Université d'Angers,

Ecole de sages-femmes - René Rouchy,

DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME

IVG DEMANDEE, IVG NON FAITE

Présenté par : ESNAULT Magali

Sous la direction de : Monsieur le Docteur FOUGAS Jean-Léonard

Juin 2012

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Mademoiselle ESNAULT Magali, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

Remerciements

A Monsieur le Docteur Jean-Léonard Fougas, pour avoir accepté de diriger mon mémoire. Je tiens à vous remercier pour votre grande disponibilité et vos précieux conseils qui ont été indispensables à la réalisation de ce travail. Acceptez l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame Goichon Brigitte, directrice par intérim de l'école de sages-femmes René Rouchy d'Angers, pour son soutien et son aide apportés tout au long de cette dernière année d'étude.

A mes parents et à ma sœur, sans qui je ne serais jamais arrivée jusque-là. Merci pour votre soutien et votre amour.

A Antoine, pour sa présence et ses encouragements tout au long de mes études.

A tous mes amis, pour leur soutien et leur amitié.

Et à tous ceux que j'aurais pu oublier…

Glossaire

INED	Institut National d'Etudes Démographiques
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
IST	Infection Sexuellement Transmissible
GINE	Grossesses Interrompues, Non prévues, Evitées
CH	Centre Hospitalier
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
JORF	Journal Officiel de la République Française

Sommaire

Remerciements 3
Glossaire 4
Sommaire 5
INTRODUCTION 6
GENERALITES 8
1 La grossesse non prévue 9
2 L'IVG 15
3 Interrompre ou poursuivre la grossesse ? 19
POPULATION ET METHODE 24
1 Type d'étude 25
2 Durée de l'étude 25
3 Lieu de l'étude 25
4 Population étudiée 25
5 Modalités de recueil des données 25
RESULTATS 27
1 Le nombre d'IVG non faites 28
2 Les raisons de l'interruption des démarches d'IVG 28
3 Les caractéristiques sociodémographiques 29
4 Les caractéristiques gynécologiques 32
5 Les caractéristiques de la demande d'IVG 35
6 La contraception 36
7 Les entretiens 37
DISCUSSION 38
1 La méthode 39
2 Le nombre d'IVG non faites 40
3 Les caractéristiques sociodémographiques 41
4 Les caractéristiques gynécologiques 44
5 Les caractéristiques de la demande d'IVG 46
6 La contraception 48
7 Les raisons de la poursuite de la grossesse 52
CONCLUSION 54
BIBLIOGRAPHIE 57
ANNEXES 61

INTRODUCTION

Aujourd'hui la France est au cœur d'un paradoxe : malgré un accès facilité à la contraception entrainant une couverture contraceptive étendue, la part des grossesses non prévues représente une grossesse sur trois, (1), et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste stable depuis plusieurs années. Il était d'un peu plus de 222 000 en 2008 et en 2009. (2)

La norme sociale de « l'enfant programmé », apparue avec la légalisation de la contraception et celle de l'IVG qui ont permis une certaine maîtrise de la fécondité, semble conduire les femmes et les couples à recourir de manière plus importante à l'IVG en cas de grossesse non prévue, ce qui expliquerait en partie le paradoxe français. (3)

On constate aujourd'hui, que chaque année, le nombre de demandes d'IVG est supérieur au nombre d'IVG réalisées. C'est sur ce constat que j'ai choisi de réfléchir à travers mon mémoire.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces IVG non faites, certaines étant médicales d'autres non. J'ai d'abord choisi d'exposer ces différentes raisons puis je me suis intéressée aux femmes qui décident d'annuler le rendez-vous de leur intervention afin de poursuivre leur grossesse. Cette démarche interroge : qu'est-ce qui a pu les amener à changer d'avis ? Existe-t-il des différences entre ces femmes et celles qui choisissent de réaliser l'IVG ? C'est à ces différentes questions que j'essaye de répondre tout au long de mon mémoire.

GENERALITES

1 La grossesse non prévue

1.1 Définition

D'après l'institut national d'études démographiques (INED), les grossesses non prévues correspondent à l'ensemble des grossesses « non désirées » et de celles « mal planifiées » ou survenues alors que la femme « n'y pensait pas », auquel s'ajoute le nombre d'avortements. (1)

On pourrait ainsi penser que de nos jours, grâce à un accès facilité à la contraception, un élargissement des mesures de prévention et d'éducation à la sexualité dans l'enseignement, la légalisation de l'IVG depuis la loi Veil, etc., les femmes possèdent une certaine maîtrise de leur fécondité. Cependant, on constate que depuis plusieurs années le nombre d'IVG en France reste stable, il était d'un peu plus de 222 000 en 2008 et en 2009 (2), et que la part des grossesses non prévues représente une grossesse sur trois. (1) Les grossesses non prévues concernent donc aussi bien des grossesses poursuivies que celles qui sont interrompues.

1.2 Ses aspects psychosociologiques (4)

La grossesse constitue un évènement majeur dans la vie d'une femme, elle intervient tant au niveau social que psychologique. Au point de vue psychologique, elle entraîne de nombreux remaniements chez la femme, celle-ci devient plus fragile et se trouve confrontée à d'anciennes angoisses que la grossesse réactive ainsi qu'à de nouvelles qu'elle crée. Sur le plan social et relationnel, la grossesse peut venir renforcer ou au contraire fragiliser les liens que la femme entretient avec son partenaire et son entourage, et peut aussi modifier son identité sociale.

La grossesse non prévue va intensifier les remaniements existant lors d'une grossesse prévue, par la soudaineté de sa survenue. Lors de sa découverte, l'espace nécessaire pour accueillir l'enfant au sein du couple et de la famille ne semble pas avoir été dégagé et la femme consacre déjà son attention à autre chose, que ce soit sa vie amoureuse, ou encore sa situation professionnelle et sociale. La femme et le couple

doivent alors faire face à une situation de crise et c'est pour cela que le moment de la découverte de cette grossesse est souvent qualifié de « mauvais ».

Les sens pouvant être attribués à une grossesse non prévue sont multiples :

- Désir d'enfant et désir de grossesse.
  Pour certaines femmes la grossesse correspond en réalité à un désir d'enfant et non à un désir de grossesse, elles ressentent une envie de materner, de « pouponner » alors que pour d'autres elle correspond à une envie d'être enceinte sans pour autant désirer un enfant, pour celles-ci, la grossesse est vécue comme un moment privilégié où elles se sentent valorisées et mis à l'écart de quelques contraintes extérieures.
- La réassurance narcissique.
  Quelques fois, la grossesse apparaît comme un moyen pour la femme de vérifier sa fertilité, de se rassurer.
- Désir de reconnaissance.
  La grossesse exprime parfois le besoin pour la femme de respecter la norme sociale de la maternité et d'acquérir à travers l'enfant un statut social reconnu. D'autres fois, la grossesse est une forme d'appel au secours, un moyen pour les femmes d'attirer l'attention de leur entourage.

1.3 Sa prévention

La prévention des grossesses non désirées est abordée dans la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique, à travers l'objectif 97 de celle-ci. (5)

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a réalisé en 2008, suite à l'accord du ministre de la santé et des sports, une mission d'évaluation des politiques publiques relatives à la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des IVG. (6) A l'issue de cette mission et à partir des constats effectués, elle a pu établir des recommandations visant à améliorer cette prévention, qui passe notamment par la contraception, la contraception d'urgence et l'information et l'éducation à la sexualité.

1.3.1 La contraception

En France, moins de 5 % des femmes déclarent ne pas utiliser de contraception alors qu'elles ont une activité sexuelle et ne souhaitent pas être enceintes. Près de 86 % des moyens contraceptifs utilisés sont des méthodes délivrées sur prescription médicale,

dont plus de la moitié (57,4 %) correspond à la pilule. (7) Le modèle contraceptif français a donc une efficacité théorique très élevée et pourtant de nombreux échecs persistent :

- Une grossesse sur trois reste non prévue et dans 60 % des cas elle mènera à une IVG. (3)
- 72 % des femmes qui recourent à l'IVG étaient sous contraception et dans près de 30 % des cas elles utilisaient une méthode médicale théoriquement très efficace (pilule ou stérilet). (8)

Ces échecs de contraception traduisent les difficultés que peuvent rencontrer les femmes dans leur pratique contraceptive : problèmes d'observance, mauvaise utilisation de la méthode ou encore les arrêts et changements de méthode. (6)

On peut noter à travers ces échecs qu'il existe une réelle inadéquation entre les méthodes utilisées par les femmes, qui sont théoriquement efficaces, et leurs pratiques contraceptives au quotidien. Si la prévention des grossesses non prévues passe notamment par la mise en place d'une contraception, il est donc important que les professionnels portent une attention particulière aux besoins des femmes et des hommes, pour que leur choix soit éclairé et aussi qu'ils les informent sur le mode de fonctionnement et l'utilisation précise du contraceptif choisi et des mesures à prendre en cas d'accidents de parcours éventuels. (6)

Malgré une couverture contraceptive étendue, il existe encore quelques obstacles non résolus quant à l'accès à la contraception : le coût variable de chaque contraceptif et les différences de prise en charge créent encore des inégalités sociales dans l'accès à la contraception, la nécessité d'une consultation médicale pour la majorité des contraceptifs et l'accès plus ou moins facile aux centres de planification selon le lieu de résidence peut aussi freiner les démarches des femmes, notamment pour les jeunes. (6)

Pour améliorer l'accessibilité à la contraception et l'efficacité de la couverture contraceptive l'IGAS propose donc, principalement (6) :

- *« D'assurer dans les faits un accès gratuit à la contraception pour les jeunes de moins de 18 ans et pour les 18-25 ans dépourvus de couverture sociale autonome, en développant des réseaux de professionnels de santé acceptant le tiers payant. »*

- *« De promouvoir les méthodes de contraception de longue durée, en particulier le stérilet. »*
- *« De développer la place des questions relatives à la maîtrise de la fécondité dans la formation des professions médicales, notamment pour les médecins généralistes et les sages-femmes. »*
- *« De reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive. »*

1.3.2 La contraception d'urgence

La contraception d'urgence constitue une solution de rattrapage lorsque la contraception habituelle a été mise en échec ou lorsqu'il y a eu un rapport non protégé. Il existe deux moyens de contraception d'urgence : la mise en place d'un stérilet dans les 5 jours suivant la date estimée de l'ovulation et la pilule du lendemain. La première méthode étant très efficace mais peu utilisée, c'est surtout sur la pilule du lendemain et son utilisation qu'il est possible de réfléchir pour améliorer la prévention des grossesses non prévues. (6)

La pilule du lendemain est une contraception d'urgence hormonale disponible en pharmacie sans ordonnance depuis 1999. Elle est délivrée à titre gratuit pour les mineures sur simple déclaration de leur part et peut être prise en charge par la sécurité sociale pour les majeures sur présentation d'une ordonnance. De plus, pour les mineures il est possible de se la procurer gratuitement auprès des centres de planification ou des infirmières scolaires des établissements secondaires. Cet accès facile pour les jeunes semble influencer son utilisation puisque, selon le baromètre santé 2005 de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), près d'un tiers des femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives déclaraient y avoir eu recours au moins une fois contre seulement 1 femme sur 7 ayant de 15 à 54 ans. (7) Son efficacité est relative et dépend de sa rapidité d'utilisation après le rapport à risque, variant de 95 % dans les 24 heures à 58 % d'efficacité entre 49 et 72 heures (il est important de noter que ces données sont valables pour le Lévonorgestrel (Norlevo*). Ulipristal (Ella-one*) étant plus récente sur le marché, elle n'est pas prise en compte.). (6)

Le recours à la pilule du lendemain, par les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 54 ans, a nettement augmenté entre 2000 et 2005, passant de 8 % d'utilisation à 13,7 %, (7), cependant le nombre d'IVG est resté stable sur cette même période. La diffusion d'une méthode de rattrapage ne semble donc pas suffisante pour prévenir

une part des grossesses non prévues. De plus, bien que son utilisation se soit élargie, elle n'est pas encore systématique et ne correspond pas au nombre d'expositions à un risque de grossesse non désirée. En effet, le recours à une contraception d'urgence suppose de réunir au moins 3 conditions, (6) :

- La femme doit être consciente du risque de grossesse encouru, hors une large majorité des femmes demandeuses d'IVG déclarent ne pas avoir utilisé la pilule du lendemain car elles ne pensaient pas qu'il puisse y avoir un risque.
- Elle doit être au courant des possibilités de rattrapage offertes par la contraception hormonale d'urgence et selon le Baromètre santé 2005 le niveau de connaissance des femmes à ce sujet est très variable et relativement imprécis.
- Enfin, elle doit être en mesure de se la procurer dans de très brefs délais.

La principale recommandation établie par l'IGAS pour améliorer le recours à la contraception d'urgence est d'anticiper sa prescription et sa délivrance.

1.3.3 L'information et l'éducation à la sexualité

L'éducation à la sexualité doit permettre de renforcer l'effort de prévention pour diminuer les grossesses imprévues. Elle doit pour cela commencer dès le plus jeune âge, et ce notamment à travers des séances délivrées durant la scolarité, mais doit pouvoir aussi être soutenue par un accompagnement extrascolaire et un renforcement des campagnes de prévention sur la contraception.

