstances particuliers ? Ont-elles une histoire affective, conjugale et amoureuse plus chaotique que les autres femmes ? Les femmes qui ont vécu plusieurs IVG ont-elles des caractéristiques différentes de celles qui au moment où nous les avons précédemment rencontrées n'avaient subi qu'une IVG ?

Méthodologie

Les femmes présentant une répétition d'IVG ont été définies comme étant celles qui ont vécu plusieurs IVG dont au moins deux ont eu lieu sur une période ne dépassant pas 5 ans. Pour rencontrer des femmes dans ce cas on a choisi un établissement réalisant un nombre annuel d'IVG relativement important.

L'étude repose sur des entretiens dont le guide vise à replacer la femme dans son contexte de vie, afin d'en extraire des éléments pouvant participer à la décision d'intervenir sur une grossesse.

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...).

Au total, 17 entretiens ont pu être pris en compte. Ils concernent des femmes âgées de 20 à 45 ans. La moyenne d'âge dépasse 27 ans. Elles ont eu entre 2 et 5 IVG, en moyenne 2,4 IVG par femme.

Les Violences dans la vie des femmes

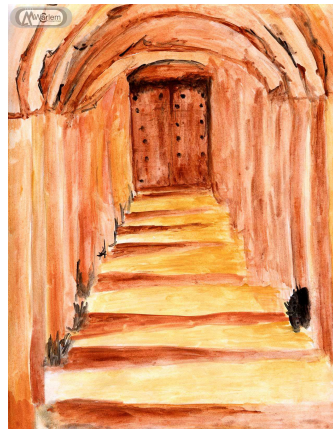
La violence a été évoquée par 10 des 17 femmes à un moment de l'entretien. Elle a des formes multiples : perversité, coups et atteintes physiques, violence sexuelle, violence psychologique, violence subie actuelle ou passée.

Il est difficile d'apprécier le traumatisme et de relier dans une forme 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.

VIOLENCE SEXUELLE

Sur 10 femmes, 5 ont subi des violences sexuelles (attouchements, viols). Pour 3 personnes, il s'agit de violences subies durant l'enfance, pour 2 autres les événements sont plus récents.

L'étude des témoignages montre que la violence subie peut être un événement nouveau, déconnecté de toute histoire ancienne, mais il peut également être le résultat d'un lent processus d'auto-destruction. Pour l'une de ces jeunes femmes, les rapports sexuels forcés (elle ne parle pas de viol) semblent s'inscrire dans un processus de dévalorisation, dans une absence d'estime de soi, dans l'impossibilité de se penser comme un être respectable, susceptible de partager une relation humaine et sentimentale satisfaisante avec un homme. Elle a vécu dans un univers parental déstructurant et pervers, et a jusque-là endossé avec ses partenaires, le rôle qu'avait sa mère, soumise, sous la domination d'un époux excessif, coléreux, irrespectueux.



femmes pourront "rééquilibrer les forces".

Étudiant les rôles et la sexualité maghrébine, Camille Lacoste Dujardin¹ indiquent que *"les hommes imposent une sexualité sociale, obligée, au service du groupe"* et qu'alors *"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 ?"*. Dans cette idée, on peut expliquer les IVG répétées d'une jeune femme marocaine rencontrée dans l'enquête. Pour elle, la poursuite des grossesses viendrait la lier définitivement à un homme dont elle dit qu'il l'utilise *"comme un objet sexuel"*. Cette reprise du pouvoir par la femme à travers la sexualité est un élément que l'on rencontre dans une autre situation dans laquelle la femme n'utilise pas de contraception, mettant en avant des conséquences nocives sur sa santé, et impose à son compagnon le retrait. Elle indique qu'il s'agit de ne pas procurer de rapports sexuels *"sereins"* à son partenaire, expliquant qu'il est manipulateur, parfois violent, en tous cas *"pénible"* avec elle.

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 dis-

tinguer l'anormalité de la situation, évoquant sa responsabilité dans les coups reçus.

Violence psychologique, perversité et manipulation, ou violence des situations et des images de la vie, la violence qui entraîne des conséquences psychologiques est multiforme. L'un des témoignages relate des souvenirs et des images d'une mère évacuant des grossesses chez elle, dans le bidet de la salle de bain. La personne insiste également sur une position féminine difficile, *"des bonnes à tout faire"*, dans la culture des pays du Sud dont elle est issue. C'est aussi de la dureté de la vie dont il est question, contre laquelle les femmes se battent à leur manière à travers des IVG répétées.

Chaque situation est différente, et 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.

