

Interruptions volontaires de grossesse

Tenter de comprendre la répétition

Cynthia Morgny

Chargée d'études, sociologue,
Observatoire régional de la santé, Dijon

Robert Taque

Coordonnateur du CIVG, CHU, Dijon

Jean Fromaget

Médecin inspecteur régional, Drass
Bourgogne

Paul Sagot

Professeur, chef du service de
gynécologie obstétrique, CHU Dijon

La répétition des IVG pose un problème de compréhension. Cette étude tente d'expliquer le phénomène à l'aide de paramètres de l'ordre du médical, du psychologique et du social.

La littérature scientifique comme les débats publics se sont peu intéressés à la question de la répétition de l'IVG. Les données quantitatives sont rares, on sait seulement que, jusqu'en 1993¹, les interruptions volontaires de grossesses de rang 1 (femme dont c'est la première IVG) représentaient près des trois quarts des IVG enregistrées en France. Depuis cette date, la proportion a un peu diminué (72 % pour l'année 1997). À l'inverse, la part des IVG de rang 2 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.

Nombreux sont les professionnels soulignant 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 problèmes. Ce type d'interprétation suggère que l'IVG serait alors un « langage » utilisé ou un « symptôme » présenté par la femme pour exprimer une problématique non résolue.

1. Données de l'Institut national des études démographiques.

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 ? Ont-elles une histoire plus chaotique que celles des autres femmes ?

La direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) de Bourgogne et les professionnels de santé de la région, préoccupés par cette question, ont souhaité qu'une étude soit réalisée auprès de femmes ayant vécu plusieurs IVG ; la compréhension de ce phénomène de « répétition » pouvant permettre la mise en œuvre d'actions de prévention en amont des IVG et au moment de chacune d'elles.

Interruptions volontaires de grossesse répétées et violences

Plus de la moitié de l'échantillon des femmes ayant participé à cette étude évoque de la violence subie à un moment de leur histoire. Elle revêt des formes multiples : perversité, coups et atteintes physiques, violence sexuelle, violence psychologique : violence subie actuelle ou passée. Il est difficile de la relier par un lien de causalité avec la répétition de l'IVG. On sait seulement que cette violence s'est, 9 fois sur 10, installée un long moment, provoquant par la suite des ruptures ou des comportements particuliers.

Une fois sur deux des violences sexuelles...

Parmi ces femmes victimes de violence, la moitié a subi des violences sexuelles

(attouchements, viols), plus souvent durant l'enfance et parfois plus récemment dans la vie. La violence subie peut donc être un événement nouveau, déconnecté de toute histoire ancienne, mais elle peut également être le résultat d'un lent processus d'autodestruction. C'est ce qu'indique le témoignage d'une de ces jeunes femmes pour qui les rapports sexuels forcés vécus récemment (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 connu un univers parental destructurant et pervers, et a jusque-là endossé avec ses partenaires le rôle que sa mère avait, soumise, sous la domination d'un époux excessif, coléreux, irrespectueux.

... qui interviennent dans le rapport à la contraception

Quel que soit le moment où la violence sexuelle a lieu, elle a un impact sur la sexualité et la contraception. La majorité des femmes ayant subi des violences sexuelles ont développé des comportements différents et particuliers vis-à-vis de la contraception. Des jeunes femmes violées dans l'enfance expriment leur difficulté à utiliser la pilule liée à la régularité de la prise ou par impossibilité de supporter l'absorption de produits chimiques et médicamenteux. Leur point commun 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* », « *étranger* » ou « *encore ce quelque chose d'intrus* » rend jusqu'à présent son utilisation impossible dans le moyen et long terme.

Pour une autre, le viol a, au contraire, entraîné une surprotection vis-à-vis du « *risque* » de grossesse, elle a utilisé la pilule dès l'âge de 10 ans et ses grossesses interviennent sous contraceptif. 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 avec la pilule* ».

Les violences sexuelles ont des répercussions sur la sexualité actuelle, la prise

de contraception et le rapport au corps. 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 avant tout la symbolique de la contraception qui est à clarifier avec chaque femme, dans la recherche d'une contraception adaptée. 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 en éliminant le risque de grossesse. Aussi lorsque cette sexualité est modifiée, par exemple lorsqu'un couple se sépare ou si un conjoint est violent, l'usage ou non de la contraception aide la femme à se positionner différemment vis-à-vis de son partenaire : 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 qu'elle ne parvient pas à rejeter totalement.

Des violences physiques, psychologiques participant à une domination masculine

La violence physique est relatée par moins d'une femme sur trois : il s'agit de comportements installés ou d'une situation « *ponctuelle* » qui participe à mettre un terme à la relation de couple.