L'éducation à la sexualité est obligatoire en milieu scolaire depuis 1996. La circulaire n°2003-027 du 17 Février 2003, stipule, conformément à l'article L. 312-16 du Code de l'éducation, que l'information et l'éducation à la sexualité doivent faire l'objet d'au minimum 3 séances annuelles dans les écoles, les collèges et les lycées et propose un cadre de référence à leur réalisation. (9)

L'éducation à la sexualité a pour but d'apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques qui leur permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité. Elle doit aussi, à travers les informations qui leur sont apportées, les amener à réfléchir et les aider à développer des attitudes responsables au niveau individuel, familial et social. Les 3 séances annuelles doivent ainsi s'inscrire dans la continuité du programme éducatif des élèves et venir compléter leurs connaissances relatives à la reproduction et à la transmission de la vie, à la

contraception, aux infections sexuellement transmissibles et particulièrement au sida. (9)

Bien que la loi fasse de l'éducation à la sexualité une obligation légale, elle ne sanctionne pas la non réalisation des 3 séances décrites dans le Code de l'éducation. Il semble donc que cette obligation soit très inégalement et partiellement appliquée en France. L'IGAS recommande d'établir un état des lieux sur la mise en œuvre des dispositions prévues par la loi et d'instaurer un dispositif de pilotage et de suivi opérationnel des progrès réalisés. De plus, elle propose de repérer les expériences innovantes et les bonnes pratiques en matière d'information et d'éducation à la sexualité dans et hors de l'institution scolaire, de les diffuser et d'évaluer leur impact. Elle ajoute qu'il pourrait être intéressant d'organiser l'information et la prévention en matière de santé sexuelle et reproductive dans les lieux qui reçoivent des jeunes ou des populations en situation de vulnérabilité. (6)

En France, les campagnes publiques d'information, concernant la santé sexuelle et reproductive, se concentrent sur la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles. Ainsi plusieurs campagnes sur la contraception ont été lancées en France depuis celle de 1981, première campagne d'information grand public qui s'intitulait « La contraception est un droit fondamental » et qui avait pour objectif d'affirmer le droit des femmes. Cependant ces campagnes restent espacées dans le temps et ne permettent pas de répondre aux besoins permanents de la population sur ces questions. (6)

La dernière campagne débutée en France date de 2007 et s'intitule « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit ». Pour pouvoir toucher un maximum de personnes, cette campagne s'est appuyée sur différents supports : un film télévisé, une campagne radio, un site internet, une brochure « choisir sa contraception » et un numéro gratuit pour les questions concernant la contraception et la sexualité. (10) Cette campagne triennale s'est poursuivie en 2008, en mettant l'accent sur les adolescents pour les responsabiliser dans leur démarche contraceptive, puis en 2009 où l'implication des hommes dans la contraception était mise en avant. (6) Plus récemment, fin 2011, un nouveau film a été diffusé à la télévision pour rappeler aux femmes que de nombreux moyens de contraception sont disponibles et pas seulement la pilule.

Les professionnels de santé, les relais associatifs et institutionnels sont aussi concernés par ces campagnes. En 2007, une partie de la campagne leur était directement adressée, à travers, notamment, la création d'un guide pour leur pratique

intitulé « Comment aider une femme à choisir sa contraception », un espace professionnel sur le site internet « choisir sa contraception » et différentes brochures distribuées pour leur salle d'attente. (10)

Malgré ces efforts de diffusion de l'information, l'IGAS recommande de renforcer la régularité des campagnes nationales de communication sur la contraception et de les décliner au plan local. De plus, elle ajoute qu'il est important d'analyser la cohérence des politiques de prévention et de communication entre protection VIH et contraception, sans pour autant privilégier une approche « par les risques ». (6)

2 L'IVG

2.1 Le cadre législatif

L'IVG est restée longtemps un interdit en France, inscrite au Code Pénal, les femmes qui avortaient encourraient de 6 mois à 2 ans de prison alors que les personnes qui réalisaient l'IVG risquaient de un à cinq ans d'emprisonnement. (11) L'avortement était pourtant largement pratiqué, de manière clandestine, en France dans les années 70, au risque d'importantes conséquences.

L'interruption volontaire de grossesse est aujourd'hui reconnue et protégée par le droit comme étant une liberté physique attribuée aux femmes. (12)

Les années 60 et 70, ont donc été marquées par le combat des femmes pour obtenir le droit à l'IVG, notamment à travers la création du Mouvement Français pour le Planning Familial, créé en 1960 et prenant la suite du mouvement pour la Maternité Heureuse de 1956, qui luttait pour faire disparaître les avortements clandestins et promouvait la contraception. Une première avancée dans le droit des femmes est marquée par la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, relative à la régul ation des naissances, également appelée Loi Neuwirth, qui autorise la contraception et annule les dispositions de la loi de 1920 qui l'interdisaient. (13; 14)

La publication par Le Nouvel Observateur du « Manifeste des 343 », le 5 avril 1971, relança le débat et fit de l'IVG un enjeu de société. Il contient les signatures de femmes ayant eu recours à l'IVG, certaines étant connues du grand public, comme Simone de Beauvoir, Françoise Sagan ou encore Catherine Deneuve. En réponse à ces femmes, paru le 2 mai 1973, le « Manifeste des 331 », contenant la signature de médecins déclarant avoir déjà pratiqué l'IVG ou le pratiquant encore, parmi lesquels 4 Prix Nobel,

tel André Lwoff. Cette parution venait ainsi confirmer le fait que la société était prête à voir évoluer la législation en faveur de l'avortement. (11)

C'est à la suite de la lutte de Simone Veil que l'avortement sera autorisé par la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, qui porte aujourd'hui son nom, et inscrit au Code de la Santé Publique. (15; 16) Cette loi sera réexaminée et reconduite par la loi Pelletier n°79-1204 du 31 décembre 1979. (16; 17)

Ces deux lois ne constituent en réalité qu'une dérogation à un délit, et si les conditions exprimées par la loi ne sont pas respectées les sanctions du Code Pénal relatives à l'avortement s'appliquent. La loi Veil rappelle dans son article premier que *« la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi. »*. Ainsi, pour pouvoir être réalisé l'avortement doit être demandé par la femme enceinte que sa grossesse place dans une situation de détresse. Il reste interdit au-delà de la 10ème semaine de grossesse. L'intervention doit être réalisée par un médecin dans un établissement de santé, public ou privé, qui y est autorisé, sans dépasser 25 % d'IVG par rapport aux actes opératoires. Tout médecin ou soignant peut recourir à la clause de conscience vis-à-vis de l'IVG, ce qui leur permet de ne pas réaliser l'acte ou de ne pas y assister s'ils ne le souhaitent pas. Avant l'intervention la femme doit réaliser 2 consultations médicales séparées de 7 jours de réflexion et 1 consultation psycho-sociale. L'autorisation d'un des parents ou d'un représentant légal est obligatoire pour les mineures. (15; 18)

La loi n°82-1172 du 31 décembre 1982, dite loi Roudy, permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale. (11; 19)

La loi Neiertz du 27 janvier 1993, inscrit le délit d'entrave à l'IVG au Code de la Santé Publique le punissant ainsi d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 francs d'amende. (11; 20)

C'est la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, relative à l'IVG et à la contraception, qui fixe le cadre actuel de l'IVG en France. Elle modernise la loi de 1975 (12; 21):

- L'intervention peut être réalisée jusqu'à 12 semaines de grossesse et non plus 10 (soit 14 semaines d'aménorrhées).
- Les établissements privés et publics pratiquant l'IVG ne sont plus limités par un quota. De plus l'IVG, jusqu'à 7 semaines de grossesse, peut être réalisée par méthode médicamenteuse en médecine de ville.

- Les mineures peuvent avoir recours à l'IVG sans autorisation parentale, si celle-ci n'est pas en mesure d'être récupérée. Dans ce cas-là, elles peuvent désigner une personne majeure de leur choix qui pourra les accompagner dans leurs démarches.
- La consultation psycho-sociale devient facultative pour les femmes majeures mais reste la règle pour les mineures. Elle doit cependant être systématiquement proposée aux femmes.
- La clause de conscience est toujours valable pour les médecins, cependant un médecin qui refuse de pratiquer l'IVG doit en informer la femme et assurer la continuité de sa prise en charge en la renvoyant vers un confrère. De plus tout chef de service d'un hôpital public a l'obligation, s'il a été désigné par le conseil d'administration, d'assurer la prise en charge des IVG au sein de son service même s'il refuse à titre personnel de les pratiquer.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la po litique de santé publique, aborde la question de l'IVG à travers l'objectif 97 qui veut *« Assurer l'accès à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours. »*. (5)

2.2 Les démarches pour la femme (22)

Pour pouvoir avoir recours à l'IVG, deux consultations médicales sont au préalable obligatoires pour la femme et un délai de réflexion de 7 jours doit être respecté entre les deux. Ce délai peut être réduit à 48 heures, si les démarches ont été entreprises tardivement par la femme et s'il y a un risque de dépassement du délai légal pour l'IVG en France.

Lors de la première consultation médicale, la femme expose sa demande d'IVG au médecin de son choix. Elle reçoit de la part de celui-ci des informations orales et écrites (via le dossier guide édité par le ministère de la santé) concernant l'IVG : les différentes méthodes, les lieux de réalisation et les risques possibles. C'est au cours de cette première consultation que le médecin propose à la femme un entretien psycho-social, obligatoire seulement pour les femmes mineures. A l'issue de la consultation, le médecin doit établir une attestation de consultation médicale qui marque le début du délai de réflexion.

La consultation psycho-sociale proposée à la femme peut être réalisée par une conseillère conjugale ou une psychologue. Elle constitue pour la femme un moment

d'échange et d'écoute pouvant l'aider dans ses démarches. Des conseils adaptés à sa situation peuvent lui être apportés.

Lors de la deuxième consultation médicale, la femme confirme sa demande d'IVG par écrit auprès du médecin, qui réalisera une attestation de deuxième consultation médicale. Les informations médicales nécessaires pour l'intervention sont récoltées par le médecin. La femme est amenée à choisir le lieu de l'intervention et la méthode, après avoir été informée par le médecin des différentes possibilités. Le choix d'une méthode contraceptive après l'IVG doit déjà être abordé à ce moment-là.

L'interruption de la grossesse est possible par deux méthodes : la méthode chirurgicale et celle médicamenteuse. Le choix de la méthode dépend du souhait de la femme et du terme de la grossesse.

L'IVG par méthode chirurgicale est possible jusqu'à la fin du délai légal français, soit 14 semaines d'aménorrhées. Elle doit obligatoirement être réalisée en établissement de santé. Elle peut être effectuée sous anesthésie générale ou locale selon le choix de la femme. L'hospitalisation ne dure que quelques heures le plus souvent même pour une anesthésie générale.

L'IVG médicamenteuse peut être réalisée en établissement de santé ou en cabinet médical de ville, jusqu'à 7 semaines d'aménorrhées. Après les 2 consultations médicales préalables, 2 autres consultations sont alors nécessaires pour la prise des médicaments (mifépristone puis misoprostol). Le taux de succès de cette méthode est d'environ 95 %.

Une contraception doit être mise en place dès la réalisation de l'IVG. Une consultation de contrôle doit avoir lieu 2 à 3 semaines après l'intervention, qu'elle soit chirurgicale ou médicamenteuse, pour s'assurer que la grossesse soit bien interrompue et qu'il n'y ait pas de complication. Enfin un entretien psycho-social doit être proposé à toute femme ayant réalisé une IVG.

2.3 Les centres de planification et d'éducation familiale (23; 24)

La loi Neuwirth du 28 Décembre 1967 relative à la régulation des naissances a permis la légalisation de la contraception, mais a aussi prévu la mise en place d'établissements d'information au conseil familial et de centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). (13)

Les CPEF sont un lieu d'accueil, d'information et d'accompagnement, qui répondent aux différentes questions sur la sexualité, la vie de couple, la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST) et l'IVG. Ils relèvent de collectivités publiques ou d'organismes privés et ne poursuivent aucun but lucratif.

Ils agissent sur le plan médical, sur le plan de la prévention et aussi sur le plan du conseil conjugal et familial.

Au point de vue médical, ils peuvent proposer des consultations de suivi gynécologique, de suivi de contraception ou de suivi de grossesse. De plus, ils proposent, depuis 1992, des dépistages des IST. Enfin ils peuvent prendre en charge des demandes de stérilisation féminine ou masculine.

Sur le plan de la prévention, ils jouent un rôle dans la prévention des grossesses non prévues, à travers des consultations de contraception, des actions de prévention, individuelles ou collectives, concernant la sexualité et l'éducation familiale. De plus, depuis 1974, (25), ils peuvent délivrer à titre gratuit une contraception aux mineurs souhaitant garder le secret vis-à-vis de leurs parents et aux personnes ne bénéficiant pas de couverture sociale. Leur rôle de prévention s'étend aussi, aux IST à travers leur dépistage et aussi par la diffusion d'informations sur ces différentes infections.

En ce qui concerne le conseil conjugal et familial, des conseillères conjugales et familiales assurent des consultations individuelles pour des problèmes de couple ou de famille et peuvent réaliser des animations collectives de prévention, notamment auprès de groupes de jeunes, sur des sujets tels que la sexualité, la contraception… Elles réalisent aussi les entretiens préalables à l'IVG ainsi que les consultations post-IVG.

Ces CPEF peuvent être également rattachés à des centres d'interruption volontaire de grossesse. Dans ce cas, les CPEF n'assurent pas les consultations de suivi de grossesse pour des raisons logiques de respect de la personne.

3 Interrompre ou poursuivre la grossesse ?

3.1 La prise de décision (26)

La découverte d'une grossesse, considérée par la femme comme étant non prévue ou non souhaitée à ce moment-là, vient rompre l'équilibre quotidien personnel mais aussi conjugal et familial. Elle oblige la femme ou le couple à faire le point, à se repositionner

face à cette grossesse de manière à pouvoir prendre une décision quant à sa poursuite ou au contraire à son interruption.

Cette décision se doit d'être rapide puisque le délai légal de l'IVG vient imposer une limite à la durée de réflexion. Cependant, il semblerait, que même pour des femmes se situant « hors délai », le temps de réflexion reste court, évitant ainsi de rendre encore plus difficile l'état d'incertitude dans lequel elles peuvent se trouver.

