Taux élevé d'interruption volontaire de grossesse en Corse : éléments de compréhension par des facteurs sociaux et médicaux pour une meilleure pratique en médecine de ville

Nicolas Mondielli

▶ **To cite this version:**

Nicolas Mondielli. Taux élevé d'interruption volontaire de grossesse en Corse : éléments de compréhension par des facteurs sociaux et médicaux pour une meilleure pratique en médecine de ville. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01412560

HAL Id: dumas-01412560

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412560

Submitted on 8 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Par

MONDIELLI Nicolas

Né le 05/03/1989 à Bastia

Taux élevé d'interruption volontaire de grossesse en Corse. Eléments de compréhension par des facteurs sociaux et médicaux pour une meilleure pratique en médecine de ville

---

Présentée et soutenue le 18 OCTOBRE 2016

Monsieur Le Professeur Philippe HOFLIGER	Président du jury
Monsieur Le Professeur Emmanuel BARRANGER	Assesseur
Monsieur Le Professeur André BONGAIN	Assesseur
Monsieur Le Docteur Franck LE DUFF	Directeur de thèse
Monsieur Le Professeur Frédéric PEYRADE	Assesseur

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annely
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale
M.	WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Table des matières

Abréviations 11
I INTRODUCTION 12
I.1 Contexte 12
I.2 Objectifs et hypothèse 13
I.3 Etat des lieux 14
I.3.1 Les IVG en Europe 14
I.3.2 Aspects légaux de l'IVG en France 14
I.3.3 Les méthodes d'IVG 14
I.3.4 La pratique d'IVG en Corse. 15
I.3.5 La femme dans la société Corse 16
II MATERIELS ET METHODES 19
II.1 Schéma de l'étude 19
II.2 Elaboration du guide d'entretien 19
II.3 Recrutement des participantes 20
II.4 Recueil de données 21
II.5 Analyse qualitative des données 22
II.6 Analyse de l'échantillon 22
II.7 Aspects éthiques 22
III RESULTATS 23
III.1 Description de l'échantillon 23
III.2 Analyse thématique 25
III.2.1 Une norme procréative centrée sur le bien-être de l'enfant 25
III.2.1.1 Etre mère, un devoir 25

III.2.1.2 Pas trop jeune 25
III.2.1.3 Travailler, une nécessité 26
III.2.1.4 Pas d'enfant sans père 26
III.2.1.5 Eduquer un enfant : une lourde responsabilité . 26
III.2.1.6 L'enfant roi 27
III.2.2 Des obstacles à l'éducation sexuelle et à la contraception 28
III.2.2.1 La sexualité, un tabou culturel 28
III.2.2.2 Le médecin traitant, interlocuteur rare dans la contraception 28
III.2.2.3 Le manque d'anonymat 29
III.2.2.4 Le modèle « tout pilule » remis en cause 29
III.2.2.5 Une sous-utilisation du préservatif masculin . . 30
III.2.3 La place de l'homme : paradoxale 31
III.2.3.1 Un désengagement de l'homme dans la contraception 31
III.2.3.2 L'homme effacé par l'arrivée d'un enfant 31
III.2.3.3 Omniprésent dans le parcours menant à l'IVG . 32
III.2.4 Une facilité d'accès à la structure d'orthogénie 33
III.2.4.1 Premier contact : l'hôpital 33
III.2.4.2 Des délais de prise en charge courts 33
III.2.4.3 La technique médicamenteuse largement répandue 33
III.2.5 Le recours à l'IVG : une épreuve 34
III.2.5.1 Un droit irrévocable ? 34
III.2.5.2 Un désir de grossesse conscient ou inconscient . 35
III.2.5.3 L'importance d'un délai de réflexion 35
III.2.5.4 Après la décision : une urgence ressentie 35
III.2.5.5 Une épreuve physique et psychologique 36
III.2.5.6 Un sentiment de culpabilité 36
III.2.5.7 La croyance religieuse : jamais déterminante . . 37
IV DISCUSSION 38

V CONCLUSION 47

Bibliographie. **49**

Annexes 53

ABREVIATIONS

ANCIC : Association Nationales des Centres d'IVG et de Contraception

ARS : Agence Régionale de Santé

CHA : Centre Hospitalier d'Ajaccio

CHB : Centre Hospitalier de Bastia

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HCEfh : Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Insitut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

ORS : Observatoire Régional de Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I INTRODUCTION

I.1 Contexte

Depuis 1975, année de la légalisation de l'avortement en France, le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a d'abord baissé grâce au développement des méthodes efficaces de contraception puis s'est ensuite stabilisé [33]. L'IVG demeure une question de santé publique qui concerne l'ensemble des médecins généralistes puisque d'après les estimations de l'INED, une femme sur trois aura recours à l'IVG au moins une fois dans sa vie [34].

D'après les travaux réalisés par l'INSERM, la stabilité du recours à l'IVG est la conséquence de deux mouvements opposés : d'une part, une diminution des grossesses non désirées due à une bonne diffusion de la contraception en France, et d'autre part, une augmentation du recours à l'IVG en cas de survenue d'une grossesse non prévue. Cette propension à recourir à l'IVG est à mettre en rapport avec l'évolution des représentations sociales, comme celle du statut des femmes [6].

La Corse a toujours fait partie des régions françaises présentant un des plus forts taux d'IVG. Selon la DREES, en 2015, elle se situe au deuxième rang en France métropolitaine, avec 17.2 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, derrière la Région PACA et devant l'Ile de France [44]. La prévention des IVG est devenue une des priorités régionales définies par l'ARS de Corse [3]. Dans ce contexte, l'Observatoire Régional de Santé a été missionné pour mener une étude auprès des femmes recourant à l'IVG. Cette enquête par questionnaire réalisée en 2015 en Corse du Sud, dont les résultats sont en cours de publication, s'est attachée à décrire les caractéristiques sociodémographiques et les méthodes contraceptives des participantes. Elle ne permet pas en revanche d'expliquer les logiques sociales qui sous-tendent cette demande d'IVG.

Des auteurs mettent en avant des éléments expliquant les disparités régionales au recours à l'IVG, parmi lesquels figurent : les conditions socio-économiques, les comportements relatifs à la sexualité, à la contraception et au désir d'enfant, quelques fois liés aux structures familiales et au mode de vie de ces populations [45, 20, 10]. En Corse, alors que le taux d'IVG demeure l'un des plus fort de France depuis deux décennies, aucune étude n'a jusqu'à présent permis d'en comprendre les déterminants. Comment pouvons-nous expliquer ce phénomène ? Y-a-t-il une « singularité » de la femme Corse face à cette problématique ? Quels peuvent être les facteurs influençant ses comportements et ses choix ?

I.2 Objectifs et hypothèse

L'objectif principal de notre travail vise à comprendre pourquoi les taux d'IVG sont si élevés depuis de nombreuses années en Corse.

Notre réflexion s'appuie sur la représentation particulière de la femme en Corse. Territoire insulaire soumis à de nombreuses influences historiques et géographiques, nous avons émis l'hypothèse que la place de la femme, sa position sociale et sa représentation sociétale peuvent être à l'origine d'un comportement permettant d'expliquer ce fort taux sur l'île.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Appréhender la situation sociale de ces femmes.
- Décrire la conception de la parentalité et de la famille.
- Cerner les rapports sociaux entre les hommes et les femmes.
- Décrire la représentation de la sexualité et les comportements relatifs à la contraception.
- Connaître l'accès aux structures d'orthogénie sur le territoire.
- Apprécier la place de la croyance, en particulier religieuse dans les choix vis-à-vis de l'IVG.
- Recueillir le ressenti des femmes vis-à-vis de leur IVG.

I.3 Etat des lieux

I.3.1 Les IVG en Europe

La grande majorité des Etats membres de l'Union européenne autorisent aujourd'hui l'avortement. Il n'y a qu'à Malte que l'IVG est totalement interdite. Cependant, dans différents pays comme l'Irlande, Chypre, ou encore la Pologne, l'avortement n'est pas autorisé "à la demande", mais seulement en cas de viol ou d'indication médicale.En Italie, il est légal mais se heurte largement à la clause de conscience des médecins [17].
Les délais légaux d'interruption de grossesse vont globalement jusqu'à 12 semaines de grossesse, comme en France, mais peuvent aller au-delà (18 semaines pour la Suède, 24 semaines pour les Pays-Bas et la Grande Bretagne).

I.3.2 Aspects légaux de l'IVG en France

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la "loi Veil" du 17 janvier 1975 , reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1er janvier 1980 [31, 32]. Des difficultés d'accès à l'avortement constatées à la fin des années 1990 ont abouti à une modification des règles de recours à l'IVG dans la "loi Aubry-Guigou" du 4 juillet 2001 [35]. Le délai légal pour recourir à une IVG passe de 10 à 12 semaines de grossesse (14 semaines d'aménorrhée) et l'obligation du consentement parental pour les mineures a été remplacée par la présence d'un "adulte référent". La loi prévoit deux consultations médicales obligatoires pour toutes les femmes avant la réalisation d'une IVG [29]. Le délai obligatoire de réflexion d'une semaine entre les deux consultations a été supprimé par la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée en janvier 2016 [30]. Le médecin doit proposer systématiquement, avant et après l'IVG, un entretien avec une personne qualifiée en conseil conjugal. Cet entretien est obligatoire pour les mineures [29]. Tous les actes nécessaires pour la réalisation d'une IVG sont remboursés à 100% depuis le 1er avril 2016 [2].

I.3.3 Les méthodes d'IVG

Deux méthodes existent pour pratiquer une IVG : la méthode "médicamenteuse" (ou "médicale") et la méthode "instrumentale" (ou "chirurgicale").

La méthode instrumentale

La technique chirurgicale est réalisée en établissement de santé et depuis janvier 2016 dans les centres de santé [22]. Cette méthode consiste, après dilatation du col utérin, en une évacuation du contenu de l'utérus par aspiration effectuée à l'aide d'une canule. La dilatation du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse. Elle est réalisée sous anesthésie locale ou générale dans des conditions strictes d'asepsie et dure une dizaine de minutes. Une surveillance de quelques heures est le plus souvent suffisante [21].