Lorsque la violence est installée, il s'agit pour les hommes d'imposer une certaine forme de domination, d'autorité et de pouvoir sur leur conjointe. Dans ce schéma relationnel, la sexualité va devenir un véritable enjeu dans lequel les femmes pourront « *rééquilibrer les forces* ». Un premier exemple illustre cet enjeu, celui d'une femme d'origine française qui n'utilise pas de contraception, mettant en avant des conséquences nocives sur sa santé. Elle impose à son compagnon le retrait lors des rapports sexuels et indique qu'il s'agit de ne pas lui procurer de rapports sexuels sereins, expliquant qu'il est manipulateur, parfois violent, en tout cas

« *pénible* » avec elle. Un autre témoignage d'une jeune femme marocaine explique que la poursuite des grossesses viendrait la lier définitivement à un homme qui ne la respecte pas. C'est ce qu'indique Camille Lacoste-Dujardin [4] dans une étude des rôles et de la sexualité maghrébine : « *Les hommes imposent une sexualité sociale, obligée, au service du groupe* » et 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?* ».

Plus ou moins décrite par les femmes mais souvent en « *toile de fond* », la violence psychologique est presque toujours présente, et accompagne souvent la violence physique. La victime qui subit cette violence physique ne sait plus distinguer 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 bains. 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, à laquelle ces grossesses sont liées, et contre laquelle les femmes se battent à leur manière à travers des IVG répétées.

Des IVG qui interrogent l'identité des femmes

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* » [7]. 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* ».

Parfois les questions d'identité, les projets de couple et la contraception sont intimement liés et rejaillissent lors de chaque IVG. Dans notre étude, ils sont plus clairement évoqués 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, aux échanges sur la sexualité et la contraception. Sur ces deux derniers sujets, elles disent qu'elles n'ont eu aucun dialogue avec leurs parents et plus particulièrement leur mère. Pour les femmes du Maghreb, le destin d'une femme et celui d'une épouse se confondent avec celui d'une mère. Deux de ces jeunes femmes ont présenté leur conjoint à leur famille et ainsi officialisé leur relation, qu'elles ont pu poursuivre « au grand jour ». L'une d'elles 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-Dujardin [4] « *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 une négligence absolue des souhaits et désirs de la femme.

L'identité des jeunes femmes est en jeu et peut introduire un rapport particulier à la contraception 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 incite fortement à un « devoir d'enfant » primordial pour leur réalisation de femmes. Elles ont d'ailleurs des projets d'enfants, s'interrogent sur les effets des

contraceptifs chimiques et prennent leur pilule de façon très irrégulière. Bernadette Rondot-Mattauer [7], psychologue, estime que cette utilisation en pointillé et parfois inadéquate des contraceptifs est 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 inconciliables parfois. Il y a là 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 entre autres à des projets de liberté et d'autonomie.

Notons que des femmes françaises rencontrent également ces tirailllements entre un désir d'enfant qui semble contribuer à leur identité féminine dans laquelle la maternité occupe une place importante, et d'autres projets personnels, professionnels ou de couple.

Quel poids attribuer à cette violence ?

Cette étude qualitative a révélé que plus de la moitié des femmes avait subi des violences. Mais ces femmes ont au moins une caractéristique spécifique² : elles ont accepté de témoigner quand d'autres ont refusé.

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 deux centres d'éducation et de planification familiale ont été sollicitées afin d'avoir leur avis sur ce point, et d'envisager des possibilités de réponse :

- Dans un centre de la Nièvre, entre le 1^{er} septembre et le 15 décembre 2004, un seul entretien avec une femme ayant vécu plusieurs IVG, dont au moins 2 sur cinq ans, a été réalisé et la personne a évoqué des violences.

- En Côte-d'Or, dans le centre situé dans le CHU, entre le 1^{er} octobre et le 7 décembre 2004, 9 femmes répondant aux critères de l'étude ont eu un entretien avec une conseillère. Parmi elles, 5 ont témoigné de différentes formes de violence vécue (attouchements sexuels, violence physique

2. Elles ont subi au moins 2 IVG sur cinq ans.

subie ou femmes témoins de violence physique forte entre les parents).

La quantification du phénomène est délicate en l'état actuel des informations, toutefois des estimations identiques à partir de sources différentes invitent à poursuivre des recherches afin d'en apprécier le sens exact, à savoir : est-ce que, lorsque les professionnels interviennent auprès de femmes qui ont subi plusieurs IVG³, 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 ?