Lorsque la femme découvre seule sa grossesse, le temps où elle le garde pour elle (même s'il n'est que de quelques heures) est souvent un temps de réflexion personnelle qui lui permet d'avoir déjà sa propre idée sur l'orientation de la décision. Lorsqu'elle va partager sa situation avec les membres de son entourage, cela lui permet seulement de se rassurer vis-à-vis de son choix et en aucun cas cela ne l'influence dans sa décision. En effet, il est rare qu'elle change d'avis par rapport à sa première idée.

3.2 Les motifs de la décision (26)

Les motifs exposés par les femmes, interrogées par l'équipe Grossesses Interrompues Non prévues Evitées (GINE) au cours de son enquête concernant la sociologie des grossesses non prévues, sont multiples et interagissent au moment de la prise de décision. Il est important de noter que lorsque les femmes tentent de justifier leur choix, elles orientent leur discours, en mettant en avant certains motifs qu'elles choisissent, de manière à ce qu'il soit acceptable aussi bien pour autrui que pour elle du point de vue du sens de leur choix et de la légitimité des raisons avancées. De plus, des éléments inconscients peuvent venir influencer le processus décisionnel.

Une grossesse non prévue n'a pas la même signification selon le moment où elle survient dans le cycle de vie de la femme et la décision prise face à cette grossesse ne peut seulement se comprendre dans son inscription dans la trajectoire de vie des femmes.

3.2.1 Le désir d'enfant

La découverte de la grossesse peut réactiver un désir d'enfant préexistant, le faire apparaître ou le moduler. On pourrait penser qu'il joue un rôle essentiel dans le choix que fait la femme face à cette grossesse mais il est en réalité placé au second plan. En effet, même si l'absence de désir d'enfant conduit le plus souvent vers une IVG et à l'inverse son existence amène à la poursuite de la grossesse, ce n'est pas toujours le

cas et le désir d'enfant reste très lié au contexte actuel relationnel, matériel, etc., de la femme et du couple.

3.2.2 Le contexte relationnel et conjugal

Lorsqu'une grossesse survient de manière imprévue, la femme parle de « mauvais » moment et celui-ci semble très lié au contexte relationnel ou conjugal dans lequel elle se trouve. Le contexte relationnel apparaît donc être la dimension la plus influente dans la décision. Ainsi un couple naissant, une relation éphémère, ou une instabilité conjugale sont mis en avant dans des décisions d'IVG, ne correspondant pas au schéma biparental classique de la famille.

3.2.3 Le poids du contexte matériel

La situation matérielle dans laquelle se trouvent les femmes au moment de l'arrivée de la grossesse joue un rôle variable selon chaque femme dans la décision. Un contexte matériel jugé insuffisant par la femme et le couple pour accueillir un enfant semble renforcer l'obligation d'une décision d'IVG dans laquelle le contexte personnel et social joue un rôle au moins aussi déterminant.

La préoccupation quant au bonheur matériel et l'équilibre personnel de l'enfant à venir est une constante des décisions d'IVG.

3.2.4 Les autres motifs avancés

La vie professionnelle et le nombre d'enfant peuvent aussi être énoncés dans la prise de décision, la grossesse pouvant apparaître comme l'élément de rupture d'un équilibre familial et professionnel instauré.

3.3 Décision individuelle ou de couple (3; 26)

Les entretiens réalisés par l'équipe GINE avec les femmes montrent que la décision de poursuivre ou non la grossesse n'est pas toujours prise « avec » leur partenaire mais quasiment toujours « en fonction de » lui. Le partenaire n'est pas nécessairement impliqué dans la décision si la femme ne le souhaite pas cependant elle prend en compte son avis dans ses critères de décision.

A travers les entretiens il est apparu que seul le couple est impliqué dans le processus décisionnel, et que leur entourage proche n'intervient pas majoritairement dans celui-ci.

Lorsque le conjoint est informé de la grossesse, la prise de décision peut être marquée par un accord ou au contraire un désaccord entre les partenaires, les amenant à devoir négocier pour pouvoir déboucher sur un commun accord. Parfois les négociations n'aboutiront pas laissant une décision unilatérale au sein du couple. Dans cette situation de désaccord, le niveau d'indépendance matérielle et affective de la femme joue un rôle prépondérant, puisqu'une femme ayant les mêmes ressources sociales que son conjoint, voire des ressources supérieures, poussera plus les négociations jusqu'à faire prévaloir son avis. Ainsi, par exemple, une femme ayant une indépendance financière possible sans son conjoint peut se dire qu'il est possible de s'en sortir sans lui.

L'indépendance affective de la femme entre en jeu dans la décision, puisqu'une femme qui vit une relation affective stable informe presque toujours son partenaire et celui-ci est d'accord dans huit cas sur dix. Par contre, pour ce qui est des relations instables ou des contextes de rupture, les partenaires sont moins informés de la grossesse et lorsqu'ils le sont, il y a accord entre la femme et son conjoint dans environ un cas sur deux seulement.

3.4 La décision d'IVG (3)

L'orientation de la décision vers l'interruption de la grossesse est souvent guidée par des normes et des modèles construits par la société. La société nous donne aujourd'hui une image de maternité choisie, notamment grâce à la diffusion de la contraception et à la légalisation de l'IVG. La maîtrise de la procréation doit ainsi permettre aux couples de choisir le moment de la venue de leur enfant, de programmer son arrivée. Le modèle social de la famille est celui d'un couple stable ayant une situation professionnelle établie et des conditions matérielles suffisantes pour accueillir un enfant dans de bonnes conditions. L'augmentation du recours à l'interruption volontaire de grossesse en cas de grossesse non prévue est donc probablement en lien avec cette norme croissante de l'enfant « programmé ».

Les raisons menant à la décision d'IVG sont donc différentes selon la période du cycle de vie de la femme. La logique sociale veut que les jeunes femmes finissent leurs études avant d'envisager la maternité, ainsi pour les femmes de moins de 25 ans, l'engagement scolaire est l'élément le plus déterminant dans la décision. Pour les femmes de 25 - 34 ans pour lesquelles leur âge semble idéal pour une maternité, c'est le contexte affectif qui joue un rôle essentiel dans la prise de décision ainsi que la taille de la famille. Enfin pour les femmes de plus de 35 ans, l'IVG est en lien avec des

situations où la venue d'un enfant n'est pas compatible avec la trajectoire professionnelle de la femme ou lorsque la situation conjugale est instable.

Le choix de l'IVG n'est jamais évident et est loin d'être un comportement « égoïste », il traduit en réalité l'intérêt que porte la femme et le couple aux conditions d'accueil de l'enfant. Il reste toujours difficile à réaliser puisque les femmes savent qu'elles n'auront pas cet enfant là mais qu'il restera tout de même inscrit dans leur histoire.

POPULATION ET METHODE

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective uni-centrique descriptive de l'IVG demandée mais non faite.

2 Durée de l'étude

L'étude a été réalisée sur la période du 1er Janvier 2009 au 31 Décembre 2010.

3 Lieu de l'étude

Les données étudiées sont celles établies au centre d'orthogénie de Saumur.

4 Population étudiée

Elle correspond à toutes les femmes ayant fait une demande d'IVG au centre d'orthogénie de Saumur et qui n'ont finalement pas réalisé cette IVG, au cours des années 2009 et 2010.

5 Modalités de recueil des données

5.1 Données statistiques

Tous les dossiers des femmes ayant consulté pour une demande d'IVG sont repris un mois après par un médecin du centre d'IVG du Centre Hospitalier (CH) de Saumur. Les données issues de ces dossiers sont inscrites dans un tableau Excel spécialement réalisé pour ce service. C'est à partir des tableaux Excel des années 2009 et 2010 que les données ont pu être recueillies.

5.2 Entretiens

Pour compléter l'étude, des entretiens ont été réalisés auprès de femmes ayant choisi de poursuivre leur grossesse suite à leur demande d'IVG et ayant consulté au centre d'orthogénie de Saumur ou de celui d'Angers.

Pour ce faire, lorsque les femmes rappelaient pour annuler leur rendez-vous l'équipe soignante leur demandait leur accord pour que je puisse les recontacter pour un entretien téléphonique. Les femmes leur semblant émotionnellement fragiles n'ont pas été sollicitées.

Dix entretiens ont ainsi pu être réalisés entre Octobre 2011 et Février 2012.

RESULTATS

1 Le nombre d'IVG non faites

Au cours des années 2009 et 2010, 96 femmes ont effectué une demande d'IVG au centre d'orthogénie de Saumur mais n'ont pas réalisé l'intervention.

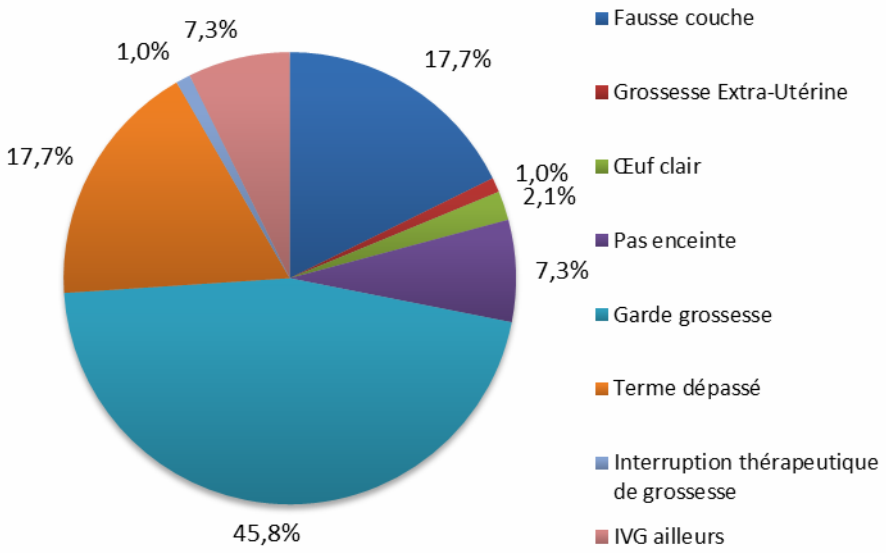
En 2009, 302 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées dans ce centre et 41 des demandes effectuées n'ont pas menées à une IVG. En 2010, on compte 293 IVG réalisées au centre et 55 demandes d'IVG non faites.

Sur le nombre total de demandes d'IVG enregistrées, au cours des années 2009 et 2010, ce sont donc 13,9 % de ces demandes qui ne conduiront pas à la réalisation de l'IVG.

2 Les raisons de l'interruption des démarches d'IVG

Sur les 96 demandes d'IVG non réalisées, il semble intéressant de connaître les différentes raisons de l'interruption des démarches.

Figure 1 : les différentes raisons de l'interruption des démarches d'IVG.



17,7 % des femmes ont réalisé leur demande d'IVG en dehors du délai légal autorisant l'IVG en France. 41,2 % d'entre elles ont eu recours à l'IVG dans un pays étranger ayant un délai légal plus long que celui de la France, alors que 52,9 % d'entre elles ont choisi de poursuivre leur grossesse. Les 5,9 % restants correspondent à une interruption médicale de grossesse.

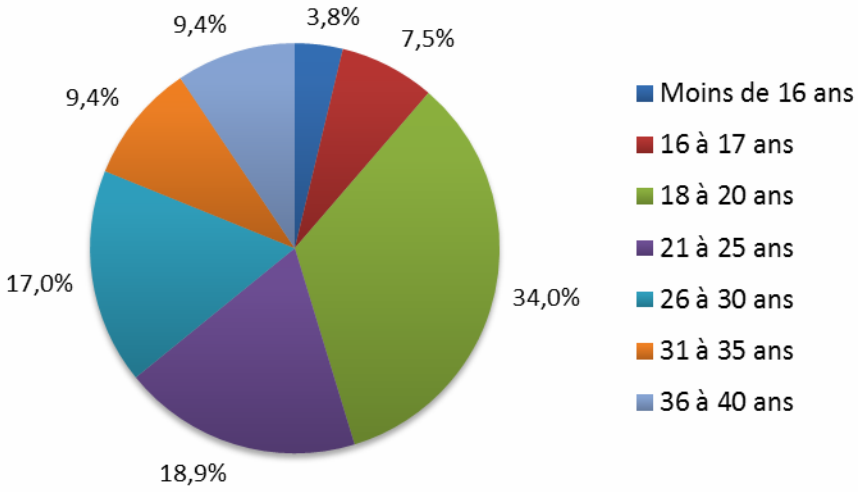
Au total 55,2 % des demandes d'IVG non réalisées mèneront à la poursuite de la grossesse, soit 7,7 % du total des demandes d'IVG recueillies au CH de Saumur sur la période 2009 - 2010.

Les résultats suivants concernent les femmes qui ont poursuivi leur grossesse suite à une demande d'IVG.

3 Les caractéristiques sociodémographiques

3.1 L'âge

Figure 2 : répartition par tranches d'âge des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG.



L'âge moyen des femmes de l'étude était de 24,2 ans (à plus ou moins 6,7 ans).

La médiane était de 22 ans.

La plus jeune femme de l'étude était âgée de 15 ans, alors que la plus âgée avait 40 ans.

11,3 % des femmes étaient mineures.