La méthode médicamenteuse

La technique médicale est pratiquée dans les structures agréées suivantes : établissement de santé, cabinet de ville, CPEF, centre de santé. Elle peut être réalisée jusqu'à la fin de la septième semaine d'aménorrhée. En établissement de santé, ce délai peut être prolongé jusqu'à 9 semaine d'aménorrhée. L'IVG médicamenteuse peut être pratiquée par un médecin justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et ayant passé une convention avec un établissement de santé autorisé. Les sages-femmes peuvent également réaliser les IVG médicamenteuses depuis le 5 juin 2016 [15].
Cette méthode repose sur les prises orales de l'antiprogestérone MIFEPRISTONE, puis de prostaglandines (MISOPROSTOL) 36h à 48h après. Cette seconde prise peut être réalisée au domicile de la patiente.

Une consultation de contrôle comprenant un dosage de β-hCG plasmatique ou une échographie pelvienne a lieu entre la deuxième et la troisième semaine post-IVG, quelle que soit la méthode.

I.3.4 La pratique d'IVG en Corse.

On compte en 2013 sur l'île 1281 IVG pour 2916 naissances [1] soit près de 44 IVG pour 100 naissances.
En 2013, 85% des IVG sont réalisées en établissement de santé. La part des IVG médica-

1. données Insee

menteuses était de 74.7% contre 58% au niveau national [43].

Les structures habilitées à réaliser des IVG en Corse sont présentées sur la figure 1.

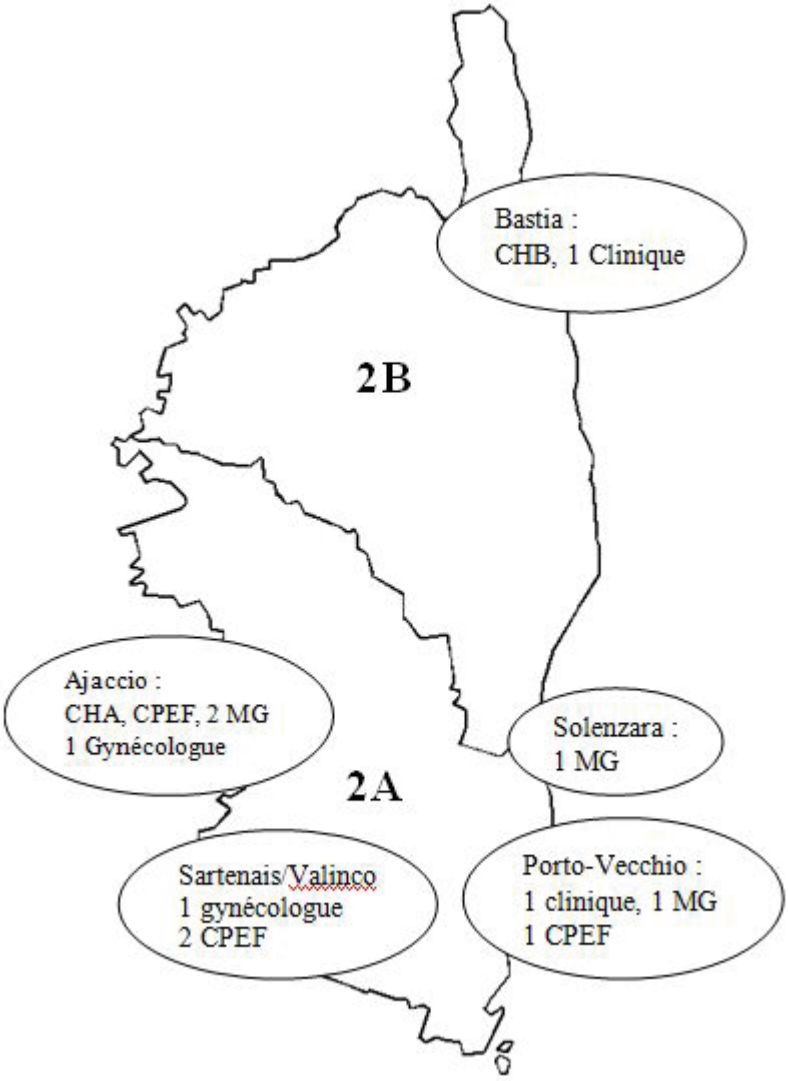

FIGURE 1 – Offre de prise en charge des IVG en Corse en 2016

I.3.5 La femme dans la société Corse

La femme hier

La Corse a été avant tout une société agropastorale et l'urbanisation n'a été que tardive, vers 1960. C'était une société patriarcale où l'homme régnait en maître (le mari, le père et les frères). Leur statut de mère et d'épouse conféraient aux femmes une aura certaine dans la société Corse même si le pouvoir de décision appartenait aux hommes. Les femmes travaillaient aux champs, récoltaient et vendaient leurs produits. De tout temps, la maternité

n'a jamais empêché le travail féminin [39]. Par la maternité, la femme était investie d'un honneur, celui de perpétuer la lignée du mari [18].

L'histoire conventionnelle a fait rentrer la femme à la maison afin de faire de l'épouse et surtout de la future mère, le point d'ancrage familial [39]. Les femmes y étaient confinées dans les tâches domestiques, elles s'occupaient des enfants, souvent nombreux [40]. Le culte de la mère au foyer insulaire porte la marque du christianisme [11].

La femme aujourd'hui

L'image d'une femme Corse, décrite tantôt comme une esclave soumise à la tyrannie d'un rustre, tantôt comme une maitresse femme régnant avec autorité sur une nombreuse tribu où domine l'élément masculin, est devenue obsolète [38]. Dans les sociétés développées, l'émancipation de la femme s'est articulée autour du travail et de la libération du corps [39]. La Corse n'est pas restée à l'écart de cette évolution, en dépit de la tutelle sous laquelle les hommes de la société traditionnelle méditerranéenne maintenaient leurs femmes. C'est en faisant des études, dès que celles-ci leurs sont ouvertes, et en entrant avec des diplômes dans le monde du travail jusque-là réservé aux hommes que les femmes vont faire évoluer leur statut.

Cette évolution a cependant pris un certain temps. Sur l'île, la femme a été la dernière de France à rentrer sur le marché du travail avec vingt ans de retard par rapport au continent. En 2012, bien que $63,7\%$ des femmes occupent un emploi, le taux d'inactivité féminine reste le plus élevé de France [27]. La société Corse compte 22.4% de non diplômés, ce qui constitue le plus fort taux régional bien que les femmes soient plus diplômées que les hommes [2]. Un tiers des femmes âgées de 20 à 49 ans vivant en couple et dont le conjoint est actif sont au foyer. On compte moins de 5% d'hommes au foyer lorsque la femme travaille [26]. Selon Franchini, le modèle familial avec mère au foyer reste majoritaire [18].

Les familles monoparentales sont plus fréquentes qu'au niveau national. En 2012, 26% des enfants corses vivent avec un seul de leur parent, le plus souvent la femme [9].

En terme de fécondité, la Corse se rapproche plus des pays méditerranéens (Italie, Espagne, Chypre, Malte) que des autres régions françaises. En 2015, l'indice conjoncturel de fécondité

2. Données Insee

est de 1.6 enfant par femme contre 2.08 au niveau national [19].

II MATERIELS ET METHODES

II.1 Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude exploratoire avec entretiens individuels semi-dirigés de femmes résidant en Corse, recourant à l'IVG. Le recueil et l'analyse des données se sont déroulés sur un mode qualitatif avec poursuite des entretiens jusqu'à saturation des idées. Le choix de la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés repose sur l'étude, la compréhension et l'interprétation de phénomènes visant à déterminer les comportements des femmes dans la société Corse à travers leur décision de recourir à l'IVG. Les résultats de l'enquête par questionnaire menée par l'ORS Corse n'ont pas permis d'avancer des éléments qui pourraient expliquer le taux élevé d'IVG sur l'île. Les entretiens semi-dirigés, contenant des questions ouvertes, nous sont alors apparus pertinents pour appréhender la problématique sous un nouvel angle : explorer les systèmes de valeurs de ces femmes, et tenter de comprendre plus en profondeur leurs attitudes. Le choix des entretiens individuels nous a semblé bien adapté pour aborder un sujet délicat de façon anonyme, et faciliter ainsi le dialogue avec les participantes.

II.2 Elaboration du guide d'entretien

Pour préparer ces entretiens, nous avons élaboré un guide d'entretien. Il s'agit d'un questionnaire comprenant quatorze questions ouvertes, dont les réponses ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Ces questions ont été classées afin d'aborder cinq grandes parties qui reprennent nos objectifs secondaires :

— Le talon social des femmes.

— Leur conception de la parentalité.

— Leur sexualité et leur contraception.

— Le rôle de leur partenaire.

— Leur parcours menant à l'IVG et leur ressenti.

Chaque partie comporte entre 2 et 4 questions ouvertes, validées avec le directeur de thèse. Le guide d'entretien a subi un pré-test, qui a pour but de vérifier la bonne compréhension des questions et d'apprécier leur pertinence avant de mener les entretiens définitifs. Après transcription des entretiens issus de ce pré-test, le guide a été adapté. Une question a été retirée du questionnaire devant la redondance des réponses avec d'autres questions du guide : « Qu'avez-vous ressenti à l'annonce de votre grossesse ? ». Non pertinente, une autre question a été reformulée : « Quels seraient vos besoins d'information sur la sexualité et la contraception ? » est devenue : « Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre éducation à la sexualité et votre contraception ? »
Le même canevas était utilisé à chaque entretien. Il figure en annexe. (Annexe1)

II.3 Recrutement des participantes

Toutes les femmes de notre étude ont été recrutées au sein du pôle mère-enfants du Centre Hospitalier de Bastia. Une information préalable a été diffusée auprès du personnel du pôle (secrétaires, infirmières, sages-femmes, gynécologues) lors d'une réunion, durant laquelle les objectifs et les modalités de l'étude, ainsi que le mode de recrutement ont été précisés.
Nous avons choisi de nous entretenir avec des femmes :

— qui se présentaient au secrétariat des consultations de gynécologie pour réaliser une IVG par méthode médicamenteuse ou pour effectuer la consultation de contrôle après une IVG,
— qui étaient hospitalisées dans le service de chirurgie ambulatoire après avoir subi une IVG par méthode instrumentale,
— qui venaient d'accoucher dans le service de maternité, et qui avaient un antécédent d'IVG.

L'inclusion des patientes s'est faite de manière aléatoire par l'intermédiaire du personnel hospitalier. Le consentement oral et écrit des participantes était requis avant de débuter l'entretien. Sur l'ensemble des personnes rencontrées, la plupart étaient d'accord pour participer

à l'étude. Seules deux femmes ont refusé l'entretien. Deux autres personnes faisant partie du personnel hospitalier se sont présentées spontanément pour participer à l'étude, après en avoir entendu parler.