La violence faite aux filles et aux femmes n'est pas un événement marginal. Par exemple en Côte-d'Or⁴, 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 % subissent un harcèlement moral. Dans la population française, ces pourcentages suggèrent que plusieurs milliers de femmes sont ainsi victimes de violences.

L'étude Enveff a vérifié 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 accepter 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

3. Dans cette étude, il s'agit de femmes ayant vécu au moins 2 IVG sur une période de cinq ans.

4. 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 sociodémographiques et des données sur les situations des enfants.

5. Jaspard, Brown et l'équipe Enveff, 2001. Enquête réalisée en collaboration entre l'Ined, l'Inserm, le CNRS auprès d'un échantillon représentatif de près de 7 000 femmes âgées de 20 à 59 ans résidant en métropole et vivant hors institutions.

dans une façon d'agir leur souffrance qui leur est propre. C'est ce que note David Le Breton [5], évoquant les comportements des jeunes femmes, qui « *intériorisent leur "manque à être", faisant de leur corps une caisse de résonance de leur relation douloureuse au monde* ».

L'étude des femmes présentant plusieurs IVG n'est pas celle du 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 d'accepter des examens gynécologiques, d'utiliser un stérilet, difficulté à se construire, à se respecter soi-même...

Prévention de la répétition de l'IVG

Donner aux professionnels 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 quatre 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 « écrans » avant d'aborder ce qui explique leurs difficultés. Passer ces « écrans » demande du temps. Simone Veil [8], dans son discours du 26 novembre 1974, préalable à la mise en place de la loi sur l'avortement,

Méthodes

Cette étude exploratoire a été réalisée entre juillet 2003 et novembre 2004, par l'observatoire régional de la santé Bourgogne (ORS) en partenariat avec des professionnels de santé et notamment des centres de planification et d'éducation familiale (CEPF) et du centre d'orthogénie du CHU de Dijon, du CPEF de Nevers, grâce à un financement de la Drass.

Dans cette étude, les femmes présentant des IVG répétées sont celles ayant vécu au moins 2 IVG

sur une période de cinq ans. Elle repose sur 17 entretiens semi-directifs de femmes ayant vécu entre 2 et 5 IVG, rencontrées au CHU de Dijon, suite à leur IVG. Les thèmes abordés sont : la vie sociale et familiale, l'histoire génésique des femmes, la sexualité et les échanges sur ce thème, le rapport à la contraception, ce qui est dit autour de l'IVG et à quelle personne, le vécu de l'IVG. Chacun de ces thèmes est exploré dans une perspective dynamique, l'histoire de la femme est

appréhendue à partir de la dernière IVG vécue qu'elle remplace dans un contexte de vie en remontant le temps entre chaque IVG. À chacune, il 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, et de la façon dont elle l'a vécu. Enfin, à la suite de la première IVG, sont abordées la sexualité et l'histoire familiale de la femme. ■

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 formés 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 une précédente étude [6], 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

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 à poursuivre une grossesse et celles à recourir à des modes contraceptifs efficaces ? Cette question est à étudier dans une vision moins cloi-

sonnée 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. » [7]

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 soixante-dix, 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 quarante ans de disponibilité de la pilule en France d'une lassitude face à ce produit en fin de vie féconde⁶. Leur représentation du produit n'est pas la même.

La répétition de l'IVG, comme 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 Spencer [1] 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. Ces constats nous invitent à une question : Comment faire en sorte que la contraception soit le résultat d'un projet et d'une démarche partagés par les partenaires d'une relation sexuelle ? Ce point 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 » [7] 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 satisfait les deux partenaires. ■

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

références

1. 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.
2. Jaspard M., Brown E., Condon S., et al. Enquête nationale sur les violences envers les femmes (Enveff). Premiers résultats. Conférence de presse du 6 décembre 2000. Dossier de l'université du Panthéon Sorbonne, 14 p.
3. Jaspard M. et l'équipe Enveff. *Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France*. Paris : Ined, Population et sociétés, 2001, 364.
4. Lacoste-Dujardin C. *Des mères contre les femmes — Maternité et patriarcat au Maghreb*. Paris : La découverte, coll. Sciences humaines et sociales, 1996.
5. Le Breton D. « Conduites à risque, le grand écart ». *La santé de l'homme*, 2004, 372, 8-10.
6. Mornay C. *Interruptions volontaires de grossesse en Bourgogne. Une expression du ressenti des femmes et des professionnels*. ORS Bourgogne, 2002, 71 p.
7. Rondot-mattauer B. *Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens*. Paris : Érès, 2003, 192 p.
8. Veil S. *Les hommes aussi s'en souviennent. Une loi pour l'histoire*. Paris : Stock, 2004.