Plus de la moitié des femmes avaient entre 18 et 25 ans. (52,9 %)

3.2 L'origine

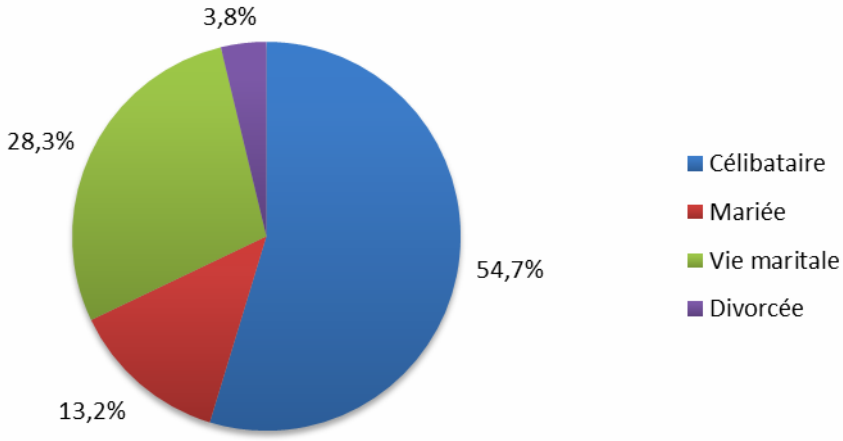
13,2 % des femmes résidaient hors du département de Maine-et-Loire.

1,9 % des femmes étaient de nationalité étrangère, mais elles étaient domiciliées dans le département.

3.3 La situation matrimoniale

58,5 % des femmes vivaient seules.

Figure 3 : situation matrimoniale des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG.

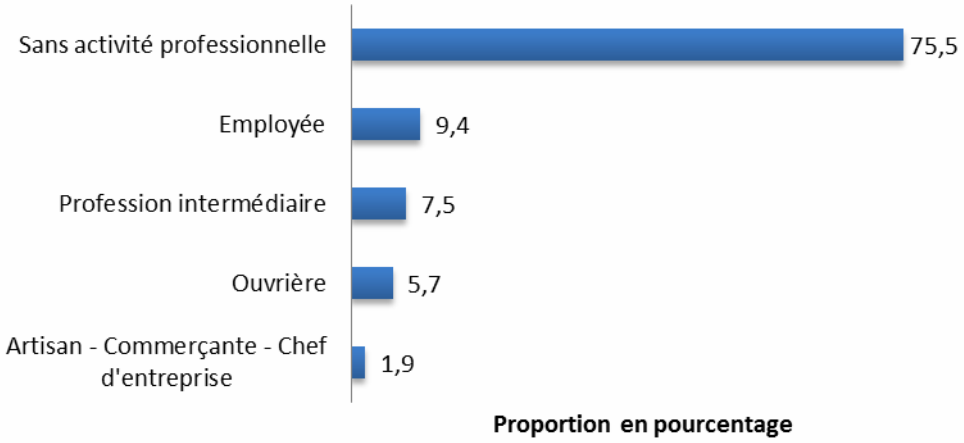


Plus de la moitié étaient célibataires. (54,7 %)

41,5 % vivaient en couple, dont 13,2 % étaient mariées et 28,3 % vivaient en concubinage.

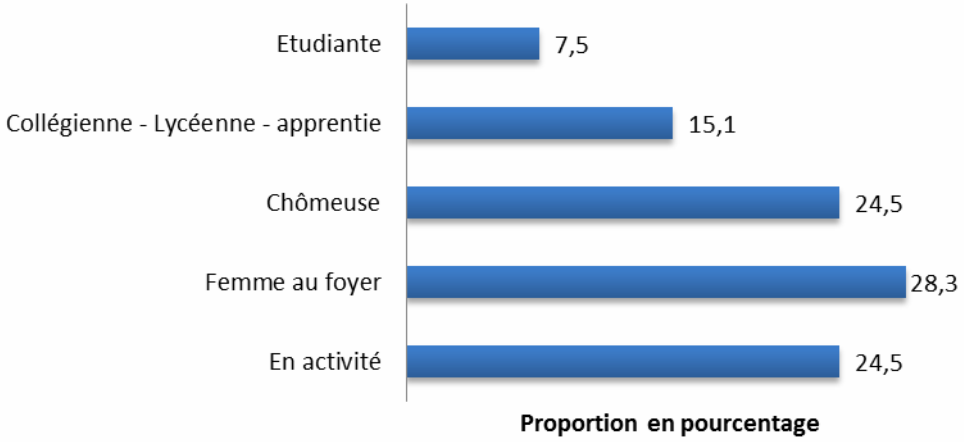
3.4 La situation socioprofessionnelle

Figure 4 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur catégorie socio-professionnelle.



Au moment de la survenue de la grossesse, un peu plus des ¾ des femmes étaient sans activité professionnelle (75,5 %), dont 22,6 % étaient en cours de scolarité.

Figure 5 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur situation professionnelle.



Les femmes actives (qui correspondent à l'ensemble des femmes occupant un emploi ou au chômage) représentaient 49,1 %.

Le taux de chômage (qui correspond au nombre de femmes au chômage rapporté à l'ensemble des femmes actives) était de 50 %.

Pour les femmes ayant 25 ans ou moins : le taux d'activité était de 41,2 % et le taux de chômage de 78,6 %. Et dans cette tranche d'âge, 35,3 % des femmes étaient étudiantes ou élèves et 23,5 % étaient femmes au foyer.

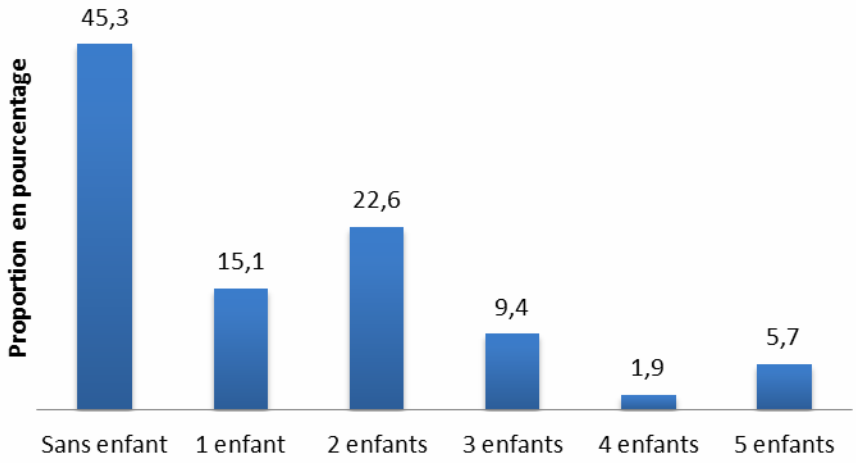
Pour les femmes de plus de 25 ans : le taux d'activité était de 63,2 % et le taux de chômage de 16,7 %. Et 36,8 % des femmes de cette tranche d'âge étaient au foyer.

4 Les caractéristiques gynécologiques

4.1 Les enfants

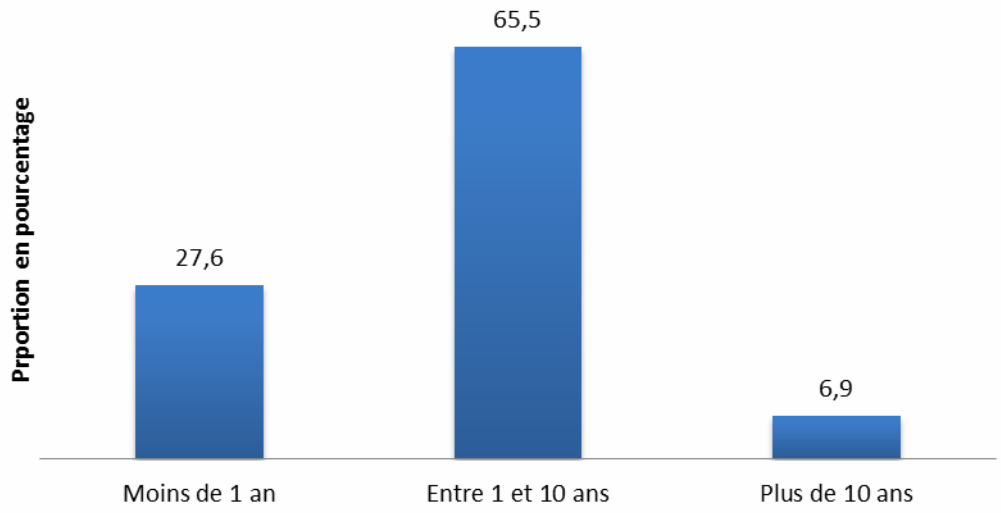
Les mères de famille représentaient plus de la moitié des femmes de l'étude. (54,7 %)

Figure 6 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur nombre d'enfants.



La moyenne était de 1,2 enfant par femme, avec une médiane à 1.

Figure 7 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon l'âge de leur dernier enfant.



27,6 % des femmes avaient un enfant de moins d'un an.

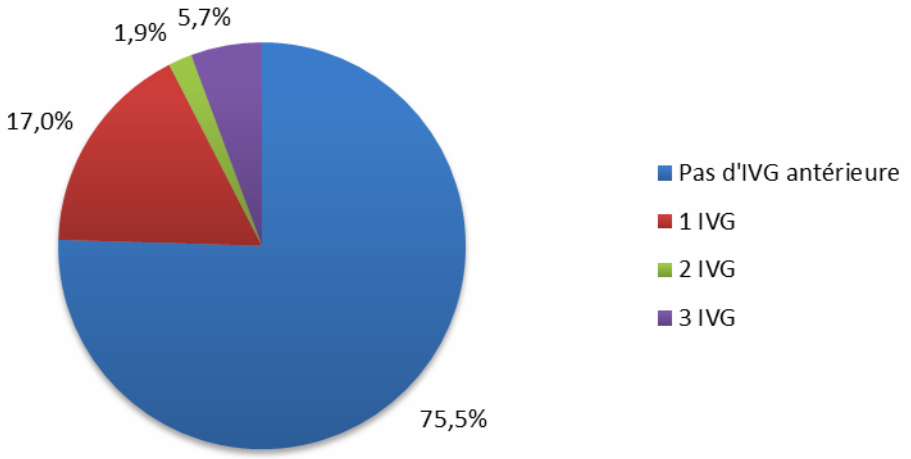
Tableau 1 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur nombre d'enfants et leur situation matrimoniale.

	Célibataire	Vie maritale	Mariée
Sans enfant	69,0%	26,7%	0,0%
1 enfant	10,3%	33,3%	0,0%
2 enfants	17,2%	13,3%	57,1%
3 enfants et plus	3,4%	26,7%	42,9%

4.2 Les antécédents d'IVG

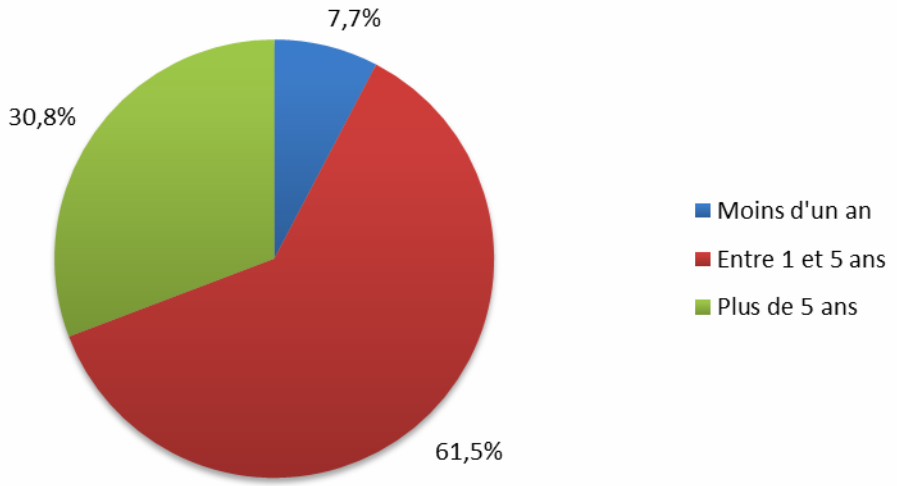
Moins d'un quart des femmes avait déjà eu recours à une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse avant cette demande. (24,5 %)

Figure 8 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur antécédent d'IVG.



Parmi les femmes ayant déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse, 7,7 % l'avaient faite moins d'un an avant cette demande.

Figure 9 : date de la dernière IVG.



5 Les caractéristiques de la demande d'IVG

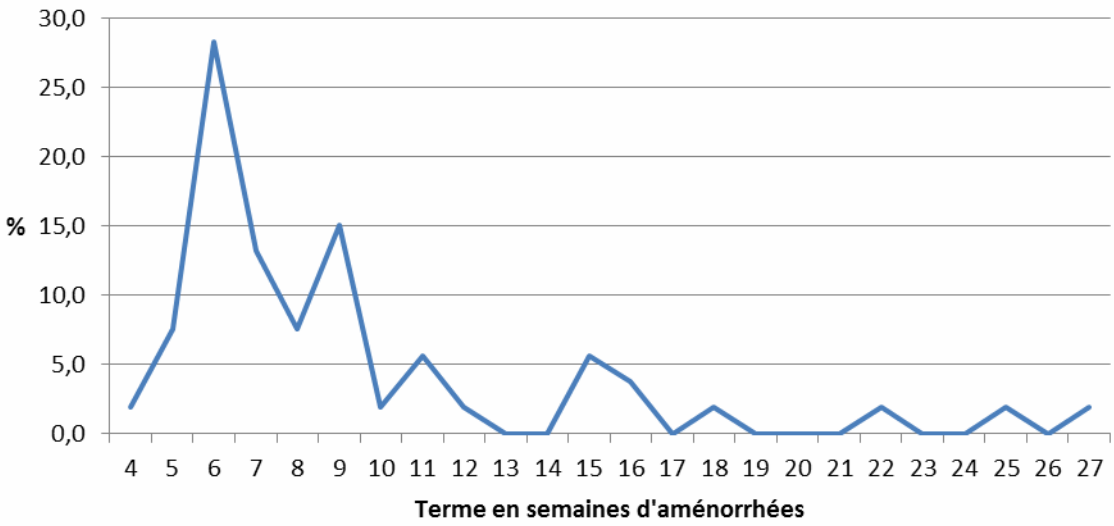
5.1 L'entretien psycho-social

15,1 % des femmes ont bénéficié d'un entretien avec une conseillère conjugale et familiale au moment de leur demande d'IVG.