II.4 Recueil de données

Il s'agissait d'entretiens individuels entre les femmes et l'enquêteur (moi-même). Ils étaient réalisés dans une salle de consultation du service de gynécologie ou bien dans une chambre du service de chirurgie ambulatoire ou de la maternité, aux heures que les femmes avaient choisies. Tous les entretiens se sont déroulés en tête à tête.

L'entrevue commençait toujours par une présentation de l'enquêteur et de l'étude. La consigne de présentation pouvant avoir une influence déterminante sur le déroulement de l'entretien a été soigneusement réfléchie. Les objectifs et l'hypothèse du travail n'étaient pas forcément dévoilés afin de ne pas influencer le discours des participantes. La consigne signalait également aux participantes que les données collectées étaient anonymes, et que les résultats du travail pourraient leur être communiqués, si elles le souhaitaient.

L'entretien était enregistré sur dictaphone, en accord avec la patiente. Cela nous permettait de réécouter le discours des femmes et de le retranscrire mot pour mot. Le guide d'entretien servait de fil conducteur et permettait d'aborder les différents objectifs de l'étude. Les questions n'étaient pas nécessairement abordées dans l'ordre du guide. Il a fallu s'adapter à la tournure que prenait l'entretien et explorer les différents sujets évoqués quitte à s'éloigner du guide. Des techniques de communication ont été utilisées pour les relances, comme la reformulation ou le silence, les formules facilitantes ou l'écho, afin d'encourager les femmes à poursuivre leur réflexion. Au cours des entretiens, les questions ont été posées de façon neutre.

Les entretiens se terminaient par une phrase de conclusion, puis des remerciements pour le temps consacré à l'étude. Ils ont duré en moyenne une vingtaine de minutes, la durée étant variable selon le discours des patientes.

II.5 Analyse qualitative des données

Afin de permettre l'analyse des données, chaque entretien réalisé a été enregistré, écouté attentivement, puis retranscrit par écrit à l'aide du logiciel Microsoft Word ® 2007, en utilisant la méthode de transcription verbatim. Les entretiens étaient retranscrits au fur et à mesure de leur réalisation. Les verbatim ont été analysés dans le même temps que la conduite des entretiens, par l'enquêteur lui-même. Une procédure ouverte et inductive a été utilisée pour l'analyse des données [8]. Le codage du texte, découpé fragment par fragment à l'aide du logiciel Nvivo ® 11, a permis de repérer les sous-thèmes qui ont été comparés puis regroupés en thèmes plus généraux. L'analyse thématique du contenu du verbatim a permis d'en faire une lecture compréhensive. Les catégories d'analyse devaient être homogènes, exhaustives, pertinentes et ne devaient pas laisser place à une interprétation subjective. Un codage parallèle en aveugle effectué par un tiers neutre a permis d'assurer la validité de la démarche d'analyse inductive.

Le recueil de données s'est arrêté quand il n'émergeait plus de nouvelles idées. La « saturation de données » est survenue au seizième entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés pour s'en assurer.

II.6 Analyse de l'échantillon

Les caractéristiques sociodémographiques et contraceptives des femmes issues des entretiens ont été retranscrites sur un tableur (Microsoft Office ® Excel 2007) pour caractériser la population étudiée.

II.7 Aspects éthiques

Le consentement éclairé oral et écrit de chaque participante a été recueilli pour participer à l'étude et enregistrer l'entretien. La fiche de consentement figure en annexe (annexe 2). Lors de la transcription de la parole des femmes, nous avons pris soin de préserver l'anonymat.

III RESULTATS

III.1 Description de l'échantillon

22 patientes ont été sollicitées par l'intermédiaire du personnel hospitalier du pôle mère-enfants. 2 patientes ont refusé. Le premier et les trois derniers entretiens n'ont pas été pris en compte. Au total, 16 entretiens ont été analysés.

L'âge des patientes variait de 17 à 51 ans avec un âge moyen de 27 ans. La moitié des femmes avaient plus de 28 ans.
Toutes les femmes résidaient dans le département de Haute Corse, dont 9 vivaient en milieu rural et 7 en milieu urbain. 9 femmes vivaient seules.
13 participantes étaient titulaires du Baccalauréat. 3 patientes étaient étudiantes et13 femmes occupaient un emploi.

Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1.

Code patiente	Age	Lieu de résidence	Situation de vie	Profession	Niveau d'étude	Contraceptif au moment de l'IVG	Technique d'IVG
A	25 ans	Ile-Rousse	Seule	Secrétaire libérale	BAC	Anneau	Médicale
B	26 ans	Corte	Seule	Etudiante	BAC+3	Pilule OP	Médicale
C	23 ans	Furiani	Seule	Agent immobilier	BAC PRO	Pilule OP	Médicale
D	17 ans	Biguglia	Seule	Etudiante	BAC	Préservatif masculin	Médicale
E	21 ans	Querciolo	Seule	Postière	BAC	Préservatif masculin	Médicale
F	31 ans	Furiani	Mariée, 1 enfant	Infirmière	BAC +3	Préservatif masculin	Médicale (à 20 ans)
G	31 ans	Bastia	Mariée, 1 enfant	Agent de service hospitalier	CAP	Aucune	Médicale (à 24 ans)
H	23 ans	Campitello	Couple	Saisonnière	BAC+2	Pilule OP	Médicale
I	21 ans	Bastia	Couple	Etudiante à Perpignan	BAC	Préservatif masculin	Médicale
J	28 ans	Santa Reperata di Moriani	Seule, 4 enfants	Bergère	< BAC	Méthodes naturelles	Médicale
K	28 ans	Lumio	Seule	Décoratrice d'intérieur	BAC+3	Pilule OP	Chirurgicale
L	51 ans	Solenzara	Mariée, 1 enfant	Secrétaire	BAC +4	Pilule OP	Chirurgicale (à 31 ans)
M	29 ans	Cap Corse (non précisé)	Mariée, 1 enfant	Préparatrice en pharmacie	BAC	Stérilet au cuivre	Chirurgicale
N	39 ans	Corte	Mariée, 3 enfants	Fonctionnaire	BAC+2	Aucune	Chirurgicale
O	31 ans	Moriani	Seule	Saisonnière	BAC+3	Préservatif Masculin	Chirurgicale
P	39 ans	Bastia	Seule, 2enfants	Vendeuse en prêt à porter	BEP	Pilule OP	Chirurgicale

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes interrogées.

III.2 Analyse thématique

III.2.1 Une norme procréative centrée sur le bien-être de l'enfant

III.2.1.1 Etre mère, un devoir

Une femme qui n'a pas d'enfant ne s'est pas totalement réalisée. Elles l'exprimaient comme un passage logique dans la vie d'une femme.
« Etre parent c'est quelque chose de très important à vivre (. . .) Les humains sont faits pour procréer. » (Entretien D)

Une seule femme légitimait le choix de ne pas avoir d'enfant. Selon elle, certaines ont un « instinct maternel », d'autres à l'inverse n'éprouvent pas le besoin d'être mère. Elles veulent dans tous les cas pouvoir choisir leur destinée féminine.
« Je pense que c'est un choix avant tout, on a le droit de ne pas vouloir d'enfant, d'en vouloir qu'un ou d'en vouloir dix, c'est un choix vraiment, c'est un besoin ou pas d'ailleurs. » (Entretien N)

III.2.1.2 Pas trop jeune

Avoir un enfant est vécu comme un obstacle à la jeunesse. Les jeunes femmes avaient l'impression de ne pas être assez mûres.
« J'ai 26 ans, je me dis que je suis peut-être encore un peu jeune pour assumer un enfant. » (Entretien B)
« J'étais une ado qui faisait la fête, pas une future maman. » (Entretien H)

Cela constituait également un frein à des études. Les étudiantes ne pouvaient pas s'imaginer mener de front scolarité et maternité.
« Surtout qu'à mon âge, si je veux faire mes études, je ne me voyais pas avoir un enfant maintenant quoi ! » (Entretien D)

III.2.1.3 Travailler, une nécessité

Les femmes les plus jeunes évoquaient la nécessité d'avoir une bonne situation financière qui allait de pair avec un travail stable.

« Pour accueillir un enfant il faut avoir une situation professionnelle. On ne peut pas se permettre de vivre au jour le jour quoi, donc dans ce sens là honnêtement, je ne me sens pas encore prête. » (Entretien B)

« D'abord, je préfère caler ma vie professionnellement, pour pouvoir, enfin après, c'est ma conception des choses, ne pas le priver.» (Entretien A)

III.2.1.4 Pas d'enfant sans père

Toutes les femmes évoquaient l'importance d'être dans une relation durable et solide. Le modèle familial et parental classique leur paraissaient être le seul viable. Aucune n'envisageait d'élever un enfant seul.

« J'étais vraiment avec quelqu'un qui n'allait pas assumer mon enfant. (Entretien F)

« Etre sûre aussi de (silence), on va dire de la durabilité de notre relation, même si on ne sait jamais dans la vie, mais au moins quelque chose de solide.»(Entretien B)

III.2.1.5 Eduquer un enfant : une lourde responsabilité

Il ressortait des entretiens la peur de voir évoluer son enfant dans le monde d'aujourd'hui. L'avenir était parfois perçu comme une menace ou un danger pour lui.

« C'est très difficile quand même parce qu'on a peur dans le monde actuel de voir évoluer la vie de son enfant. » (Entretien F)

« Déjà tu fais un enfant, tu ne sais pas dans quel monde tu l'envoies. » (Entretien A)

L'éducation d'un enfant était vue comme une grande responsabilité. Les femmes craignaient de ne pas être à la hauteur de cette tâche. Elles ne supportaient pas l'idée qu'un enfant puisse être malheureux à cause d'elles.

« Si demain c'est pour avoir un enfant et, comment dire, l'amener à avoir une forme de dé-

tresse parce qu'il n'est pas entouré, parce qu'on ne s'occupe pas assez bien de lui, je pense que ce n'est pas utile. » (Entretien B)

« Ça ne sert à rien si on ne peut pas s'en occuper. Il vaut mieux dès fois faire une IVG qu'avoir des enfants et les laisser. » (Entretien K)

Une famille présente au quotidien était sécurisante pour la future mère. Elle se sentirait ainsi épaulée, soutenue. De plus, la famille favoriserait l'équilibre de l'enfant.