VIOLENCE SEXUELLE ET CONTRACEPTION

Quel que soit le moment où la violence sexuelle a lieu, il est certain qu'elle a un impact sur la sexualité et la contraception.

Quatre des femmes ayant subi des violences sexuelles ont développé des comportements différents et particuliers vis-à-vis de la contraception.

Pour deux d'entre elles, la difficulté à utiliser la pilule est liée à la nécessaire régularité de la prise pour l'une, parce qu'elle ne supporte pas les produits chimiques 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. L'assimilation de la contraception à *"ce truc inconnu"* ou *"extérieur"*, *"étranger"* ou *"ce quelque chose d'intrus"* rend jusqu'à présent son utilisation impossible dans le moyen et long terme. Un implant vient d'être posé à l'une. 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.

Pour une des jeunes femmes, le viol a, au contraire, entraîné une surprotection vis-à-vis du *"risque"* de grossesse ; elle a pris la pilule depuis l'âge de 10 ans. Elle explique *"je ne 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"*.

Les violences sexuelles ont des répercussions sur la sexualité actuelle, la prise de contraception et le rapport au corps. L'une des jeunes femmes violées déclare qu'elle ne supporte plus les examens gynécologiques qui reviennent au fait *"d'être tripotée à droite à gauche"*. En matière de contraception, c'est donc le produit et le suivi associé au produit qui sont à prendre en compte dans le mode contraceptif prescrit. Mais bien en amont c'est en avant tout la symbolique de la contraception qui est à clarifier avec chaque femme, dans la recherche d'une contraception adaptée.

La construction d'une identité d'un projet de couple et de famille

En dehors de la violence d'autres éléments caractérisent ces femmes.

C'est en considérant l'ensemble de leur histoire que l'on comprend comment des événements ont inscrit en elles ces difficultés qui les amènent à l'IVG.

QU'EST-CE QU'ÊTRE FEMME ?

Comme pour tout enfant, les relations à la mère et au père, ce que l'enfant perçoit des relations du couple formé par ses parents, sont des aspects structurant le devenir des enfants, les projections, l'identité et les désirs. *"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"*³. 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"*.

Les questions d'identité, les projets de couple et la contraception sont intimement liés et rejaillissent au moment de chaque IVG. Dans notre étude, elles sont plus clairement évoquées par les femmes d'origine étrangère.

Plusieurs d'entre elles ont en commun 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. Leur famille et leur mère en particulier ont évité ces sujets. Pour les femmes du Maghreb, le destin d'une femme et celui d'une épouse se confondent dans celui d'une mère. Deux des jeunes femmes maghrébines ont présenté leur conjoint à leur famille et ainsi officialisé leur relation qu'elles ont pu poursuivre *"au grand jour"*. Une de ces jeunes femmes indique que dans la tradition, une 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-Dujardin¹ *"il n'est pas d'autre alternative à la virginité : une jeune fille [maghrébine] est vierge ou prostituée"*. Le dessein des jeunes femmes est lié à celui de leur fiancé. *"Le couple n'a de place que dans sa finalité procréatrice"* et sa dimension collective, il doit satisfaire aux exigences de reproduction sociale : ici donner un enfant à la famille de l'homme dans la négligence absolue, voire la négation des souhaits et désirs de la femme.

L'identité des jeunes femmes est en jeu et introduit un rapport particulier à la contraception (utilisation anarchique de la pilule, vérification fréquente de l'occurrence d'une grossesse par des tests) dont elles redoutent les effets secondaires sur la fertilité future, nourrissant leurs doutes par 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.

La culture d'origine des parents de ces jeunes femmes les incitent fortement à un "devoir d'enfant" primordial pour leur réalisation de femmes. Pour une femme du Maghreb, ne pas avoir d'enfant c'est être condamnée à un destin en marge de ce qui est socialement souhaité.

Bernadette Rondot-Mattauer³, psychologue dans un centre d'orthogénie, voit dans cette utilisation en pointillé et parfois inadéquate des contraceptifs 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 vivent les jeunes femmes dont les références culturelles et identitaires plurielles les amènent à vivre des contradictions ou des aspirations diverses et parfois inconciliables. Il y a là comme un conflit entre l'identité et les projets dévolus à la femme dans la tradition maghrébine, mais aussi dans la nôtre, et la société dans laquelle elle vit qui l'incite entre autre à des projets de liberté, d'autonomie et d'accomplissement.

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. Deux femmes indiquent des difficultés de cet ordre dans leur histoire, dont l'une a recouru à des techniques de procréation médicalement assistée.



QUEL PROJET DE COUPLE, DE FAMILLE ?

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.

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 enquête⁴, 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). 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.