5.2 Le terme

Près de la moitié des demandes ont été réalisées alors que les femmes étaient enceintes de 7 semaines d'aménorrhées ou moins. (50,9 %)

Figure 10 : terme auquel la demande d'IVG a été réalisée.



17 % des demandes ont été réalisées en dehors du délai légal autorisant l'IVG en France. Parmi celles-ci, 88,9 % concernent des femmes de moins de 25 ans, dont 25 % de jeunes filles mineures.

6 La contraception

Tableau 2 : situation contraceptive des femmes poursuivant leur grossesse suite à une demande d'IVG, au moment de la survenue de la grossesse.

Situation contraceptive	%
Pas de contraception	28,3
Pilule	28,3
Stérilet	3,8
Préservatif	15,1
Patch	1,9
Anneau	1,9
Méthode naturelle	5,7
Grossesse désirée	13,2
Non renseigné	1,9

28,3 % des femmes n'utilisaient pas de méthode contraceptive au moment de la survenue de la grossesse menant à une demande d'IVG.

35,9 % des femmes utilisaient une méthode contraceptive médicale.

20,8 % des femmes ont fait une demande d'IVG suite à un oubli de pilule, et 7,5 % des femmes ont déclarées que la grossesse a fait suite à un échec de pilule.

Aucune femme n'a eu recours à une contraception d'urgence.

Pour 13,2 % des femmes la grossesse était initialement désirée.

Tableau 3 : situation contraceptive des femmes poursuivant leur grossesse suite à une demande d'IVG selon différents âges.

Situation contraceptive	Mineures	18 à 25 ans	Plus de 25 ans
Pas de contraception	50,0%	28,6%	21,1%
Pilule	33,3%	35,7%	15,8%
Stérilet	0,0%	0,0%	10,5%
Préservatifs	16,7%	14,3%	15,8%
Patch	0,0%	3,6%	0,0%
Anneau	0,0%	3,6%	0,0%
Méthodes naturelles	0,0%	3,6%	10,5%
Grossesse désirée	0,0%	7,1%	26,3%
Non renseigné	0,0%	3,6%	0,0%

7 Les entretiens

Parmi les femmes interrogées au cours des entretiens téléphoniques, on retrouve un profil de femmes jeunes : 60 % avaient entre 18 et 25 ans. La plus jeune avait 18 ans et la plus âgée 33 ans.

Elles étaient pour la moitié d'entre elles célibataires, 30 % étaient mariées et 20 % vivaient maritalement.

Au niveau de leur situation professionnelle, seulement 40 % d'entre elles étaient sans activité et aucune n'était en cours de scolarité. Elles étaient 20 % de mères au foyer et 20 % de chômeuses.

40 % des femmes étaient sans enfant et 30 % avaient déjà 3 enfants.

70 % d'entre elles n'avaient jamais eu recours à une IVG. Pour les autres elles avaient déjà eu recours à une intervention plus ou moins récemment puisqu'une d'entre elle l'avait faite moins d'un an avant cette nouvelle demande alors que pour les autres l'IVG datait de plus de 5 ans.

80 % des femmes interrogées ont bénéficié d'un entretien psychosocial avec une conseillère conjugale ou une psychologue.

La demande d'IVG a été réalisée pour 60 % des femmes à un terme de 7 semaines d'aménorrhées ou moins. La demande la plus tardive a été faite à 12 semaines d'aménorrhées.

Au moment de la survenue de la grossesse menant à une demande d'IVG, 20 % des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception et 30 % utilisaient une méthode naturelle (calcul de dates ou retrait). Le reste des femmes utilisaient la pilule, pour 80 % d'entre elles la grossesse a fait suite à un oubli de pilule et pour 20 % à un échec de cette méthode. Aucune femme n'a eu recours à la contraception d'urgence.

DISCUSSION

1 La méthode

Le choix d'une étude rétrospective peut entraîner un biais de sélection puisqu'il peut manquer des données dans certains dossiers que nous ne pouvons rechercher puisque nous ne pouvons recontacter chaque patiente.

Le choix du lieu de l'étude s'est porté sur Saumur puisqu'il existait des erreurs dans le recueil de données du centre d'orthogénie d'Angers qui ne permettait pas une exploitation correcte de celles-ci. Selon la thèse de Stéphane Chalain, basée sur l'étude épidémiologique de l'interruption volontaire de grossesse en Maine-et-Loire en 2007, (27), il n'existe pas de différences majeures parmi les femmes consultant pour la réalisation d'une IVG entre les trois centres du département, ainsi les données de mon étude recueillies à Saumur sont représentatives du département.

Pour compléter mon étude, il me semblait intéressant de pouvoir comparer mes résultats avec les données concernant les IVG faites au centre d'orthogénie de Saumur sur la période 2009 - 2010. J'ai alors recueilli ces données à partir des tableaux Excel des années 2009 et 2010 établis par les médecins du centre d'IVG du CH de Saumur.

De plus, pour mieux comprendre les raisons ayant amené les femmes à poursuivre leur grossesse suite à une demande d'IVG, j'ai choisi de compléter mon étude en réalisant des entretiens avec elles. Les entretiens ont été réalisés auprès de patientes du centre Flora Tristan d'Angers et du centre d'orthogénie de Saumur, puisque comme je l'ai rappelée précédemment, selon la thèse de Stéphane Chalain le profil des femmes consultant pour une demande d'IVG est proche entre les différents centres du département. Le choix s'est porté sur deux centres pour pouvoir interroger le plus grand nombre de femmes entre Octobre 2011 et Février 2012.

2 Le nombre d'IVG non faites

13,9 % des demandes totales d'IVG réalisées au centre d'orthogénie de Saumur sur la période 2009-2010 n'ont pas mené à la réalisation de l'IVG. On voit que ce nombre d'IVG non faites reste relativement stable d'une année à l'autre : en 2009 12 % des demandes totales enregistrées au CH de Saumur n'ont pas conduit à l'IVG et 15,8 % en 2010. Ce constat est valable pour tous les centres d'orthogénie, le nombre de demandes dépassant toujours le nombre d'interventions.

Parmi ces IVG non faites, moins de la moitié sont indépendantes de la volonté de la femme, c'est le cas pour des raisons médicales, telles que les fausses couches spontanées survenant suite à la demande et avant l'intervention prévue, pour les œufs clairs ou les grossesses extra-utérines, ou encore pour des demandes d'IVG réalisées alors que la femme n'est pas enceinte.

7,3 % des IVG non faites correspondent en réalité à un changement de centre d'orthogénie et sont donc réalisées ailleurs. Il est possible que ce chiffre s'explique par un souci de proximité du centre conduisant les femmes vers le centre le plus accessible ou encore à un souci de discrétion, par exemple pour des femmes ne souhaitant pas réaliser l'IVG dans le centre d'orthogénie de leur ville d'habitation.

17, 7 % des IVG non faites sont en lien avec une demande d'IVG réalisée à un terme supérieur au délai légal autorisant l'IVG en France, soit 14 semaines d'aménorrhées. Dans ce cas les femmes sont confrontées à une situation difficile puisqu'elles sont obligées de se rendre à l'étranger si elles souhaitent poursuivre leur démarche d'IVG. 52, 9 % d'entre elles choisiront finalement de garder leur grossesse mais ceci pose la question d'un réel choix de la femme ou d'une contrainte imposée par la difficulté de devoir se rendre à l'étranger. Il pourrait être intéressant de s'intéresser au vécu de grossesse de ces femmes mais ceci dépasse le cadre de notre étude.

Au total, il y a donc 7,7 % des demandes d'IVG réalisées au CH de Saumur sur la période 2009-2010 qui mèneront à la poursuite de la grossesse. Il semble intéressant de savoir ce qui amène les femmes à envisager à un moment l'IVG puis finalement à changer d'avis. C'est ce qui est abordé dans la suite de la discussion.

3 Les caractéristiques sociodémographiques

3.1 L'âge

L'âge moyen des femmes (24,2 ans) ayant poursuivi leur grossesse suite à une demande d'IVG est inférieur de près de 4 ans à celui des femmes ayant réalisé une IVG sur la même période (28 ans), au centre d'orthogénie de Saumur.

Plus de la moitié des femmes de l'étude avaient entre 18 et 25 ans alors qu'elles n'étaient que 34,8 % dans cette tranche d'âge à avoir réalisé une IVG sur la même période, au centre d'orthogénie de Saumur.

Cette majorité de femmes jeunes poursuivant leur grossesse suite à une demande d'IVG se retrouve à travers les entretiens puisque sur les dix femmes interrogées, six d'entre elles avaient entre 18 et 25 ans.

La demande d'IVG chez ces femmes jeunes peut s'expliquer par la logique sociale qui veut que les femmes de cette tranche d'âge pensent d'abord à leur futur professionnel et finissent leurs études avant d'envisager la maternité. (3) Le changement d'avis pour la poursuite de la grossesse, peut quant à lui s'expliquer par la recherche d'un statut social à travers la maternité, ou encore par un désir d'enfant préexistant à la découverte de la grossesse.

Au cours de mes entretiens, une jeune femme de 22 ans, en recherche d'emploi, ayant d'abord réalisé une demande d'IVG par crainte de la réaction de son conjoint à l'annonce de sa grossesse, m'a dit qu'elle avait choisi de poursuivre sa grossesse car elle ne souhaitait pas attendre trop longtemps pour avoir un enfant. Elle a ajouté *« je trouve cela égoïste d'attendre d'avoir fini ses études ou d'attendre un emploi stable pour avoir un enfant. »*. Dans son cas le manque d'investissement professionnel peut conduire à rechercher un statut social à travers la maternité. De plus cette jeune fille était issue d'une culture où la famille tient une place importante, la grossesse était peut-être aussi pour elle le moyen de se conformer au modèle social de la maternité. (4)

Il est intéressant de noter que chez ces jeunes femmes, âgées de 18 à 25 ans, la grossesse était désirée pour 7,1 % d'entre elles et près d'un tiers d'entre elles (28,6 %) n'utilisaient pas de moyen de contraception au moment de la survenue de la grossesse. La question de l'ambivalence du désir d'enfant se pose ici. La grossesse était-elle souhaitée plus ou moins consciemment par ces jeunes femmes jusqu'à ce

qu'elle ne devienne concrète et pose la réelle question d'un désir d'enfant mais surtout d'un projet d'enfant dans l'immédiat. (4)

3.2 L'origine

Sur la période 2009-2010, 13,2 % des femmes ayant choisi de poursuivre leur grossesse suite à leur demande d'IVG résidaient en dehors du département de Maine et Loire et elles étaient 21,3 % pour celles ayant réalisé l'IVG.

Il reste difficile de discuter de ce chiffre puisque la situation géographique de Saumur peut l'influencer. En effet, Saumur ayant beaucoup de départements limitrophes (Indre et Loire, Vienne et Deux-Sèvres), il est parfois plus simple pour les femmes, pour des raisons de kilométrages, de se rendre à Saumur plutôt que dans le centre d'IVG de leur département.

Cependant le choix de se déplacer hors de son département pour réaliser une demande semble plus en lien avec le choix de faire l'IVG. Ceci peut s'expliquer soit par un souci de discrétion ou par une difficulté d'accès à l'IVG dans certains départements.

3.3 La situation matrimoniale

54,7 % des femmes de l'étude étaient célibataires, alors que plus de la moitié des femmes ayant réalisé une IVG vivaient en couple (53,5 %), dont 22,4 % étaient mariée

En 2007, selon l'étude réalisée par Stéphane Chalain sur l'IVG en Maine-et-Loire, (27), plus de la moitié (52,9 %) des femmes ayant réalisé une IVG au centre d'orthogénie de Saumur cette année-là étaient célibataires.

De plus, il est important de noter que le célibat peut correspondre à une absence de vie commune mais pas nécessairement au fait que la femme n'ait pas de conjoint stable. Par exemple, au cours de mes entretiens, j'ai pu remarquer qu'une jeune fille de 19 ans était considérée célibataire dans son dossier alors qu'elle était en couple, mais elle et son conjoint vivaient chacun chez leurs parents respectifs. Le célibat ne correspond pas dans ce cas à l'absence de conjoint mais à l'absence de vie commune.

Il semble donc difficile de savoir si la situation matrimoniale influence à elle seule la décision prise face à une grossesse non prévue. Dans le cas de cette jeune fille de 19 ans, l'IVG avait été envisagée dans un premier temps avec son conjoint car ils ne souhaitaient pas accueillir un enfant sans leur propre logement. Elle justifiait sa demande d'IVG par : *« Nous n'avons pas notre propre appartement et pas de travail.*

Nous n'avions pas envie d'accueillir un enfant dans ses conditions et sans un lieu à nous. ». Ils ont finalement choisi de poursuivre la grossesse, après avoir été informés par le centre de planification des différentes aides mises à leur disposition pour obtenir un logement et accueillir l'enfant dans de bonnes conditions : *« On a pu trouver des réponses à travers les conseils que la psychologue nous a donné et nous nous sommes dit que c'était possible d'envisager cette grossesse. »*.

En ce qui concerne les femmes de notre étude, la majorité des femmes célibataires étaient sans enfant (69,0 %) alors que les femmes mariées étaient toutes mères de famille et 42,9 % avaient déjà 3 enfants ou plus. Il semble que les femmes célibataires avant de choisir de poursuivre leur grossesse, envisagent dans un premier temps l'IVG en fonction de leur statut matrimonial ou de leur situation socioprofessionnelle alors que les femmes mariées le font en fonction de leur statut paritaire. Comme expliqué dans la première partie de mon mémoire (*3.Interrompre ou poursuivre la grossesse*), la décision prise face à une grossesse non prévue ne peut se comprendre qu'en étant mise en relation avec le cycle de vie de la femme.