« Après c'est sûr, plus la famille est grande mieux c'est, parce qu'on peut compter sur plus de personnes.» (Entretien J)

« Pour moi, plus la famille est autour, meilleur le climat sera. Et même l'enfant va être différent si la mère est isolée ou si elle a sa famille.» (Entretien L)

III.2.1.6 L'enfant roi

Les femmes refusaient l'idée de ne pouvoir subvenir aux besoins du futur enfant. Elles ressentaient la nécessité d'offrir à l'enfant tout ce qu'il désirait.

« On essaie de faire en sorte de pouvoir toujours tout leur donner, du moins moi. Après peut-être je leur donne même trop. » (Entretien P)

« C'est vivre pour ses enfants et leur apporter tout ce qu'ils ont besoin matériellement et au niveau émotion et soutien, ça m'a l'air d'une tâche assez compliquée. » (Entretien O)

Pour certaines, il valait mieux se consacrer à un enfant après l'autre afin de leur donner encore plus d'attention.

« Mon, notre choix, c'était plus d'avoir un enfant et d'attendre 4-5 ans pour avoir un second pour profiter du premier, pour ensuite profiter du second. » (Entretien M)

« Je voulais prendre le temps vraiment de m'occuper de mon ainé avant de réattaquer sur une seconde grossesse.» (Entretien N)

III.2.2 Des obstacles à l'éducation sexuelle et à la contraception

III.2.2.1 La sexualité, un tabou culturel

Les femmes regrettaient le manque de dialogue entre les adolescents et les parents, particulièrement lorsqu'il s'agissait d'aborder la sexualité. Pour elles, cette pudeur, cette peur d'en parler ou ce manque d'ouverture maintiennent les jeunes filles dans l'ignorance.

« Les parents ne sont pas ouverts d'esprit. C'est la communication entre les ados et les parents, je pense que c'est ça qui joue beaucoup. » (Entretien I)

« Je pense que la sexualité est un peu taboue, ma mère elle ne m'a jamais informé de la contraception, elle ne me parle pas de ça. Je pense que c'est un peu tabou dans notre culture. » (Entretien K)

La sexualité des femmes apparaissait encore plus taboue en milieu rural.

« On a une image de la fille assez particulière, enfin moi dans le village où je suis.(. . .)On ne peut pas trop sortir, on ne peut pas voir beaucoup de garçons, on ne peut pas boire, j'ai 3 *frères, c'est très strict.» (Entretien K)*

Les parents et surtout le père ont du mal à accepter que leur fille grandisse et devienne une femme. Ils voudraient la préserver comme une enfant.

« C'est très méditerranéen, les hommes ne s'en occupent pas beaucoup des filles, pour des raisons de machisme, ou des mamans qui sont un peu "light", n'en parlent pas parce qu'il est inconcevable que nos filles aillent coucher avec un garçon à 15, 16, 17 *ans. » (Entretien N)*

« Je suis sa petite fille, vous voyez je suis la plus jeune, je suis vraiment son bébé pour lui. Il ne supporterait pas que mon compagnon et moi on a. . . » (Entretien D)

III.2.2.2 Le médecin traitant, interlocuteur rare dans la contraception

Les femmes voyaient le gynécologue en première intention pour obtenir un moyen contra-

ceptif.

« Moi j'ai été voir le gynéco au dispensaire. » (Entretien B)

III.2.2.3 Le manque d'anonymat

Certaines déploraient le manque de confidentialité pouvant résulter de cette microsociété insulaire.

« Ici du fait que c'est une île, que c'est petit, qu'on se connaît tous, si je vais là-bas, un tel va me connaître, il va le répéter à mon père. » (Entretien B)

III.2.2.4 Le modèle « tout pilule » remis en cause

La plupart des femmes prenaient une contraception orale. Celle-ci était largement suggérée, malgré sa mauvaise tolérance pour certaines.

« On m'a proposé la pilule et j'étais d'accord.» (Entretien D)

« Le gynécologue que j'ai vu m'a tout de suite parlé de pilule, pilule, pilule.(. . .)Je trouve que c'est un peu dommage parce qu'au final les femmes qui ne peuvent pas prendre la pilule, elles préfèrent utiliser un préservatif alors qu'au final il y a d'autres moyens.» (Entretien E)

La prise quotidienne de la pilule était vue comme un acte contraignant. Le fait de devoir penser constamment à prendre sa contraception était vécu comme un poids, et l'éventuel oubli d'une prise comme anxiogène. De plus, la fiabilité de la contraception orale était remise en question.

« Déjà le stérilet c'est moins embêtant, moins contraignant, on n'a pas la prise tous les soirs et pour moi c'était un peu plus sûr que la pilule.» (Entretien M)

«C'est la deuxième fois que je tombe enceinte avec la pilule en ne loupant jamais aucun jour.» (Entretien H)

Les femmes éprouvaient donc le besoin de se tourner vers d'autres moyens contraceptifs. Mais, certaines avaient des réticences à les adopter, doutant de leur efficacité. Enfin, la vision «écologique» d'une patiente était incompatible avec une contraception hormonale.

« Je sais qu'il y a des risques de tomber enceinte avec le stérilet au cuivre, j'appréhende un peu… » (Entretien F)

« Les médicaments ça me chagrine d'en prendre, de savoir que j'ai ça dans mon corps, de savoir que c'est tout du chimique.(…)Je préfère avoir un stérilet naturel sans truc dedans.» (Entretien J)

III.2.2.5 Une sous-utilisation du préservatif masculin

Pour beaucoup de femmes de l'enquête, les préservatifs sont peu utilisés. Il était difficile pour elles de l'imposer lors des rapports sexuels.

« Ils ont du mal à sortir le préservatif.(…)Si vous, vous êtes un peu pudique, un peu gênée dans ces moments là, c'est difficile de dire : « oh coco, mets une capote ! » (Entretien F)

Cette méthode « mécanique » était vue comme un moyen de protection contre les MST avant d'être considérée comme un contraceptif.

«Ce n'est pas parce qu'on se connaît qu'il ne faut pas se protéger des MST, éventuellement de la grossesse.» (Entretien F)

Certaines expliquaient la non-utilisation du préservatif par le fait de déjà « connaître » le futur partenaire.

« C'est petit, tout le monde se connait, tout le monde se dit : oh c'est bon, lui je le connais, il n'aura pas le SIDA. » (Entretien E)

Le condom était parfois vu comme un obstacle à la virilité pour l'homme, en entravant l'ébat amoureux.

« Ça arrive souvent qu'au moment de mettre la capote ça se fatigue quoi… » (Entretien F)

Certaines pouvaient ressentir de la honte en cherchant à se procurer des préservatifs.

« Il faut donner un accès plus facile au préservatif. Quand j'étais au lycée, il fallait aller à l'infirmerie, donc se confronter à l'infirmière.» (Entretien B)

III.2.3 La place de l'homme : paradoxale

III.2.3.1 Un désengagement de l'homme dans la contraception

Les hommes paraissaient moins impliqués que les femmes au niveau de la contraception. Ils semblaient s'en décharger, laissant ainsi la responsabilité à leur partenaire.
« Complètement passif sur la contraception, c'est un peu « tu te débrouilles et voilà. » (Entretien H)

Parfois, c'est la femme elle-même qui les désengageait. Elle préférait assumer seule la contraception et ses conséquences.
« C'était à moi de faire attention, c'était à moi de gérer. Je ne peux pas dire que c'est la faute aux hommes, je ne peux pas. Parce que les hommes ils ne sont pas comme nous, ils ne pensent pas pareil. » (Entretien J)
« Méditerranéen (silence). C'est-à-dire que c'est à la femme de s'en occuper. Il a d'autres qualités mais celle-là lui passe un peu au dessus du chapeau. Ce n'est pas à lui de gérer ça. Il me laisse faire aussi donc voilà. » (Entretien N)

Pour une, l'homme était réticent à certaines méthodes contraceptives qui pouvaient représenter une perte de contrôle.
« Il est complètement contre l'implant, il est contre à 200%*.(. . .)C'est le fait de mettre quelque chose à l'intérieur du corps qui gère lui-même les hormones, je pense que c'est ça qui lui déplait.» (Entretien H)*

III.2.3.2 L'homme effacé par l'arrivée d'un enfant

L'homme paraissait en retrait des tâches quotidiennes imposées par l'arrivée du nouveau-né.
«Le papa passe du temps aussi, mais en général, il passe beaucoup moins de temps que la

maman. Je veux dire la douche, les changes, les sorties, la nuit, les pédiatres quand ils sont malades c'est le rôle de la maman. » (Entretien M)

« C'est un bon papa, c'est un bon conjoint, il s'investit. Peut-être pas physiquement, il est peut-être pas trop à s'occuper des petits petits.» (Entretien N)

La femme se consacrait à son enfant au détriment de son mari, ce qui pouvait déstabiliser, voire fragiliser leur couple.

« C'est un cataclysme dans ton couple parce que tu n'as plus les mêmes habitudes que tu avais avant.(Hésitation)Avant dans une relation, tu te regardes l'un l'autre, et après tu regardes dans la direction de ton enfant.» (Entretien F)

« Ça va être plus quelque chose qui va avantager la séparation que resserrer les liens.(. . .)Les femmes sont un peu plus distantes envers leur compagnon, leur mari. » (Entretien M)

III.2.3.3 Omniprésent dans le parcours menant à l'IVG

Le partenaire a presque été toujours informé de la grossesse accidentelle sauf pour une patiente. Il était parfois le seul au courant. Il était impliqué dans la décision, prise à deux.

« Ça a été fait avec mon compagnon, ce n'est pas ma décision seule, on en a parlé. » (Entretien D)

Les participantes se sentaient le plus souvent accompagnées et soutenues par leur compagnon sauf pour l'une d'entre elles.

« Il m'a soutenue, sur ça j'ai rien à dire, je n'ai pas eu de jugement de sa part, je n'ai pas eu de réaction démesurée, il a réagi en adulte. » (Entretien B)

« Ce sont des choses qu'on vit à deux, même si je sais qu'il est loin, il devrait être là pour moi, et ce n'est pas ce qu'il fait. » (Entretien I)

Deux femmes ont évoqué un sentiment de culpabilité chez l'homme. Elles exprimaient de la compassion envers leur conjoint qui se sentait responsable de leur état.

