



HAL
open science

Place du partenaire dans la prise de décision d'une interruption volontaire de grossesse

Aurélie Airaudo

► **To cite this version:**

Aurélie Airaudo. Place du partenaire dans la prise de décision d'une interruption volontaire de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02374405

HAL Id: dumas-02374405

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02374405>

Submitted on 21 Nov 2019

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

Place du partenaire dans la prise de décision d'une interruption volontaire de grossesse

Présenté et publiquement soutenu

Le 03 septembre 2019

Par

AIRAUDO Aurélie
Née le 05 septembre 1995

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2018/2019

Membres du jury :

- Professeur A. Agostini (directeur de mémoire)
- Carole Zakarian (directrice de mémoire, sage-femme enseignante)
- Sandy Denisot-Boisis (sage-femme CH Martigues)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

Place du partenaire dans la prise de décision d'une interruption volontaire de grossesse

AIRAUDO Aurélie
Né(e) le 05 septembre 1995

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2018-2019

Validation 1^{ère} session 2019 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2019 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

**Place du partenaire dans la prise de
décision d'une interruption
volontaire de grossesse**

Remerciements

À ma directrice de mémoire, Carole Zakarian, pour son aide et son soutien dans l'élaboration de ce mémoire et ces 4 ans.

Aux sages-femmes enseignants de l'EU3M, pour leur transmission de savoir et leur encadrement durant ces années d'étude.

À mes parents, sans qui rien n'aurait été possible.

À Aucopaba mon rayon de soleil, à mes grands-parents pour le réconfort.

À ma grand-mère Danièle et ma tatie Béré avec qui j'aurais aimé partager ces moments.

À Jean-Baptiste, pour son soutien infailible depuis 7 ans.

À mes amies, l'Hexadactylie de ma vie, ma Carotte, Gu, Gégé, Inès et Roro, qui ont adouci ces 4 années.

Table des matières

| | | |
|-------------|--|-----------|
| I. | Introduction | 1 |
| II. | Matériels et méthode..... | 4 |
| | 1. Question de recherche | 4 |
| | 2. Objectifs de recherche et schéma d'étude | 4 |
| | 3. Population à l'étude | 5 |
| | 4. Outils de recueil de données et outils statistiques | 5 |
| III. | Résultats | 7 |
| | 1. Description de la population étudiée | 7 |
| | 2. Description des résultats obtenus | 10 |
| | 3. Résultats comparatifs | 17 |
| | 4. Corrélations | 19 |
| IV. | Analyse et discussion | 20 |
| | 1. Validité de l'étude | 20 |
| | a. Limites | 20 |
| | b. Biais | 21 |
| | c. Population de l'étude | 21 |
| | 2. Mise en perspective | 22 |
| V. | Conclusion | 28 |
| | Bibliographie | 29 |
| | Annexe | 35 |

I. Introduction

L'interruption volontaire de grossesse (IVG), est un droit acquis par les femmes, pour les femmes le 17 janvier 1975.

La seconde partie du 20^{ème} siècle a été marquée par le combat pour l'égalité hommes-femmes et a permis l'acquisition du droit de vote accordé aux femmes et la publication par l'ONU d'une charte d'égalité des droits hommes-femmes en 1945.

L'adoption de la loi Neuwirth en 1967, est une étape majeure dans les droits des femmes, la contraception est autorisée en France. (1) L'IVG a été autorisée huit ans plus tard grâce à la Loi Vieil par l'article L2212-1 : « La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. » (2)

Il semble indispensable de définir l'IVG comme étant une interruption provoquée au début de la grossesse pour des raisons non thérapeutiques (3).

Celle-ci peut avoir lieu uniquement jusqu'à 14 semaines d'aménorrhées selon deux techniques, instrumentale ou médicamenteuse, selon le terme de la grossesse et le choix de la patiente.

Il existe 4 temps primordiaux dans la prise de décision instaurés par la loi : la consultation d'information, la remise du consentement écrit, le choix de la méthode abortive et la consultation de contrôle post IVG. (4)

En France, chaque année environ 200 000 avortements sont pratiqués et depuis 2015, sur la demande de Marisol Touraine, un plan d'action national a été mis en place pour améliorer l'accès à l'IVG (5).

En PACA, cela représente 10,8% des IVG en France métropolitaine, ainsi que 20,1/1000 femmes âgées de 15-49 ans, soit le plus haut taux. (6)

Cependant malgré les progrès dans ce domaine en matière de communication et d'accès, le rôle du conjoint dans ce parcours paraît peu analysé et pris en charge.