3.4 La situation socio-professionnelle

Concernant les femmes ayant réalisé une IVG, moins de la moitié (44,7 %) se trouvaient sans activité professionnelle au moment de la survenue de la grossesse, dont 14,5 % étaient en cours de scolarité. Cependant elles étaient 75,5 % sans activité professionnelle à avoir choisi de poursuivre leur grossesse suite à leur demande d'IVG dont 22,6 % étaient en cours de scolarité.

Il semble que le choix de faire l'IVG soit en lien avec la situation professionnelle de la femme. Bien qu'aujourd'hui la parentalité soit vécue comme une expérience privilégiée aussi bien par les femmes que par les hommes, il n'en reste pas moins que les rôles parentaux diffèrent légèrement puisque les femmes continuent d'assumer une grande partie des tâches domestiques et de soins aux enfants. Lorsque la femme est confrontée à une grossesse non prévue elle doit réajuster son quotidien de manière à rendre compatible sa double identité de mère et de professionnelle. Le recours à l'IVG apparaît parfois comme unique solution quand la venue d'un enfant n'est pas compatible avec la situation professionnelle de la femme ou lorsque qu'elle impliquerait l'abandon d'une activité professionnelle. (26)

Une des femmes interrogées a exprimé cette inquiétude vis-à-vis de sa situation professionnelle : *« Mon conjoint souhaitait garder la grossesse mais je venais de débuter un nouveau contrat de travail, j'avais peur de ne pas pouvoir assumer*

financièrement la venue d'un enfant et peur des répercussions sur mon travail. J'ai annoncé ma grossesse à mon patron dans la semaine qui a suivi ma demande d'IVG, il l'a bien pris, m'a félicité en me disant que c'était une bonne nouvelle pour mon ami et moi et m'a expliqué ce que ça changeait au niveau de mon travail. L'entretien avec mon patron m'a rassuré, j'ai pu rediscuter de ma décision avec mon conjoint et envisagé la grossesse. »

Pour les femmes de notre étude, parmi celles qui sont sans activité professionnelle, près d'un quart sont en cours de scolarité. Le choix de poursuivre la grossesse pour ces jeunes femmes peut représenter pour elles un moyen d'obtenir un statut et une reconnaissance sociale à travers la maternité, notamment si leur parcours scolaire ne représente pas pour elles un investissement rentable. (4; 3)

Aucune femme interrogée, au cours de mes entretiens téléphoniques, n'était en cours de scolarité. Les plus jeunes (moins de 25 ans) étaient pour la plupart sans emploi ou occupait un emploi précaire (intérimaire ou saisonnière), une seule occupait un emploi fixe. On retrouve ici le manque d'investissement professionnel, qui rejoint la situation d'échec scolaire, où la grossesse non prévue peut venir répondre à un besoin de valorisation ou de reconnaissance sociale.

4 Les caractéristiques gynécologiques

4.1 Les enfants

Les mères de famille représentaient plus de la moitié des femmes de l'étude (54,7 %) alors qu'elles étaient près de deux tiers (64,2 %) à avoir réalisé une IVG sur la même période. Et si on regarde le nombre de femmes ayant déjà 3 enfants ou plus : elles étaient 23,1 % à avoir réalisé une IVG et seulement 17 % à avoir choisi de poursuivre la grossesse après une demande.

Il semblerait que le fait d'avoir déjà des enfants joue un rôle important dans le choix pris face à une grossesse non prévue : ainsi le fait d'avoir déjà des enfants semble plus présent dans les décisions d'IVG. Comme on a pu le remarquer précédemment dans le cas des femmes mariées, il est possible que ce soit la parité qui influence d'autant plus les femmes dans leur décision, les amenant dans un premier temps à envisager l'IVG, lorsqu'elles ont déjà 3 enfants ou plus, de peur que l'arrivée d'un nouvel enfant ne vienne perturber l'équilibre familial.

Au cours de mes entretiens, 3 femmes avaient déjà 3 enfants, elles m'ont chacune exposé dans les raisons de leur demande d'IVG le fait qu'un enfant de plus posait la question d'un souci d'organisation et d'un souci matériel. L'une d'elles a ajouté *« je pense qu'il est difficile aujourd'hui vis-à-vis de la société d'avoir 4 enfants »* : lorsqu'ils ont choisi avec son mari de poursuivre la grossesse elle a pu constater que certaines personnes de leur entourage les jugeaient en se demandant, par exemple, comment ils allaient s'occuper de 4 enfants et subvenir à leurs besoins.

La remarque de cette femme fait ressortir l'existence actuelle d'une pression sociale en ce qui concerne la maternité. En effet, on remarque que les femmes sont aussi bien jugées par la société lorsqu'elles choisissent d'interrompre une grossesse que lorsqu'elles font le choix d'avoir plus de 3 enfants, ce qui vient renforcer la difficulté de leur décision face à une grossesse non prévue. La norme contraceptive inscrite aujourd'hui dans notre société impose à la femme et au couple un devoir contraceptif. Les moyens de contraception étant multiples et facilement accessibles, le couple se doit d'utiliser un moyen de contraception de manière systématique lors d'un rapport sexuel s'il ne souhaite pas avoir d'enfant. Ainsi les femmes se présentant pour une demande d'IVG, suite à un échec de contraception sont facilement renvoyées par la société dans le registre de la déviance. Cette nouvelle norme contraceptive a aussi modifié la norme procréative, c'est-à-dire les conditions socialement valorisées de la parentalité. Ainsi aujourd'hui, le modèle familial mis en valeur par la société est celui d'un couple stable choisissant le bon moment pour être parents tout en limitant le nombre d'enfants et en espaçant les naissances. (28)

4.2 Les antécédents d'IVG

24,5 % des femmes de l'étude avaient déjà eu recours à une ou plusieurs IVG et elles étaient 27,1 % pour celles ayant réalisé l'IVG sur la même période. Ces chiffres étant très proches, il semble difficile de dire si les antécédents d'IVG peuvent venir influencer la décision prise face à une grossesse non prévue.

Sur 10 femmes interrogées, 3 avaient déjà réalisé une IVG avant cette demande. Pour une d'entre elles l'antécédent d'IVG était une des raisons de son changement d'avis face à la grossesse : *« J'ai déjà connu une IVG il a plusieurs années, je ne voulais pas revivre ça car je ne m'en suis jamais réellement remise. Mon mari ne souhaitait pas non plus que j'ai à le revivre. »*. Ce témoignage montre la difficulté du choix de recourir à l'IVG. Bien que la femme ne mène pas sa grossesse à terme, celle-ci reste inscrite dans son histoire personnelle. (26)

Parmi les 7 femmes qui n'avaient pas d'antécédent d'IVG, 4 d'entre elles m'ont expliqué que l'IVG leur semblait impossible, qu'elles ne s'en sentaient pas capables et qu'elles avaient peur de regretter leur choix, ce qui les a amenées à poursuivre la grossesse. Lorsqu'une jeune femme m'a expliqué son ressenti elle a qualifié l'IVG comme étant *« difficile mentalement, ça me faisait vraiment mal au cœur d'aller faire l'IVG. »*.

Qu'elle soit présente ou non dans les antécédents médicaux de la femme, on constate que l'IVG reste une décision difficile à prendre. Même en ne réalisant que la demande d'IVG les femmes se culpabilisent : *« j'ai eu comme un sentiment de honte en arrivant au centre d'IVG. Je l'ai trouvé « caché » comme mis à l'abri des regards. ».*

5 Les caractéristiques de la demande d'IVG

5.1 L'entretien psycho-social

15,1 % des femmes ayant poursuivi leur grossesse ont bénéficié d'un entretien avec une conseillère conjugale et familiale au moment de leur demande d'IVG et pour les femmes ayant réalisé une IVG, 22,2 % d'entre elles en ont bénéficié. Si ce nombre d'entretien psycho-social semble faible, ceci peut s'expliquer par le temps de présence restreint de la conseillère conjugale et familiale sur le centre d'orthogénie de Saumur. L'entretien reste systématiquement proposé mais les possibilités d'entretien avec les patientes sont donc limitées.

Huit femmes sur dix ayant répondu à l'entretien ont bénéficié d'une consultation avec une psychologue ou une conseillère conjugale. Parmi ces huit femmes : une s'est sentie jugée au cours de cette consultation, deux ont trouvé qu'elle ne leur avait pas été utile, quatre ont apprécié le fait de pouvoir parler de leur situation car cela les a aidées dans leur décision et la dernière a trouvé que l'entretien avait créé de nouveaux doutes concernant son choix.

Le ressenti de cet entretien semble très variable d'une femme à l'autre et il reste difficile de dire s'il est bénéfique ou au contraire trop « moralisateur » dans le parcours de la femme. Il pourrait être intéressant d'étudier plus largement le vécu de cet entretien par les femmes réalisant une demande d'IVG et ainsi savoir s'il joue un rôle dans la suite de leur parcours, et notamment dans le cas de notre étude, dans la poursuite de la grossesse.

5.2 L'entretien médical

Lorsqu'une femme réalise sa demande d'IVG au centre d'orthogénie, elle le fait auprès d'un médecin qui s'entretient avec elle afin de constituer un dossier médical nécessaire à la réalisation de l'intervention. Au cours de cet entretien le médecin demande à la femme la survenue de la grossesse, si elle la connaît (rapport sexuel non protégé, oubli de pilule…), et discute avec elle de la méthode d'IVG envisagée, des risques et des effets secondaires éventuels et de la contraception souhaitée pour la suite. (22)

Parmi les dix femmes interrogées, toutes déclarent ne pas s'être sentie influencée dans leur démarche, ni jugée lors de la prise en charge par le médecin au centre d'orthogénie.

Une d'elle m'a affirmé *«j'avais peur avant d'y aller qu'on essaye de me convaincre de ne pas faire l'IVG mais finalement l'équipe a été très bien, je ne me suis sentie jugée à aucun moment et j'ai été libre de ma décision. »*.

Le jour de la demande, une échographie est réalisée au centre d'orthogénie, si elle n'a pas été faite avant, afin de dater la grossesse et de pouvoir déterminer avec la femme la méthode d'IVG envisageable. Au moment de l'échographie la femme a le choix de voir ou non l'image, celle-ci est montrée seulement à sa demande.

Une des femmes interrogée m'a dit : *« j'avais déjà réalisée ma première échographie avant de faire la demande d'IVG et voir le fœtus en bonne santé rendait l'IVG impossible pour moi. »*. Ceci montre bien l'importance que peut avoir l'échographie et le sens qu'elle prend pour la femme. Elle peut venir influencer le choix de la femme s'il n'est pas clairement défini, d'où la nécessité de prendre en compte son souhait de voir ou non l'image.

5.3 Le terme

La demande d'IVG a été réalisée à un terme de 7 semaines d'aménorrhées ou moins pour près de la moitié des femmes de l'étude (50,9 %) et pour un peu plus de la moitié des femmes ayant réalisé l'IVG (57,2 %).

Peu importe le choix fait suite à la demande d'IVG, la majorité des femmes semble réagir rapidement à un retard de règles.

Concernant les femmes où il est découvert un terme dépassé au moment de la demande, c'est-à-dire qu'elle réalise leur demande au-delà du terme légal autorisant l'IVG en France, et qui choisissent de poursuivre la grossesse par la suite, près de

90 % d'entre elles avaient moins de 25 ans, dont 25 % étaient mineures. On peut penser que cette demande tardive reflète un manque de conscience du risque de grossesse, en cas de rapport sexuel non ou mal protégé, ainsi qu'une mauvaise connaissance de leur propre corps par les jeunes femmes.

5.4 Le délai de réflexion

Avant de pouvoir réaliser une IVG, la femme doit respecter un délai de réflexion de 7 jours à compter du jour de sa demande. Ce délai peut être raccourci en cas de risque de dépassement du délai légal autorisant l'IVG en France. (21; 22)

Utile, long, important, nécessaire, sont autant de mots utilisés par les femmes interrogées pour décrire ce délai de réflexion. Pour la majorité des femmes interrogées ce temps est nécessaire pour prendre du recul et réfléchir à leur décision. L'une d'elle m'a dit *« Je pense que j'aurai fait l'IVG si je n'avais pas eu à attendre ce délai. C'est un temps de réflexion qui me semble important. »*. Une autre m'a expliqué *« Ce délai de réflexion m'a semblé long, c'est dur de devoir attendre 7 jours. Il serait surement plus simple de devoir décider tout de suite car pendant tout ce temps je me disais un coup « oui » un coup « non ». »*.

A travers ces témoignages on aperçoit la complexité de la décision que doivent prendre les femmes, celle-ci justifie la nécessité de ce délai de réflexion.

6 La contraception

Tableau 4 : Situation contraceptive des femmes au moment de la survenue de la grossesse menant à la demande d'IVG, selon si elles ont poursuivi ou interrompu leur grossesse.

Situation contraceptive	Femmes poursuivant leur grossesse	Femmes réalisant l'IVG
Pas de contraception	28,3 %	19,3 %
Pilule	28,3 %	30,6 %
Stérilet	3,8 %	2,5 %
Préservatif	15,1 %	13,1 %
Patch	1,9 %	0,7 %
Anneau	1,9 %	0,7 %
Spermicides	0,0 %	0,3 %
Ligature des trompes (échec)	0,0 %	0,2 %
Méthode naturelle	5,7 %	29,1 %
Grossesse désirée	13,2 %	3,5 %
Non renseigné	1,9 %	0,0 %

A travers ce tableau apparaissent des différences notables au niveau de l'absence de contraception et du désir de grossesse entre les femmes qui poursuivent leur grossesse suite à la demande d'IVG et celles qui réalisent l'IVG.