« Un peu de culpabilité pour l'homme qui se sent mal par rapport à ce que la femme endure

et qui ne peut rien y faire. »(Entretien E)

« Il a énormément culpabilisé, il a beaucoup beaucoup plus culpabilisé que moi. » (Entretien H)

III.2.4 Une facilité d'accès à la structure d'orthogénie

III.2.4.1 Premier contact : l'hôpital

La majorité des femmes savaient où se rendre et ont contacté directement le Centre Hospitalier de Bastia.

«Je suis directement montée voir s'il y avait une possibilité de voir un médecin. » (Entretien A)

« J'ai fait ma prise de sang et j'ai appelé ici pour prendre un rendez-vous. » (Entretien J)

Le médecin généraliste a été contacté en premier par deux patientes seulement. Les autres se rendaient au planning familial ou chez le gynécologue.

« Je ne savais pas quoi faire en fait, donc j'ai été chez un médecin généraliste et il m'a dit qu'il fallait contacter l'hôpital de Bastia, et qu'ensuite il m'expliquerait les démarches.» (Entretien O)

III.2.4.2 Des délais de prise en charge courts

Les femmes ont noté que la prise de rendez-vous était rapide. Dans l'ensemble, les IVG ont été réalisées dans les 48h après qu'elles aient contacté le service de gynécologie du centre hospitalier de Bastia.

« J'ai été au planning le matin, j'ai fait la prise de sang, et l'après midi j'étais à l'hôpital et j'ai pris les cachets.»(Entretien I)

III.2.4.3 La technique médicamenteuse largement répandue

La méthode médicamenteuse semblait être préférée par les patientes. Elles avaient peur de la technique chirurgicale ou voulaient passer peu de temps à l'hôpital.
« Oui, parce que anesthésie… c'est mieux le cachet quoi... » (Entretien E)

Les patientes n'avaient pas forcément le choix. Les médecins semblaient la préconiser. Une patiente, avec une expérience douloureuse lors d'une précédente IVG médicamenteuse, s'est vue imposer cette technique.
« C'est le médecin qui m'avait parlé de ça, j'étais dans les temps pour les médicaments en fait. On ne m'a pas posé de questions pour savoir si je voulais ça ou ça. » (Entretien A)
«J'avais dit au médecin que je ne voulais pas faire par voie médicamenteuse, que ça avait été hyper douloureux.(…)Il m'avait dit : mais non ça ne va pas vous abîmer, cette fois ça va bien se passer.» (Entretien H)

La technique chirurgicale était employée souvent en deuxième intention, quand la méthode médicamenteuse ne pouvait être réalisée.
«Je n'ai pas trop eu le choix, c'était trop tard pour les médicaments. » (Entretien P)
« On me l'a imposée parce qu'on ne pouvait pas faire autrement en fait, le fœtus était positionné sous le stérilet.» (Entretien M)

III.2.5 Le recours à l'IVG : une épreuve

III.2.5.1 Un droit irrévocable ?

Les femmes soulignaient cette avancée primordiale pour elles. Elles dénonçaient en revanche la pratique d'IVG itératives.
« Si les IVG existent, c'est qu'il y a une bonne raison. C'est qu'on doit pouvoir choisir quand c'est le moment et quand ce n'est pas le bon moment.» (Entretien H)
« Après voilà celles qui en font trop, je trouve que c'est un peu en abuser parce qu'on sait très bien qu'il y a des moyens de ne pas tomber enceinte. Après, ça marche ou pas, mais quand

on en arrive à faire plusieurs avortements, non je trouve que c'est trop facile.» (Entretien C)

III.2.5.2 Un désir de grossesse conscient ou inconscient

Un désir de grossesse est ressenti à travers les entretiens, et parfois clairement exprimé. Les participantes éprouvaient pour la grande majorité un sentiment d'ambivalence vis-à-vis de cette grossesse.

« Ca faisait un moment que j'en avais envie, mais le problème c'est que c'était qu'un accident parce que j'étais sous pilule. Donc, après, est-ce que inconsciemment ça s'est fait. Je viens juste d'être marraine en ce moment. Je ne sais pas.» (Entretien C)

« C'était déstabilisant parce quand vous essayez par voie médicamenteuse et que vous voyez que ça ne marche pas, vous vous dites que peut-être vous faites une erreur, mais bon après la raison reprend.» (Entretien N)

III.2.5.3 L'importance d'un délai de réflexion

Les femmes se sont octroyées du temps pour réfléchir afin d'être sûres de leur choix et de ne pas le regretter par la suite. Une femme qui n'a pas pris ce temps de réflexion éprouvait des remords.

« Je n'ai pas voulu prendre les cachets tout de suite. J'ai quand même voulu prendre une semaine de plus de réflexion.» (Entretien A)

« J'ai fait trop vite, j'aurais du prendre le temps de réfléchir, en plus le médecin m'a dit que j'avais quand même du temps pour faire avec le médicament. J'aurais du réfléchir parce que je savais que mes parents auraient été toujours là.» (Entretien I)

III.2.5.4 Après la décision : une urgence ressentie

Le sentiment d'urgence à la prise en charge était ressenti par la majorité des femmes. C'était une nécessité pour elle de joindre une structure d'orthogénie immédiatement afin de consulter le plus rapidement possible. Elles l'expliquaient par des raisons psychologiques et une peur de dépasser les délais légaux.

« Tant mieux parce que j'étais limite, 5 semaines c'est avancé.» (Entretien E)

« J'ai exagéré un peu mais j'ai dit "moi vendredi j'ai appelé toute la journée, alors si vous ne faites pas quelque chose rapidement, je mets des aiguilles", je voulais m'en débarrasser, c'est moche comme terme, le plus vite possible. » (Entretien B)

Ce sentiment d'urgence était également retrouvé chez le personnel de la structure d'accueil.

« La secrétaire au téléphone qui ne devait peut-être pas être d'humeur ce jour-là, m'a sorti : "Mais pourquoi vous n'avez pas appelé avant ?" » (Entretien H)

III.2.5.5 Une épreuve physique et psychologique

Les femmes ont toutes été marquées par cette épreuve.

« Je ne referai pas l'expérience.» (entretien C)

« Je le souhaite à personne, on ne fait pas un avortement par gaité de cœur, il reste toujours une trace même 20 après.» (Entretien L)

Certaines décrivaient des douleurs physiques intenses. Une femme est apparue en détresse psychologique et avouait la nécessité de se faire aider.

« On ne m'avait pas dit : « tu vas mourir de douleurs pendant 2h »(. . .)Je vais crever, ils sont en train de me détruire l'intérieur du ventre. » (Entretien H)

« J'ai besoin d'un suivi psychologique parce que je n'arrive pas à passer l'étape. » (Entretien I)

Une femme a évoqué une expérience difficile pour l'homme aussi.

« Je pense qu'il se sentait mal même s'il ne voulait pas le montrer.(. . .)C'est même peut-être plus dur pour l'homme que pour la femme.» (Entretien E)

III.2.5.6 Un sentiment de culpabilité

Les femmes éprouvaient toutes une profonde culpabilité à l'idée d'empêcher la vie.

« J'enlève une vie comme ça.» (Entretien A)

« Au jour d'aujourd'hui, je culpabilise. En plus je vois des femmes enceintes et des bébés partout. J'ai l'impression que maintenant, la vie est contre moi.» (Entretien I)

Elles n'arrivaient d'ailleurs pas à nommer l'embryon qu'elles désignaient soit comme un corps étranger soit au contraire comme une partie d'elle.

« Cette chose là. » (entretien D)

« C'est quelque chose en moi qui part.» (Entretien A)

Pour certaines, le médecin avait une attitude volontairement culpabilisante dans la manière de réaliser l'échographie.

« Je trouve que d'avoir l'écho en face, sur le côté, de la montrer sur le papier,(silence)c'est moyen.» (Entretien C)

«Les écrans, faire écouter le cœur c'est quand même assez difficile. » (Entretien K)

Elles pensaient aux femmes infertiles, et cela renforçait leur malaise.

« C'est dommage parce que malheureusement je connais des gens autour de moi qui n'ont pas pu avoir d'enfant. » (Entretien F)

III.2.5.7 La croyance religieuse : jamais déterminante

Pour les femmes dont la religion est ancrée dans leur vie, cela n'a pas été un obstacle à la décision de recourir à l'IVG. Au contraire, elle pouvait influencer leur choix quand la structure familiale traditionnelle était déficiente. Elle était alors perçue comme un soutien psychologique.

« Moi je suis catholique et c'est important d'avoir le papa, la maman, une bonne entente. Je pense que pour ça c'est bien d'avoir au moins le choix.» (Entretien K)

« Je suis croyante mais pas pratiquante, ça m'a accompagné, ça m'a aidé à ne jamais baisser les bras. » (Entretien L)

IV DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude était de comprendre le taux d'IVG important dans l'île à travers la représentation sociale de la femme dans la société Corse.

Le premier point mis en évidence par cette étude est que toutes les femmes interrogées avaient une idée précise des conditions nécessaires pour envisager sereinement la naissance d'un enfant. Ces conditions tenaient compte de leur âge, de leur contexte social, économique et affectif. Sans la réunion de ces conditions, il était difficile pour la femme de s'imaginer un avenir avec un enfant même si être maman apparaissait comme un devoir et un accomplissement pour la plupart des femmes. Le respect de ces conditions socialement définies est appelé par Bajos « norme procréative »[5].

Une situation financière stable grâce à un bon emploi apparaissait à travers notre étude comme une condition essentielle pour les patientes les plus jeunes, à la différence des plus âgées qui n'en ont pas fait état. Une explication plausible est que les femmes jeunes de notre étude ne se sont pas encore réalisées professionnellement. Ces dernières, bien qu'elles aient un emploi, espéraient obtenir une meilleure situation professionnelle. En Corse, nous pensons que la perspective d'avoir un enfant n'est pas vue comme un moyen de s'insérer socialement, au contraire de la littérature qui insiste sur cette dimension [5, 37]. Dans cette société méditerranéenne où l'enfant est « roi » , il n'est pas surprenant que les femmes veuillent retarder leur maternité afin d'avoir les moyens financiers pour offrir à l'enfant tout ce qu'il désire.

Dans notre étude, les patientes au moment de l'IVG étaient âgées de 26,5 ans en moyenne. Ceci est à mettre en relation avec l'âge moyen de la première maternité en Corse, 30,4 ans en 2015 [3]. Dans un article, Mazuy et Al notaient une concentration des IVG aux âges qui précèdent la période de forte fécondité [33].