En effet, de nos jours, la femme est maîtresse de son corps, il lui est laissé pleinement le choix de porter ou non sa grossesse.

Le géniteur a un lien juridique avec son enfant représenté par le mot paternité. Ce mot peut qualifier aussi la qualité d'auteur, de créateur de quelque chose ainsi que l'état, la qualité et le sentiment d'être père. (7)

Il est donc responsable de cette grossesse autant que la mère et peut déjà s'inscrire dès la connaissance de la grossesse dans un processus de paternalité, défini par « Ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez l'homme à l'occasion de la paternité, depuis la grossesse jusqu'à la première ou la deuxième année de vie de l'enfant » (8).

Lorsqu'il s'agit d'IVG, la loi qualifie la femme de décisionnaire final, et est punie par la loi toute pression ou entrave au choix « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables [...] » (9)

Il n'est pas mentionné dans la législation la place du géniteur dans cette décision, pourtant même si certains ne souhaitent pas prendre part ou ne se sentent pas concernés par cette situation, d'autres peuvent se sentir responsables et veulent accompagner la femme.

Dans son étude « Les hommes et l'IVG », Geneviève Cresson interroge sur la difficulté observée pour interviewer les conjoints, les médecins et personnel paramédical du centre d'IVG dans laquelle se déroule l'étude afin de connaître la place laissée aux hommes par eux.

Il en ressort que cette place est très limitée car dépend d'abord de l'organisation du travail, de la situation d'urgence que représente l'IVG (délais), ainsi qu'une raison liée « au respect de la femme, de ses droits, de son intimité, de son vécu » et que les hommes face à cet événement rencontrent des obstacles dépendant de plusieurs facteurs. (10)

Après avoir constaté la place laissée aux partenaires par le cadre législatif ainsi que par le corps médical, il s'avérait intéressant d'étudier dans les deux plus importants centres de gynécologie sociale de Marseille, le CHU de l'hôpital Nord et le CHU de la Conception, la place que les femmes donnent à leurs partenaires dans la prise de décision d'une IVG.

II. Matériel et méthodes

1. Question de recherche

Quelle place donnent les femmes à leur(s) partenaire(s) dans la prise de décision d'une IVG avant sa réalisation ?

2. Objectifs de recherche et schéma d'étude

L'objectif principal est d'identifier la place du partenaire dans la prise de décision d'une IVG.

Les sous-objectifs sont de déterminer le moment d'information du partenaire ainsi que certains facteurs susceptibles d'interagir avec l'annonce et l'impact sur la relation du couple.

L'étude menée est quantitative prospective via questionnaires. Ceux-ci ont été remplis par les patientes lors des consultations pré IVG.

Il était envisagé de distribuer les questionnaires en consultation post IVG afin de recueillir les données de manière rétrospective. Cependant, devant le nombre faible de patientes venant aux consultations post IVG, il aurait été difficile de recueillir suffisamment de questionnaires pour mener à bien l'étude.

Une déclaration à la CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, a été faite en avril 2018, avant la diffusion des questionnaires. Ceci a été fait afin de respecter les droits et libertés des personnes interrogées. Il a été précisé quelles étaient les données personnelles traitées pour cette étude ainsi que la finalité du projet.

3. Population à l'étude

La population à l'étude sont les femmes venant en centre de gynécologie sociale pour pratiquer une IVG. Elles ont été sélectionnées sur la base du volontariat. 92 questionnaires ont été inclus.

Les critères d'inclusion étant les femmes majeures avant une IVG, francophones et venant pratiquer une IVG, médicamenteuse ou chirurgicale en centre hospitalier.

Les critères de non-inclusion ont été alors les femmes mineures, ne parlant pas français et ayant une IVG hors centre hospitalier.

Les questionnaires incomplets ou remplis incorrectement ont été exclus.

L'étude a été réalisée aux centres de gynécologie sociale de la Conception et de l'hôpital Nord sur une durée de six mois, de mai 2018 à octobre 2018.

4. Outils de recueil de données et outils statistiques

L'outil de recueil de données utilisé est un questionnaire (Annexe). Ce moyen de recueil a été choisi afin que les patientes aient un support facile à remplir et compréhensible. Les questionnaires ont été distribués dans les services lors de l'arrivée des patientes à leur première consultation, l'échantillonnage était donc aléatoire basé sur le volontariat.

La première partie vise à recueillir les renseignements généraux : âge des partenaires, situation familiale, nombre d'enfants, niveau d'étude, profession des partenaires.