Le taux d'absence de contraception est plus élevé chez les femmes qui poursuivent la grossesse (28,3 %) que chez celles qui l'interrompent (19,3 %). L'INED déclarait en 2002 que 5 % des femmes disaient n'avoir recours à aucune méthode contraceptive alors même qu'elles n'étaient pas à l'abri d'une grossesse non prévue. (29) En 2005, selon le baromètre santé de l'INPES, 3,2 % des femmes concernées par une grossesse non prévue (c'est-à-dire ayant eu des rapports sexuels dans les douze derniers mois, non stériles, ne souhaitant pas avoir d'enfant et ayant un partenaire au moment de l'enquête) déclaraient n'utiliser aucun moyen de contraception. (7) Cette absence de contraception semble être en décalé de notre société moderne, où le désir d'enfant est rythmé par une « programmation » offerte par la contraception. Il apparaît donc difficile de l'expliquer, mais il faut rappeler que la contraception ne peut être envisagée qu'en prenant en considération le cycle de vie de la femme et sa situation affective, sexuelle et sociale car au-delà des désirs conscients de grossesse ou d'enfant existent des désirs inconscients qui sont à prendre en compte. (30)

En ce qui concerne les femmes de notre étude, le taux plus élevé d'absence de contraception, peut probablement s'expliquer par un désir plus ou moins conscient de grossesse ou d'enfant. Parmi les femmes que j'ai interrogées, toutes ont toujours eu des doutes quant à leur première décision d'interrompre la grossesse. Les premières réactions à la découverte de la grossesse sont variables. Certaines ont pris peur face à la grossesse, souvent par crainte de la réaction du conjoint ou de la famille, mais aussi par peur de ne pas pouvoir accueillir cet enfant correctement : *« J'ai d'abord eu peur en voyant le test positif. J'ai déjà trois enfants, j'avais peur de ne pas pouvoir gérer au niveau de l'organisation. »*, *« Ma première réaction face à la grossesse a été de la peur car ma situation était difficile pour accueillir un deuxième enfant, la relation avec mon ami était très conflictuelle à ce moment-là. »*. D'autres étaient contentes de cette grossesse : *« J'étais surprise par la grossesse, j'y pensais mais sans y penser. J'ai d'abord été contente de la grossesse puis j'ai eu peur de la réaction de mon conjoint. »*, *« Ma première réaction était caractérisée par un gros dilemme : j'étais d'abord très contente face à la découverte puis beaucoup moins car mon couple était en péril à ce moment-là. »*. Ces dernières réactions montrent bien que la grossesse était plus ou moins souhaitée ou attendue par la femme.

Le taux de grossesses désirées est nettement supérieur pour les femmes ayant poursuivi la grossesse (13,2 %) que pour celles ayant réalisé une IVG (3,5 %). Il est possible qu'un désir de grossesse ou un désir d'enfant soit présent de manière consciente chez la femme ou le couple mais que lorsqu'il se concrétise, ils les amènent à changer d'avis et à envisager dans un premier temps une IVG. C'est le cas pour une des femmes ayant répondu à l'entretien : *« Mon conjoint voulait un quatrième enfant puis ne voulait plus au moment de l'annonce de la grossesse. Pour lui, la décision à prendre à ce moment-là était l'IVG alors que je souhaitais poursuivre la grossesse. »*. D'autres fois la grossesse peut être envisagée et désirée à un moment donné puis finalement survenir alors que la situation conjugale, affective ou sociale a changée et ne se prête plus à l'arrivée de cet enfant. Une des femmes ayant répondu à l'entretien avait dans un premier temps attendu une grossesse, c'était un souhait de couple, mais la situation affective avec son conjoint devenant compliqué elle envisageait de reprendre une contraception au moment de la découverte de la grossesse : *« Après le test de grossesse j'ai tout de suite pensé à l'IVG, je pensais qu'il était égoïste de vouloir garder cet enfant alors que mon couple n'allait pas bien. J'étais sûre de mon choix à 80 %. J'ai changé d'avis après la demande car j'ai écouté mon cœur plus que la raison. »*.

Concernant les femmes de notre étude, 35,9 % d'entre elles utilisaient une méthode médicale théoriquement efficace au moment de la survenue de la grossesse. La survenue de la grossesse non prévue pour ces femmes atteste donc le décalage existant entre la méthode utilisée, théoriquement efficace, et la pratique contraceptive quotidienne des femmes.

On constate aussi que pour les plus jeunes (moins de 25 ans), les moyens de contraception utilisés sont majoritairement la pilule et le préservatif, l'utilisation du stérilet n'apparaît que chez les femmes ayant plus de 25 ans. On retrouve à travers ces chiffres (tableau 3), la norme contraceptive valorisée par la société française qui veut que le préservatif soit le moyen de contraception utilisé à l'entrée dans la sexualité, puis qu'il laisse place à la pilule lorsque la relation conjugale se stabilise et que les rapports sont réguliers. Le stérilet étant vu comme la méthode contraceptive à utiliser lorsque le nombre d'enfants souhaités est atteint. (3; 30)

Ceci nous amène à réfléchir sur les habitudes de prescription des médecins. Il semble en effet que la contraception soit prescrite en accord avec le modèle contraceptif français mais pas toujours en accord avec les pratiques contraceptives de la femme. Il apparaît donc essentiel de prendre en compte les besoins de la femme et du couple en matière de contraception et de les informer des différentes méthodes disponibles pour qu'ils réalisent un choix éclairé. (6)

Parmi les femmes mineures de notre étude, la moitié d'entre elles se trouvaient sans contraception au moment de la survenue de la grossesse, ce qui est nettement supérieur à l'ensemble des femmes de l'étude (28,3 %). Cette proportion importante laisse supposer un manque d'information et de prévention concernant la contraception mais aussi le risque de grossesse en cas de rapport non ou mal protégé chez les mineures, auxquelles s'ajoute peut être une difficulté d'accès à la contraception. Ceci rejoint le constat effectué par l'IGAS lors de *l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées*, abordé dans la première partie de mon mémoire (Généralités 1.3.1.) et renforce l'idée qu'il existe encore des obstacles à lever pour faciliter l'accès à la contraception notamment pour les jeunes. (6)

En ce qui concerne la contraception d'urgence, elle apparaît comme un moyen de rattrapage lorsque la contraception habituelle a été mise en échec ou lorsqu'il y a eu un rapport non protégé, et entre ainsi en jeu dans la politique de prévention des grossesses non prévues. On remarque qu'elle n'a été utilisée par aucune des femmes de notre étude et seulement par 3 % des femmes ayant réalisé une IVG sur la période 2009 - 2010 au CH de Saumur. Bien que son utilisation ait augmentée progressivement depuis sa mise sur le marché en 1999, (7), elle ne semble pas être encore bien intégrée dans les pratiques habituelles des femmes. Il semble important d'augmenter les efforts d'information concernant la contraception d'urgence, notamment en expliquant aux femmes à quel moment elle doit être prise et quelles sont les situations à risque de grossesse qui justifient sa prise (oubli de pilule, mauvais usage du préservatif…). Comme l'a souligné l'IGAS au cours de son enquête, pour améliorer le recours à la contraception d'urgence il semble nécessaire d'anticiper sa prescription et sa délivrance. (6)

7 Les raisons de la poursuite de la grossesse

A travers les entretiens, j'ai pu constater que les femmes ayant changé d'avis suite à leur demande d'IVG, ont toujours eu des doutes concernant leur choix, laissant apparaître une envie de garder cette grossesse.

Une d'elle a exprimé la raison de sa demande en me disant *« Je n'ai jamais été sûre de ma décision d'IVG, j'étais contre l'IVG à la base, j'avais pris rendez-vous en cas de problème. J'ai toujours eu en tête de garder la grossesse mais j'avais peur que ce ne soit pas possible avec ma situation* (absence de logement et de travail)*. »*. Elle a choisi de poursuivre sa grossesse suite à la réalisation de sa demande d'IVG, car elle a pu trouver des réponses auprès du centre de planification concernant sa situation (aides possibles pour le logement…).

Les raisons du changement d'avis restent variables selon les femmes, ce qui rappelle que la décision prise face à une grossesse non prévue ne peut se comprendre qu'en étant mise en rapport avec le moment du cycle de vie des femmes où elle survient. (26)

Certaines justifient leur choix en exprimant un sentiment d'impossibilité ou d'incapacité à réaliser l'IVG : *« J'avais déjà vécue une grossesse et en voyant mon premier enfant en bonne santé, je me sentais incapable d'arrêter cette grossesse. »*, *« J'ai écouté mon cœur plus que ma raison. Le fait d'arrêter la grossesse aurait été pour moi comme de tuer un enfant et ce n'était pas concevable. »*, ou encore *« Il y a beaucoup de grossesse dans mon entourage. Une de mes cousines est venue me voir avec ses filles, j'en ai pris une dans mes bras et j'ai pleuré. Ce n'était pas possible d'arrêter la grossesse. »*.

Pour deux jeunes femmes interrogées, le changement d'avis est plus dû au fait que la demande d'IVG n'était par leur choix mais celui de leur entourage. *« Ma belle-mère m'a accompagné au centre d'IVG et m'a « forcée », je pensais être prête pour l'IVG mais après la consultation et l'échographie, je ne m'en sentais pas capable. »* m'a expliqué l'une d'entre elle, alors que la deuxième m'a dit *«Mon conjoint voulait poursuivre la grossesse. Ce sont ma mère et ma sœur qui m'ont soutenue dans ma décision d'IVG mais en réalité elles m'ont influencée, c'est parce qu'elles le voulaient*

que j'ai fait la demande. J'avais peur de regretter l'IVG, j'ai choisi avec mon conjoint de poursuivre la grossesse mais ma famille n'est pas encore au courant. ».

Pour les autres, elles ont changé d'avis en faisant abstraction des raisons qui les ont fait envisager l'IVG (qu'elles soient matérielles ou conjugales) et c'est l'envie de poursuivre la grossesse qui a pris le dessus.

Quelles que soient les raisons les ayant amenées à changer d'avis et exceptées les deux jeunes femmes qui se sont senties influencées par leur entourage, les femmes ayant répondu à l'entretien se sont toujours senties soutenues par leur entourage proche (conjoint, parents, frères et sœurs, amis très proches) dans leurs démarches.

CONCLUSION

En conclusion, le nombre de demandes d'IVG au centre d'orthogénie de Saumur est chaque année supérieur au nombre d'IVG réalisées. Sur la période 2009 - 2010, ce sont 13,9 % des demandes d'IVG réalisées qui ne mèneront pas à la réalisation de l'IVG au CH de Saumur. Ceci s'explique par un nombre d'IVG non faites qui correspond pour plus de la moitié à des grossesses poursuivies suite à la demande d'IVG. Les autres IVG non faites étant représentées notamment par des changements de centre d'IVG, des fausses couches spontanées avant l'intervention, des IVG réalisées à l'étranger…

L'âge et la situation professionnelle semblent être les deux principales caractéristiques qui différencient les femmes choisissant de poursuivre la grossesse de celles qui réalisent l'IVG. Les femmes de notre étude étant plus jeunes et plus nombreuses sans activité professionnelle au moment de la survenue de la grossesse que celles qui ont réalisé l'IVG. Le fait d'avoir déjà des enfants et notamment le nombre d'enfants apparaît comme un autre élément essentiel dans la décision prise face à une grossesse non prévue, les mères de famille étant plus nombreuses à réaliser l'IVG.

En ce qui concerne la survenue de la grossesse non prévue, qu'elle soit poursuivie ou non, des efforts de prévention au niveau de la contraception et de la contraception d'urgence semblent être encore nécessaires. Comme on a pu le voir à travers les chiffres de cette étude, une partie non négligeable de femmes n'utilisent pas de méthode de contraception ou utilisent des méthodes naturelles peu efficaces au moment de la survenue de la grossesse menant à une demande d'IVG et très peu de femmes ont recours à la contraception d'urgence comme méthode de rattrapage.

Les femmes choisissant d'interrompre leur démarche d'IVG pour poursuivre la grossesse semblent le faire pour des raisons différentes, dépendantes de chacune d'elles. A travers les entretiens on a pu s'apercevoir que la décision de demande d'IVG n'est jamais sûre pour la femme, que des doutes existent avant même de faire l'IVG, comme si l'envie de garder la grossesse était déjà présente. Il est important de rappeler que la décision de poursuivre ou non la grossesse est à mettre en relation avec la trajectoire de vie de la femme et qu'il est difficile de repérer des contextes menant à l'une ou l'autre décision. De plus de nombreux facteurs interviennent au niveau de la construction de la décision, en rapport avec l'histoire passée de la femme

et sa situation affective actuelle ainsi que son parcours socioprofessionnel, auxquels s'ajoutent des désirs inconscients. (26)

Les différents temps d'accueil d'une demande d'IVG sont importants dans l'écoute, l'accompagnement et le respect pour les femmes et les couples qui viennent consulter. La neutralité des différents professionnels est fondamentale afin de laisser le choix à ces femmes, et il ne semble pas que l'entretien psychosocial réalisé au moment de la demande d'IVG joue un rôle dans la suite du parcours de la femme et interagit dans sa décision.

Cette étude apporte donc des informations sur le profil de ces femmes qui hésitent face à cette grossesse débutante.
La question que nous pouvons nous poser maintenant serait de s'intéresser au vécu de grossesse de ces femmes, qui à un moment donné de leur parcours ont voulu l'interrompre, et qui ont finalement choisi de la mener à terme et d'apprécier la mise en place du lien mère enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Régnier-Loilier A., Leridon H.** La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée? *Population & Sociétés.* INED, Novembre 2007, n°439.