Par ailleurs, elles ressentaient le besoin de vivre suffisamment longtemps avec leur par-

3. Données Insee

tenaire sans enfant au foyer. Elles refusaient de reproduire un schéma qu'elles avaient sans doute observé au sein de leur entourage, celui d'une femme seule élevant son enfant. Ce n'est pas surprenant, quand on sait que la société Corse connait une constante progression de foyers monoparentaux [9]. La priorité donnée à la construction d'une relation en renvoyant à plus tard le projet d'enfant se retrouve également dans l'article de Bajos [5].
En plus de construire une relation stable, les femmes voulaient aussi être certaines de pouvoir compter sur leur compagnon pour l'éducation de l'enfant et le partage des tâches domestiques. Selon le Dr E. Simeoni (2008), malgré l'entrée des femmes sur le marché du travail, la charge des enfants repose encore beaucoup sur les mères en Corse [40]. Nous comprenons alors mieux ce souhait des femmes. Nous devinons une autre crainte dans leur discours, celle que leur rôle de mère prenne le pas sur celui de compagne ou d'épouse. Le couple pourrait se trouver déstabilisé par l'arrivée du nouveau-né et l'homme exclu par la relation symbiotique mère-bébé [13]. La répartition inégalitaire des tâches ménagères et des soins donnés à l'enfant d'une part et le statut de mère surprotectrice d'autre part, encore fréquents aujourd'hui en Corse, convergent dans ce sens.

Pour les femmes de notre étude, la présence des différents membres de la famille participe au bon équilibre d'un enfant. Il semblerait comme le remarque l'Insee que la notion de famille au sens large, c'est-à-dire au-delà du cadre parent-enfant soit plus prégnante en Corse que dans l'hexagone [41]. Dans notre étude, les femmes voulaient sans doute reproduire ce modèle de "famille élargie", propre à la Corse, dans laquelle toute l'attention est tournée vers les enfants.

Si la famille est très présente dans l'éducation des enfants, la communication en matière de sexualité y est en revanche problématique. Un deuxième point important mis en évidence dans cette étude est l'absence de discussion dans le domaine de la sexualité au sein de la famille. L'importance du dialogue entre parents et enfants est pourtant soulignée dans la littérature. Les parents ont un rôle à jouer au niveau de la contraception et de la prise de risque sexuelle. Dans l'enquête de Herbigniaux et Thai (2005), un environnement familial hostile et fermé aux questions entourant la sexualité amène la non-communication et la culpabilité chez les jeunes face à ces questions, ce qui n'encourage pas un comportement sexuel sain et

responsable [24]. De plus, traditionnellement sur l'île, ce manque de dialogue est accentué quand l'enfant est une fille. La sexualité de la jeune femme apparait alors encore comme taboue. Cela peut être interprété comme une difficulté pour les parents, en particulier le père, de voir leur fille devenir une femme. La peur du jugement et du "qu'en dira-t-on" quant à une éventuelle sexualité libérée freine également les discussions à ce sujet.

Entre adolescents et parents, les échanges sur la sexualité, la contraception restent donc difficiles. Dans le meilleur des cas, les parents sont gênés face à ces sujets mais incitent les jeunes filles à les aborder avec un médecin. Dans le cas contraire, elles devront d'elles-mêmes solliciter un professionnel de santé. Mais, ce besoin de confidentialité et cette gêne autour de la vie sexuelle, amplifiés par la microsociété insulaire peuvent freiner les jeunes femmes à consulter le médecin traitant. Cette réticence, fondée par la crainte que le médecin informe la famille, se retrouve dans l'enquête qualitative de l'ORS Haute Normandie réalisée auprès de jeunes femmes ayant eu une grossesse avant l'âge de 19 ans [36]. Cela pourrait expliquer que les patientes se tournent vers le gynécologue en première intention pour discuter de contraception. Après avoir constaté dans notre étude, la moindre place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et la contraception, nous regrettons que le guide d'entretien n'ait pas comporté une question permettant d'en explorer les raisons.

La contraception orale était largement prescrite à ces patientes, sans forcément les engager dans ce choix. Mais le modèle français du « tout pilule » semblait au travers des entretiens remis en cause. D'ailleurs, si la pilule continue d'être aujourd'hui la méthode de contraception la plus utilisée en France, l'enquête FECOND montrait néanmoins une baisse de son utilisation depuis les années 2000 [7]. Il serait intéressant d'étudier cette tendance dans la population Corse générale. Ce déclin s'explique par une mauvaise tolérance des effets secondaires et de la prise quotidienne, une remise en cause de sa fiabilité et une préoccupation écologique. Cette dernière raison était d'ailleurs soulevée dans l'article de Bajos et al chez les patientes les moins diplômées jugées plus enclines à adhérer au «discours écologique» [4].

Cette « crise de la pilule » ne conduit pas forcément à l'utilisation d'autres moyens contraceptifs "médicaux" pour les mêmes raisons, exposant la femme à la survenue d'une

grossesse non prévue [7]. Dans notre étude, ces autres méthodes se heurtent en plus à une forte réticence de la part des hommes. La présence d'un « corps étranger » ou la représentation qu'ils peuvent en avoir semblent en gêner certains. Dans l'étude de Ventola (2014), le stérilet et l'implant sont vus comme un frein à l'activité sexuelle. Il y est évoqué une perte de contrôle, des saignements abondants, et une peur de « sentir le stérilet »[42] .

Le préservatif masculin apparaît alors souvent comme la seule alternative, bien qu'il semblerait qu'il soit moins utilisé comme en témoigne le discours de ces femmes. Si certaines l'associaient spontanément aux deux fonctions, à savoir la contraception et la protection contre les IST, la majorité semblait retenir surtout sa deuxième utilité. L'enquête sur la sexualité en France (2008) suggère effectivement que les campagnes de promotion du préservatif, en mettant uniquement en avant l'intérêt du préservatif contre la transmission du VIH, ont peut-être entraîné une baisse de la vigilance sur le risque de grossesses non désirées[12]. Ces femmes soulevaient un autre point : celui du "préservatif, obstacle à la virilité". Dans un article sur la contraception en Amérique Latine, les auteurs avancent que c'est surtout la pertubation du plaisir sexuel que cause le condom qui est à l'origine du rejet de cette méthode [20]. Le tabou ou du moins la difficulté à parler ouvertement de sexualité pour la femme s'immiscait aussi dans la relation avec son partenaire, entraînant des difficultés pour elle à proposer le préservatif.

Toutes ces raisons qui concourent à une sous-utilisation du préservatif placent la femme dans une situation de vulnérabilité, et font soulever des questions de rapports de pouvoirs au sein des couples. Les partenaires de ces femmes s'inscrivent peu dans un projet contraceptif de couple. La règle semble être la lutte de préférences entre un homme qui refuse le préservatif et la femme qui refuse la pilule, chacun pour des raisons qui leur sont propres. D'après Desjeux, ces tensions font apparaître des rôles séxués cloisonnés où la responsabilité contraceptive revient plus à la femme qu'à l'homme, ce qui s'explique en partie par une médicalisation essentiellement féminine de la contraception[16]. Dans l'enquête sur la sexualité en France, une autre explication au désengagement de l'homme à ce sujet est que la femme associe la sexualité à la conception à la différence de l'homme dissocie les deux [12]. De nouvelles campagnes publicitaires ont d'ailleurs changé de stratégie pour impliquer les hommes à l'image de celle de l'INPES. « Faut-il que les hommes tombent enceintes pour

que la contraception nous concerne tous ? »[25].

Communiquer au sein du couple à propos de la contraception paraît alors comme capital, ce qui est loin d'être le cas, conduisant à des situations qui auraient pu être évitées. La revue de la littérature sur la contraception en Amérique Latine suggère que les grossesses non désirées surviennent plus fréquemment dans les cas d'ignorance et de manque de dialogue au sein du couple sur leurs opinions et préférences quant à la pratique contraceptive [20].

On aurait pu penser alors que la femme affronterait seule les conséquences de cette grossesse non prévue comme l'illustrait une étude quantitative de l'ANCIC où 4 femmes sur 5 se rendaient seules au centre d'orthogénie [1]. Mais dans notre étude, une fois la grossesse non prévue annoncée, le dialogue est renoué impliquant totalement l'homme de la décision à l'interruption de grossesse. Cette soudaine présence des hommes au moment de la question de l'IVG interroge sur un éventuel sentiment de culpabilité de leur part. Nous pensons que ce sentiment traduit une impuissance de l'homme face à cet acte, ou une remise en question sur son rôle. Nous imaginons alors que les rapports au sein du couple vont s'y trouver modifiés. Une étude qualitative de l'ANCIC s'est intéressée au ressenti des hommes concernés par une IVG. Il en ressortait néanmoins que ces hommes, mobilisés pour l'avortement de leur compagne, ne s'imaginaient pas pour autant s'investir concrètement sur le terrain de la contraception [1].

Le sentiment de culpabilité chez certains partenaires a été ressenti par l'ensemble des femmes de notre étude. La religion est alors apparue pour quelques unes comme un soutien pour le supporter, bien que pour beaucoup la religion ne tenait pas de place particulière. Nous nous attendions à un combat de valeurs entre croyance religieuse, très ancrée en Corse, et IVG. Mais la liberté de la femme Corse dépasse largement ce combat.

La culpabilité était amplifiée par le choix toujours difficile de poursuivre ou non la grossesse car toutes avaient un désir d'enfant plus ou moins conscient. Cette ambivalence, soulignée par De Dinechin (2002), existe dès que la femme se sait enceinte et se poursuit jusqu'à l'interruption de grossesse [14]. Le délai de réflexion obligatoire de 7 jours, qui cultivait probablement ce sentiment d'ambivalence a été supprimé en janvier 2016 [30]. Le rapport du HCEfh qui souhaitait la suppression de ce délai se basait sur :

— l'observation par les professionnels de terrain que les femmes avaient largement réfléchi avant de se présenter à la première consultation et que leur choix était dans la grande majorité des cas affirmé.
— le fait que ce délai allongeait le parcours menant à l'IVG.
— une forme de stigmatisation d'un acte médical à part.
— la comparaison avec d'autres pays européens qui n'en n'ont pas. [23]

Dans notre étude, une majorité des femmes s'est en effet octroyée un temps de réflexion avant de contacter le CHB. En supprimant ce délai, on répond aussi au besoin d'urgence ressentie par les femmes ayant décidé d'interrompre leur grossesse. Ce besoin que nous interprétons comme un moyen d'abréger la souffrance psychologique peut aussi précipiter la décision chez certaines femmes. Si la suppression du délai légal de réflexion facilite l'accès à l'IVG et satisfait au besoin d'urgence ressentie, il n'est pas certain qu'elle en améliore le vécu. Lors de la première consultation, nous pensons qu'apprécier le ressenti des femmes et rassurer sur un éventuel sentiment d'ambivalence semble plus que jamais nécessaire avant de répondre à une demande d'IVG.