Pistes pour la réflexion et la prévention

APPRÉCIER LA VIOLENCE, SES CONSÉQUENCES

Si 10 des 17 femmes relatent de tels événements, il faut garder à l'esprit que ce sont 10 des 17 femmes qui ont accepté de témoigner à l'étude. À ce titre, on peut imaginer que ces femmes sont différentes de celles qui ont refusé de participer.

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 ? Avancé dans cette étude, des conseillères conjugales de Nevers et du Centre d'éducation et de planification du CHU de Dijon ont été sollicitées 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, 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).

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**, ils doivent savoir que dans près de **6 cas sur 10** 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 ?

La violence faite aux filles et aux femmes n'est pas un événement marginal. Par exemple, en Côte d'Or, chaque année, 60% des enfants de moins de 21 ans signalés maltraités sont des filles. À l'âge adulte, l'Enquête Nationale sur les



Violences Envers les Femmes en France⁵ 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%⁶ subissent un harcèlement moral. Dans la **population française**, ces pourcentages suggèrent que **plusieurs milliers de femmes** sont ainsi **victimes de violences**.

Une étude sur le sujet menée en Italie a par ailleurs montré que **ces violences étaient indépendantes du niveau d'éducation et de la catégorie socio-professionnelle de la femme et de l'homme**.

La violence comme frein à l'utilisation d'une contraception

L'enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France (ENVEFF) a voulu 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. Ses résultats 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 Breton⁷ 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 événements 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...

QUELLES ACTIONS DE PRÉVENTION ?

Donner 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 détecter et **donc créer des conditions favora-**

bles à son expression ; du temps et des professionnels pour écouter, entendre, prendre en compte, **accompagner le cas échéant la femme vers une prise en charge adaptée à sa problématique.**

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 Veil⁸, 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 à l'ensemble de l'histoire génésique des femmes

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."*³

Apprécier la représentation symbolique de la contraception

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.

Aujourd'hui l'offre de contraception est relativement variée bien qu'elle repose encore, dans la majorité des produits, sur le corps de la femme. La contraception n'est pas seulement prise pour ne pas avoir d'enfants, elle est aussi utilisée pour permettre aux femmes d'avoir des rapports sexuels avec des hommes. Aussi lorsque cette sexualité

est modifiée par exemple lorsque le couple se sépare ou si un conjoint est violent, la femme peut utiliser la contraception pour se repositionner : en arrêtant la pilule lors de la séparation, elle affirme la séparation sexuelle avec son partenaire. Dans d'autres cas, l'absence de contraception s'inscrit dans une volonté de la femme d'utiliser la fertilité de son corps comme un pouvoir face à un homme qui lui impose une forme de domination.

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. La répétition de l'IVG comme à la première IVG montre qu'il est primordial 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 Spencer⁹ 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.

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"*³ 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.**

Enfin, on peut regretter les modifications introduites dans le bulletin d'IVG car le contenu désormais limité et ne permet plus d'appréhender de manière quantitative un événement qui pourtant marque des signes d'évolution, utiles à comprendre et à suivre dans le temps, surtout dans la perspective d'une politique de prévention de la répétition de l'IVG. En effet, toutes les informations relatives à l'histoire génésique des femmes ont été supprimées dans ce nouveau formulaire.

Références bibliographiques

¹ LACOSTE-DUJARDIN C. Des mères contre les femmes - Maternité et patriarcat au Maghreb. Collection Sciences humaines et sociales. Paris : La découverte 1996.

² TAMIAN-KUNÉGEL I. L'avortement et le lien maternel - une autre écoute de l'interruption volontaire de grossesse. Lyon : Édition Chronique sociale 2002.

³ RONDOT-MATTAUER B. Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens. Paris : Éres, 2003.

⁴ ORS Bourgogne. IVG en Bourgogne - une expression du ressenti des femmes et des professionnels. 2002.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ LE BRETON D. Conduites à risque, le grand écart. La santé de l'homme 2004 ; 372 : 8-10.

⁸ VEIL S. Les hommes aussi s'en souviennent - Une loi pour l'histoire. Paris : Stock 2004.

⁹ 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.

Remerciements

Aux **femmes** qui ont accepté de témoigner, 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 d'entre eux 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

Cette étude a fait l'objet d'un rapport, disponible à l'ORS de Bourgogne



Observatoire régional de la santé de Bourgogne

34 rue des Planchettes 21000 DIJON

Tél : 03 80 65 08 10 Fax : 03 80 65 08 18

E-Mail : ors.brg@wanadoo.fr Site <http://www.ors-bourgogne.org>