2. **Vilain A.** Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. *Etudes et résultats.* DRESS, Juin 2011, n°765, p. 6.

3. **Bajos N., Moreau C., Leridon H. et al.** Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Population & Sociétés.* INED, Décembre 2004, n°407.

4. **Bachelot A.** Aspects psychologiques de la grossesse non prévue. [auteur du livre] Bajos N., Ferrand M. et l'équipe GINE. [éd.] INSERM. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.* Paris : Editions scientifiques multimédias, 2002, pp. 79-114. Collection Questions en santé publique.

5. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la poli tique de santé publique. *JORF n°185.* 11 Août 2004. texte n°4, p. 14277.

6. **Aubin C., Jourdain Menninger D., Chambaud L.** *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 Juillet 2001, rapport n°RM 2009-112P.* Inspection générale des affaires sociales. 2009. p. 93.

7. **Beck F., Guilbert P., Gautier A.** *Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé.* [éd.] Cormand M-F. Saint-Denis : Editions INPES, 2007. Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_ist.pdf (consulté le 01/02/2012). ISBN 978-2-9161-9201-7.

8. **Equipe COCON.** "Contraception : from accessibility to efficiency" Human Reproduction, Vol.18, n°5. *Oxford Journals.* [En ligne] 2003. [Citation : 9 Février 2012.] http://humrep.oxfordjournals.org/.

9. **Ministère de l'Education nationale.** Circulaire n°2003-027 du 17-2-2003, relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. *Bulletin officiel.* 27 Février 2003. n°9.

10. **INPES.** La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. *Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.* [En ligne] 11 Septembre 2007. [Citation : 13 Février 2012.] http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf.

11. **Terrade O.** *Contraception, IVG : actualiser les droits pour aider toutes les femmes.* Sénat. Paris : s.n., 2000-2001. p. 80, Rapport d'information n°200. ISSN 1249-4356.

12. **Bourgault-Coudevylle D.** L'interruption volontaire de grossesse en 2011. Réflexions sur un acte médical aux implications controversées. [éd.] La Documentation Française. *RFAS (Revue française des affaires sociales), L'interruption volontaire de grossesse.* 2011, Vol. n°1, pp. 22-41.

13. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances et abrogeant les art. L648 & L649 du Code de la Santé Publique. *JORF.* 29 Décembre 1967. p. 12861.

14. **Weil-Olivier C.** *Vie de femmes 50 ans d'avancées médicales.* Paris : John Libbey eurotext, 2008. p. 128. ISBN 978-2-7420-0692-2.

15. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). *JORF.* 18 Janvier 1975. p. 739.

16. **Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé.** Les lois. *Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur santé).* [En ligne] 31 Mars 2010. [Citation : 13 Février 2012.] http://www.sante.gouv.fr/les-lois.html.

17. Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l' interruption volontaire de la grossesse. *JORF.* 1 Janvier 1980. p. 3.

18. **Nisand I., Merg-Essadi D.** Aspects éthiques et médicolégaux de l'interruption volontaire de grossesse. *EMC Gynécologie.* Elsevier Masson SAS, Paris, 2009, 738-B-80, p. 13.

19. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure. *JORF.* 1 Janvier 1983. p. 15.

20. Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverse s mesures d'ordre social. *JORF n°25.* 30 Janvier 1993. p. 1576.

21. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'i nterruption volontaire de grossesse et à la contraception. *JORF n°156.* 7 Juillet 2001. texte n°1, p. 10823.

22. **Direction générale de la Santé - Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.** Interruption volontaire de grossesse Dossier-guide. [Document d'information]. Novembre 2007.

23. Décret n°92-784 du 6 août 1992 relatif aux cent res de planification ou d'éducation familiale. *JORF.* 12 Août 1992. n°186, p. 10969.

24. **Conseil général de Maine-et-Loire.** Les centres de planification et d'éducation familiale. [Document d'information]. Juillet 2003.

25. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant divers es dispositions relatives à la régulation des naissances. *JORF.* 5 Décembre 1974. p. 12123.

26. **Donati P., Cèbe D., Bajos N.** Interrompre ou poursuivre la grossesse? Construction de la décision. [auteur du livre] Bajos N., Ferrand M. et l'équipe GINE. [éd.] INSERM. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.* Paris : Editions scientifiques multimédias, 2002, pp. 115-162. Collection Questions en santé publique.

27. **Chalain S.** *Etude épidémiologique de l'interruption volontaire de grossesse en Maine-et-Loire en 2007.* Angers : s.n., 2009. p. 93. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine.

28. **Bajos N., Ferrand M.** De l'interdiction au contrôle : enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. [éd.] La Documentation Française. *RFAS (Revue française des affaires sociales), L'interruption volontaire de grossesse.* 2011, n°1, pp. 42-60.

29. **Leridon H., Oustry P., Bajos N. et l'équipe Cocon.** La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population & Sociétés.* INED, Juillet-Août 2002, n° 381, p. 4.

30. **Bajos N., Ferrand M., Hassoun D.** Au risque de l'échec : la contraception au quotidien. [auteur du livre] Ferrand M., l'équipe GINE. Bajos N. [éd.] INSERM. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.* Paris : Editions scientifiques multimédias, 2002, pp. 33-78. Collection Questions en santé publique.

ANNEXES

Annexe 1 : table des matières

Remerciements 3
Glossaire 4
Sommaire 5
INTRODUCTION 6
GENERALITES 8
1 La grossesse non prévue 9
1.1 Définition 9
1.2 Ses aspects psychosociologiques (4) 9
1.3 Sa prévention 10
1.3.1 La contraception 10
1.3.2 La contraception d'urgence 12
1.3.3 L'information et l'éducation à la sexualité 13
2 L'IVG 15
2.1 Le cadre législatif 15
2.2 Les démarches pour la femme (22) 17
2.3 Les centres de planification et d'éducation familiale (23; 24) 18
3 Interrompre ou poursuivre la grossesse ? 19
3.1 La prise de décision (26) 19
3.2 Les motifs de la décision (26) 20
3.2.1 Le désir d'enfant 20
3.2.2 Le contexte relationnel et conjugal 21
3.2.3 Le poids du contexte matériel 21
3.2.4 Les autres motifs avancés 21
3.3 Décision individuelle ou de couple (3; 26) 21
3.4 La décision d'IVG (3) 22
POPULATION ET METHODE 24
1 Type d'étude 25
2 Durée de l'étude 25
3 Lieu de l'étude 25

4 Population étudiée 25
5 Modalités de recueil des données 25
5.1 Données statistiques 25
5.2 Entretiens 26
RESULTATS 27
1 Le nombre d'IVG non faites 28
2 Les raisons de l'interruption des démarches d'IVG 28
3 Les caractéristiques sociodémographiques 29
3.1 L'âge 29
3.2 L'origine 30
3.3 La situation matrimoniale 30
3.4 La situation socioprofessionnelle 31
4 Les caractéristiques gynécologiques 32
4.1 Les enfants 32
4.2 Les antécédents d'IVG 34
5 Les caractéristiques de la demande d'IVG 35
5.1 L'entretien psycho-social 35
5.2 Le terme 35
6 La contraception 36
7 Les entretiens 37
DISCUSSION 38
1 La méthode 39
2 Le nombre d'IVG non faites 40
3 Les caractéristiques sociodémographiques 41
3.1 L'âge 41
3.2 L'origine 42
3.3 La situation matrimoniale 42
3.4 La situation socio-professionnelle 43
4 Les caractéristiques gynécologiques 44
4.1 Les enfants 44
4.2 Les antécédents d'IVG 45
5 Les caractéristiques de la demande d'IVG 46
5.1 L'entretien psycho-social 46
5.2 L'entretien médical 47
5.3 Le terme 47
5.4 Le délai de réflexion 48
6 La contraception 48
7 Les raisons de la poursuite de la grossesse 52
CONCLUSION 54

BIBLIOGRAPHIE 57
ANNEXES 61
Annexe 1 : table des matières 62
Annexe 2 : liste des figures et tableaux 64
Annexe 3 : questionnaire ayant servi de guide pour les entretiens téléphoniques 66

Annexe 2 : liste des figures et tableaux

Figure 1 : les différentes raisons de l'interruption des démarches d'IVG.

Figure 2 : répartition par tranches d'âge des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG.

Figure 3 : situation matrimoniale des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG.

Figure 4 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur catégorie socio-professionnelle.

Figure 5 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur situation professionnelle.

Figure 6 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur nombre d'enfants.

Figure 7 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon l'âge de leur dernier enfant

Figure 8 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur antécédent d'IVG.

Figure 9 : date de la dernière IVG

Figure 10 : terme auquel la demande d'IVG a été réalisée.

Tableau 1 : répartition des femmes ayant poursuivi leur grossesse suite à leur demande d'IVG selon leur nombre d'enfants et leur situation matrimoniale.

Tableau 2 : situation contraceptive des femmes poursuivant leur grossesse suite à une demande d'IVG, au moment de la survenue de la grossesse.

Tableau 3 : situation contraceptive des femmes poursuivant leur grossesse suite à une demande d'IVG selon différents âges.

Tableau 4 : Situation contraceptive des femmes au moment de la survenue de la grossesse menant à la demande d'IVG, selon si elles ont poursuivi ou interrompu leur grossesse.

Annexe 3 : questionnaire ayant servi de guide pour les entretiens téléphoniques

1. Comment avez-vous découvert votre grossesse (retard de règles, signes de grossesse, test…) ? A quel terme était-ce ? Etiez-vous seule au moment de cette découverte ?
2. Quelle a été votre première réaction ?
3. Vers qui vous êtes-vous tournée dans un premier temps (votre entourage, votre conjoint, corps médical, Internet…) ?
4. A partir de quel moment avez-vous envisagé la demande d'IVG ?
5. Est-ce une décision que vous aviez prise seule ?
6. Etiez-vous sûre de votre choix ? Les autres personnes étaient-elles sûres de leur choix ?
7. Quelles sont les personnes qui vous ont soutenues dans votre choix ?
8. Quelles étaient les raisons qui vous ont fait envisager cette demande ?
9. Comment avez-vous connu le centre d'orthogénie ?
10. Le délai de réflexion obligatoire de 7 jours après la demande d'IVG vous semblait-il utile ?
11. A quel moment avez-vous choisi de garder votre grossesse ?
12. Votre entourage vous a-t-il influencé ?
13. La prise en charge au niveau du centre de planification vous a-t-elle influencée dans votre choix ?
14. Aviez-vous bénéficié d'un entretien avec une conseillère ou une psychologue au moment de la demande ? Si oui, vous a-t-il aidé dans votre démarche ?
15. Qu'est-ce qui vous a amené à changer d'avis ?
16. Vous êtes-vous sentie soutenue tout au long de vos démarches (par votre entourage, par l'équipe soignante…) ? Ou au contraire avez-vous été déçue par certaines réactions ?

Résumé :

Objectifs : Chaque année, le nombre de demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) effectuées au centre d'orthogénie de Saumur est supérieur au nombre d'IVG réalisées dans ce même centre. Cette différence s'explique par un nombre d'IVG non faites correspondant pour plus de la moitié à des grossesses poursuivies suite à la demande d'IVG.

Cette étude a pour objectifs de voir quelles sont ces femmes qui poursuivent leur grossesse suite à la demande d'IVG et de comprendre ce qui peut les amener à changer d'avis.

Population et méthode : Une étude rétrospective a été réalisée au centre d'orthogénie de Saumur sur la période 2009 - 2010 concernant ces femmes qui poursuivent leur grossesse suite à la demande d'IVG.

Résultats : Il ressort que les femmes de l'étude poursuivant leur grossesse étaient plus jeunes et plus nombreuses sans activité professionnelle que celles réalisant une IVG sur la même période et que les mères de famille semblaient quant à elles plus amenées à réaliser l'IVG face à une grossesse non prévue. L'absence de contraception ou l'emploi de méthodes contraceptives peu efficaces ont été retrouvés de manière non négligeable chez les femmes réalisant une demande d'IVG.

Conclusion : Il reste difficile de conclure à un profil de femmes amenées à poursuivre leur grossesse lorsqu'elle est non prévue. En effet, la construction de la décision face à cette grossesse est complexe. De nombreux facteurs interviennent aussi bien conscients qu'inconscients et la décision se forme en rapport avec la trajectoire de vie de la femme.

Mots-clés :

IVG	Centre de planification	Désir de grossesse
IVG non faite	Grossesse	Mère
Centre d'IVG	Grossesse non prévue	

Abstract :

Objectives : Every year the number of abortion requests made at the Abortion Centre in Saumur is a lot higher than the actual abortions carried out. This is because more than half of the women who request an abortion then decide to continue their full-term pregnancy.

The objectives of this study are to show which type of women chose to continue their pregnancy after making an abortion request and to understand why they changed their mind.

Population and method : A retrospective study was carried out at the Abortion Centre in Saumur, between 2009 and 2010, about women who chose to continue their pregnancy after making an abortion request.

Results : The type of women from the study who continued their pregnancy were generally younger and had a less privileged background than those who, in the same period, decided to have an abortion. Furthermore, the study showed that women who were already mother were more likely to have an abortion if the pregnancy was unplanned. One of the characteristics of women who requested an abortion is that they used ineffective or no methods of contraception.

Conclusion : It is difficult to produce a profile of women who continue their full-term pregnancy when the pregnancy is unplanned. Indeed, the decision-making process regarding an unplanned pregnancy is very complicated. There are a lot of factors, both consciously and unconsciously that will have an effect on the decision like women's individual personal history and current circumstances.

Keywords :

Abortion	Sex Clinic	Planned pregnancy
Full-term pregnancy	Pregnancy	Mother
Abortion Center	Unplanned pregnancy	