Dans notre étude réalisée durant l'été, les délais entre le premier contact téléphonique et l'interruption de grossesse étaient très courts -environ 48h-, comparés aux données nationales. Dans l'enquête de la DREES sur les IVG en France en 2007, le délai médian entre le premier contact téléphonique [4] et la réalisation de l'IVG était d'une semaine. [45].
Nous pouvons y trouver plusieurs raisons :

— le caractère d'urgence ressenti également par l'ensemble du personnel médical.
— Le fait que l'activité d'orthogénie du CH Bastia soit rattachée au pôle mère-enfant qui ne peut s'interrompre.
— La tendance à pratiquer plus d'IVG médicamenteuses.
— Un premier contact médical parfois synonyme de première prise médicamenteuse.

L'accès à l'IVG semble donc apparemment plus rapide que sur le continent mais cette constatation est à nuancer car notre étude intervient après la suppression du délai de réflexion obli-

4. Il existe une incertitude sur l'interprétation du premier contact

gatoire de 7 jours. Il aurait été intéressant de comparer ces résultats à d'autres études réalisées après la parution de la loi santé de 2016.

Les délais de prise en charge courts associés aux représentations positives des techniques médicamenteuses qu'avaient les femmes de notre étude sont à l'origine du large choix de cette méthode. L'absence de bloc opératoire et de lits d'hospitalisation dédiés à l'activité d'orthogénie au CHB peut contribuer à influencer le praticien à pratiquer des IVG médicamenteuses, dans une logique organisationnelle, à fortiori en période estivale. D'autant plus que dans notre étude, les IVG instrumentales étaient toutes réalisées sous anesthésie générale. Même si le choix de la méthode ne leur appartenait pas forcément, les patientes étaient satisfaites de l'ensemble du parcours encadrant l'IVG. On constate enfin que la plupart des femmes contactaient directement les consultations gynécologiques du CHB. Notre étude qui s'est déroulée durant la période estivale, synonyme de congés chez beaucoup de médecins, a peut-être amplifié le faible recours du médecin traitant en première intention. Cette tendance peut aussi s'expliquer par le fait qu'aucun médecin de ville n'est habilité à pratiquer des IVG dans le territoire de la Haute-Corse. Un sentiment de honte envers le médecin traitant peut apparaître comme une hypothèse plausible. Dans la société insulaire où l'expression « médecin de famille » prend tout son sens, les femmes ont peut-être peur d'être jugées par ce dernier. Cette crainte semble alors paradoxale quand le médecin traitant a un rôle de confident. D'ailleurs, une étude récente aux Etats-Unis (2012) montrait que la majorité des femmes préféraient être prises en charge par leur médecin traitant si possible [28]. En Corse-du Sud, certains médecins généralistes sont habilités à pratiquer des IVG : il serait intéressant d'interroger les femmes ayant recours à l'IVG de manière à apprécier ce qui a motivé leur choix de structure.

Limites de l'étude :

Il existe des biais de sélection lors de la constitution de l'échantillon. Tout d'abord, l'étude a été menée uniquement auprès de femmes consultant au centre hospitalier de Bastia. Un recrutement dans l'autre établissement de santé agréé de Haute-Corse, qu'est la clinique MAYMARD, aurait permis de diversifier l'échantillon de notre étude.

Les femmes qui ont accepté de participer à l'étude l'ont fait dans un premier temps sur la demande d'un membre du personnel hospitalier. Nous nous demandons si elles ne considéraient pas cela comme un dû envers le personnel soignant, engendrant un manque de neutralité dans la démarche. Deux femmes volontaires pour participer à l'étude et appartenant au personnel hospitalier sont à l'origine d'un biais de recrutement par convenance. Nous nous interrogeons sur les raisons qui les ont motivées. Nous nous interrogeons également sur le vécu des deux patientes ayant refusé de participer aux entretiens. L'une d'entre elle a évoqué la présence de son enfant, en âge de comprendre. L'autre déclarait que son partenaire « l'avait obligée ».

Le lieu où se tenaient les entretiens n'était pas neutre, ni connu de la patiente ce qui a pu modifier la qualité des échanges. Parfois, l'entretien était interrompu par un membre du personnel hospitalier, ce qui en perturbait sa dynamique, et faisait perdre le fil de la pensée des participantes. L'enregistrement de l'entretien sur un dictaphone pouvait aussi constituer un frein et engendrer un blocage de la parole, comme l'a d'ailleurs souligné une patiente. Le manque d'expérience de l'enquêteur dans la réalisation des entretiens semi-dirigés constitue également un biais important de cette étude. La durée très variable des premiers entretiens témoigne probablement de leur meilleure gestion au cours du temps. Ce manque de qualification a pu intervenir aussi bien dans la manière de formuler les questions pouvant trahir les perspectives de l'enquêteur, que dans le langage corporel pouvant entrainer des blocages dans le discours des participantes. Le fait que l'enquêteur appartienne au corps médical a pu aussi cloisonner ou influencer le discours de ces femmes. D'autre part, la peur du jugement ou la pudeur ont pu transformer les réponses des participantes.

La majorité des participantes ont fait des études ce qui facilitait l'expression de leur ressenti et leurs idées et témoignait peut-être d'un bon niveau de connaissance sur la santé.

Le temps écoulé entre l'IVG et l'entretien était variable selon les patientes, pouvant ainsi modifier leur perception. Le peu de recul de certaines patientes sur la situation a pu avoir un impact sur leur capacité à pouvoir répondre à nos questions et s'exprimer sur le sujet. A l'inverse, on peut imaginer un biais dans les capacités des femmes ayant subi une IVG dans le passé à se remémorer les évènements et les sentiments vécus.

S'agissant d'une étude exploratrice cherchant à mettre en évidence de nouveaux concepts, comme toutes les études qualitatives, un biais d'interprétation est possible. L'analyse des entretiens réalisée par l'enquêteur lui-même a pu être influencée par ses représentations, engendrant un biais d'interprétation des données.Pour diminuer l'impact de ce biais dans nos résultats, un codage parallèle en aveugle des entretiens a été effectué par une personne extérieure.

Dans notre travail, l'analyse se limitait aux données verbales alors que le vécu peut être davantage ressenti dans les attitudes non verbales (silences, expressions corporelles). Une étude avec enregistrement vidéo des femmes serait possible mais demanderait l'accord des femmes pour être filmées, et une formation serait nécessaire pour l'analyse du non-verbal.

Le guide d'entretien n'abordait peu ou pas la contraception d'urgence, ce qui est regrettable d'autant plus qu'il semblait y avoir une méconnaissance sur son utilisation. Celle-ci était souvent confondue avec l'IVG médicamenteuse.

Enfin, même si l'étude a tenté de cerner l'attitude des hommes vis-à-vis de la contraception et de l'IVG, elle s'est limitée au seul point de vue des femmmes.

V CONCLUSION

Ce travail a tenté de montrer qu'il existe des facteurs sociaux et médicaux propres à la Corse qui permettent de comprendre pourquoi le taux d'IVG reste si élevé sur l'île.
L'étude a été réalisée avec un petit nombre de patientes. Mais elle a mis en évidence des pistes de travail. Il ne s'agit que d'hypothèses, d'autres études seront nécessaires pour les confirmer.

- La femme Corse désire pouvoir élever son enfant dans une sécurité conjugale, familiale et surtout financière grâce à sa situation professionnelle. Ces conditions sont rarement réunies, retardant la maternité.
- Le tabou de la sexualité sur l'île rend la communication dans ce domaine difficile au sein des familles, ce qui constitue un obstacle à l'éducation sexuelle des jeunes femmes.
- La contraception apparaît comme étant un espace essentiellement féminin, ce qui constitue parfois une trop grande responsabilité.
- Le partage inégal des tâches au sein du couple, en particulier celles inhérentes à un nouveau-né et à l'éducation du jeune enfant, peut sembler trop lourd à assumer pour les femmes.
- L'accès à l'IVG est facilité par des délais de prise en charge courts sur le territoire.
- On remarque que dans une région pourtant ancrée dans ses traditions, la religion ne semble pas être un frein à l'IVG mais qu'elle peut aider les femmes à affronter cette épreuve.

D'autres études seraient nécessaires pour vérifier et approfondir les résultats de ce travail, comme par exemple appréhender le comportement des hommes face aux questions entourant la procréation. Explorer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à aborder la vie sexuelle et procréative des patients pourrait aussi contribuer à élargir l'analyse.

Outre l'enrichissement personnel inhérent à toute recherche, ce travail m'a permis d'avoir

une réflexion approfondie sur mon rôle de médecin généraliste dans la prévention des grossesses non prévues, au-delà du lien réducteur entre contraception et IVG. Cette prévention doit intégrer des notions plus larges tels que l'environnement social et culturel, l'amour, l'intimité, la sexualité.

Bibliographie

[1] ANCIC. Enquête sur le rapport des hommes à l'IVG [En ligne], http ://www.avortementancic.net/spip.php ?article73, 2011.

[2] ARRÊTÉ. du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. *Journal Officiel du 8 mars 2016*, 57, texte 30.

[3] A.R.S. DE CORSE. Plan stratégique régional de santé de 2012 à 2016, 329-341.

[4] BAJOS, N., BOHET, A., GUEN, M. L., AND MOREAU, C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Populations et société 492*, 1 (2012), 1–4.

[5] BAJOS, N., AND FERRAND, M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines 61*, 1 (2006), 91.

[6] BAJOS, N., MOREAU, C., LERIDON, H., AND FERRAND, M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Populations et société*, 407 (2004).

[7] BAJOS, N., ROUZAUD-CORNABAS, M., PANJO, H., BOHET, A., MOREAU, C., AND L'ÉQUIPE FÉCOND. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*, 511 (2014).

[8] BLAIS, M., AND MARTINEAU, S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives [En Ligne] 26*, 2 (2006), 1–18.

[9] BRETER, E. En Corse, plus de familles monoparentales et des familles plus petites. *Quant'île, Insee Corse*, 23 (2013).

[10] BSTÄNDIG, B., AND BONGAIN, A. Pourquoi encore tant d'IVG ? *La lettre du gynécologue*, 300 (2005).

[11] CASTA, F. J. L'Eglise corse et la femme. *Etudes corses 6/7* (1976), 286–309.

[12] CHAPERON, S. Nathalie Bajos ; Michel Bozon (dir.), Enquête sur la sexualité en France. *Pratiques, genre et santé*, 31 (2010), 324–326.

[13] DE BUTLER, A. Du couple conjugal au couple parental. *Sexologies 15*, 4 (oct 2006), 250–254.

[14] DE DINECHIN, B. Entretien pré-IVG : Dire pour mieux comprendre. *Laennec Tome 50*, 3 (2002), 37–44.

[15] DÉCRET N :2016-743. Du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. *Journal Officiel du 5 juin 2016*, 130.

[16] DESJEUX, C. La pilule hormonale féminine : De la fécondité « féminine » à la fécondité « conjugale ». *Socio-logos [En ligne]*, 3 (2008).

[17] DUMONT, A. F. IVG : l'Europe donne un carton rouge à l'Italie. *Le quotidien du médecin.fr [en ligne],* (2016).

[18] FRANCHINI, P. *Les Corses*. Le Cavalier Bleu, Paris, 2001.

[19] GUIDONI, G. La Corse a une natalité normale pour la Méditerranée, mais bizarre pour la France [En ligne],http ://www.corse-economie.eu/La-Corse-a-une-natalite-normale-pour-la-Mediterranee-mais-bizarre-pour-la-France_a235.html, jul 2016.

[20] GUILLAUME, A., AND LERNER, S. Contraception et avortement : le problème de l'Amérique latine [En ligne], http ://www.ceped.org/fr/publications-ressources/working-papers-du-ceped/article/contraception-et-avortement-le, jul 2010.

[21] HAS. Recommandations.Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines [En ligne],http ://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271973/fr/prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-jusqu-a-14-semaines, 2001.

[22] HAS. Cahiers des charges pour la réalisation des IVG par méthode instrumentale : hors établissements de santé et dans les centres de santé [En

ligne], http ://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2062049/fr/cahiers-des-charges-pour-la-realisation-des-ivg-par-methode-, 2016.

[23] HCEFH. Rapport n :2013 -11 04- SAN -00 9 relatif à l'accès à l'IVG : Accès à l'IVG dans les territoires, 2013.

[24] HERBIGNIAUX, F., AND THAI, Y. Les méthodes contraceptives chez les jeunes . Enquête menér auprès de 13-21 ans par la fédération des Centres de Planning Familial des femmes prévoyantes socialistes. 44.

[25] INPES. Contraception : une nouvelle campagne qui s'adresse aux femmes ... et aux hommes [En ligne], http ://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2009/027.asp, 2009.

[26] INSEE. Conditions de vie-Société - En Corse, les femmes encore souvent au foyer. *Economie Corse*, 108 (jul 2004).

[27] INSEE. Les Femmes sur le marché du travail insulaire. *Insee analyses corses*, 9 (2016).

[28] LOGSDON, M. B., HANDLER, A., AND GODFREY, E. M. Women's Preferences for the Location of Abortion Services : A Pilot Study in Two Chicago Clinics. *Maternal and Child Health Journal 16*, 1 (2012), 212–216.

[29] LOI N : 2001-588. Du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. *J.O. du 7 juillet 2001*, 156 (2001), 10823.

[30] LOI N : 2016-41. Du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,. *J.O. du 27 Janvier 2016*, 22 (2016), texte 1.

[31] LOI N : 75-17. Du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. *J.O. du 18 Janvier 1975*, 739.

[32] LOI N : 79-1204. Du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. *J.O. du 01 janvier 1980*, 3–4.

[33] MAZUY, M., TOULEMON, L., AND BARIL, E. "Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours". *Population 69*, 3 (2014), 365–398.

[34] MAZUY, M., TOULEMON, L., AND BARIL, E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Population et sociétés*, 518 (2015).

[35] NISAND, I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que recontrent les femmes. 55.

[36] O.R.S DE HAUTE NORMANDIE. Contraception et Interruptions volontaires de grossesse chez les jeunes haut-normands.

[37] POURCHEZ, L., AND DUPE, S. Les grossesses précoces chez les mineures à la Réunion. *Infos Etudes et statistiques*, 21 (2011).

[38] RAVIS-GIORDANI, G. La femme corse dans la société villageoise traditionnelle : Statuts et rôles. *Études corses 6/7* (1976), 6–19.

[39] SABIANI, T. D. Anthropologie : famille à voir. In *Encyclopaedia corsicae*, dumane ed., vol. 3. Bastia, 2004, pp. 341–346.

[40] SIMEONI, E. *Lettre aux femmes corses*. DCL, Biguglia, 2008.

[41] TIRROLONI, A. *Les femmes en Corse*. Délégation régionale aux droits des femmes : INSEE, Direction regionale de Corse, Ajaccio, 1995.

[42] VENTOLA, C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité & société*, 12 (aug 2014).

[43] VILAIN, A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. *Etudes et Résultats*, 0924 (2015).

[44] VILAIN, A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Etudes et résultats*, 968 (jul 2016).

[45] VILAIN, A., COLLET, M., AND MOISY, M. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. *L'état de santé de la population de la France* (jul 2010), 51–62.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

Début d'entretien :

Bonjour Madame, je m'appelle Nicolas Mondielli. Je suis interne en médecine générale à la Faculté de Nice et je m'intéresse à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. Je souhaiterais m'entretenir avec vous afin de bâtir mon travail qui constituera ma thèse de médecine. Il nous a paru important de rencontrer directement des femmes afin de recueillir leur expérience personnelle. Votre témoignage sera recueilli sans jugement. Je vais, avec votre accord, enregistrer notre entretien afin de pouvoir le retranscrire et l'anonymat sera totalement respecté. L'entretien dure une vingtaine de minutes environ. Vous pourrez être destinataire d'une copie du travail si vous le souhaitez. Avez-vous des questions avant que nous débutions l'entretien ? Vous pourrez m'interrompre ou stopper l'entretien à tout moment si vous le souhaitez.

Entretien :

— Pour commencer, pourrais-je connaitre votre environnement social (logement, zone géographique, entourage...) ?

— Je souhaiterais connaitre votre parcours professionnel et personnel.

— Pouvez-vous me préciser votre niveau d'étude et les choix professionnels que vous avez fait ou que vous envisagez de réaliser ?

— Pour vous, qu'est-ce qu'être parent ?

— En cas de grossesse, quels éléments vous semblent importants pour avoir le sentiment de bien vivre ce moment dans votre vie ?

— Quelles difficultés avez-vous rencontré dans votre éducation à la sexualité et votre contraception ?

— Comment décririez-vous l'implication de votre partenaire dans la contraception ?

— Quel a été votre parcours pour interrompre votre grossesse ?
— Quelles sont les difficultés et obstacles dans ce parcours que vous avez rencontrés personnellement ?
— Quel a été le rôle de votre partenaire ?
— Quel a été le délai entre la décision d'interrompre la grossesse et l'acte en lui-même ?
— Quel est votre ressenti vis à vis de l'IVG ?
— Quelle est la place de la religion dans votre vie ?
— La Corse fait partie des régions où l'on pratique le plus d'IVG. Avez-vous une idée des raisons ?

Fin de l'entretien :

Avez-vous des choses à rajouter ?

C'est la fin de l'entretien. Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez consacré et les informations que vous avez bien voulu partager avec moi.

Je vous rappelle que si cela vous intéresse, je pourrais vous envoyer les résultats de ma thèse

Annexe 2 : Consentement de participation à une étude médicale

Je soussignée .....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et accepte de participer à l'étude médicale portant sur les IVG en Corse.

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail :

Oui Non

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue par Nicolas Mondielli, interne en médecine générale, à la faculté de médecine de Nice.

Fait en double exemplaires

À ..... Le .....

Signature :

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

Introduction : Ce travail est parti d'un constat, celui d'un fort taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans la région Corse depuis plus de 20 ans. Aucune étude n'a jusqu'à présent permis d'expliquer ce phénomène. Des auteurs avancent que des facteurs spécifiques à une population donnée sont susceptibles d'influencer le recours à l'avortement. L'objectif de cette étude est de comprendre pourquoi les IVG sont si nombreuses sur l'île.

Méthodes : L'étude repose sur des entretiens individuels avec des femmes résidant dans le département de Haute Corse, ayant eu recours à une IVG.

Résultats : Seize femmes ont participé à l'étude. L'analyse de ces entretiens nous éclaire sur les conditions sociales, familiales et affectives qu'elles souhaitent réunir avant d'envisager d'avoir un enfant. Les femmes expriment également des difficultés liées à leur sexualité, sujet encore tabou au sein des familles, et à leur contraception. Elles nous parlent de leur parcours d'accès à la structure d'orthogénie du centre hospitalier de Bastia, en soulignant sa facilité d'accès.

Conclusion : Cette étude a tenté de montrer qu'il existe des éléments sociaux et médicaux spécifiques à la Corse qui permettent de comprendre pourquoi le taux d'IVG est si élevé sur l'île.

Mots-clés : Corse, Femmes, Insularité, IVG, Orthogénie, Société.

ABSTRACT

Introduction : The origin of this work is based on the analysis that a very high number of abortions were held in Corsica over the past 20 years. Up to today, no studies have helped to explain this phenomenon. Some writers claim that specific factors linked to demographics are likely to influence the decision to voluntarily terminate pregnancies. The objective of this work is to understand the reasons why we are facing such a high rate of abortion in Corsica.

Methods : The study is based on individual interviews of women – residents of the department Haute Corse - who have voluntarily terminated their pregnancies.

Results : Sixteen patients took part in this study. The outcome of the interviews enables us to determine the ideal conditions (social, emotional and family) for women who wish to conceive. Those women also expressed issues with their sexuality and contraceptive means, which is still taboo in family conversation. They told us about the process that led them to the family planning center in Bastia and emphasized its accessibility.

Conclusion : This study attempted to show that there are social and medical characteristics specific to Corsica which enables us to understand the high rate of abortions on the island.

Key words : Abortion, Corsica, Family Planning, Insularity, Society, Women.