La seconde partie collecte les variables qualitatives et quantitatives permettant de répondre aux objectifs de recherche.

Le sentiment d'indépendance, le stress, le mal être sont des variables mesurées grâce à des échelles psychométriques type Likert, graduées de 1 à 5, 1 représentant le niveau le plus bas de mesure, et 5 le niveau maximal.

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons réalisé le test de Student pour échantillons indépendants, permettant la comparaison de deux moyennes, comme celle du sentiment d'indépendance ressenti en fonction des critères qualitatifs liés à l'expérience de

maternité, d'IVG, la position du partenaire sur le droit à l'IVG et l'information du partenaire de l'IVG.

Un test de corrélation bi variée a été appliqué afin de rechercher un lien entre les variables sentiment d'indépendance, le stress de ne pas informer, impact sur la relation et stress lié à l'annonce.

Pour tous les tests statistiques appliqués, le risque alpha a été fixé à 5 % pour l'interprétation des résultats, le seuil de significativité de $p < 0,05$.

III. Résultats

1. Description de la population étudiée

L'étude a été menée sur une période de 6 mois, à compter de Mai 2018 à Octobre 2018 au sein des centres de gynécologie sociale de l'hôpital Nord et la Conception.

L'effectif total de la population étudiée était de 92 patientes.

L'âge moyen de la population était de 28ans avec comme minimum d'âge 18ans et maximum 47ans.

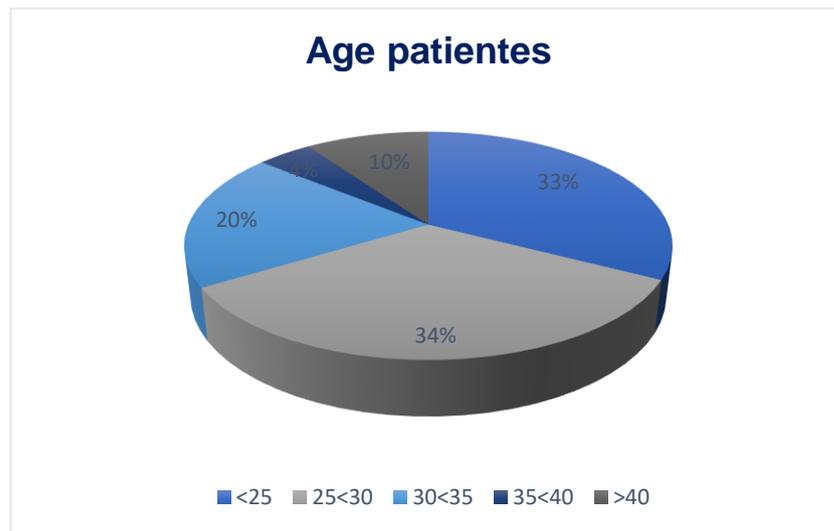


Figure 1 : Age des patientes interrogées.

L'écart d'âge entre les partenaires était en moyenne de 3 ans, avec un âge moyen du partenaire de 30 ans, un minimum de 18 ans et maximum 60 ans.

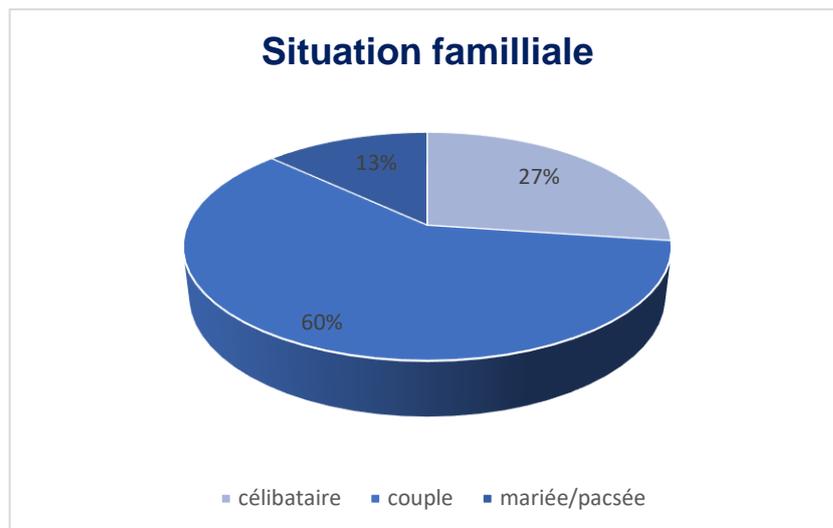


Figure 2 : Situation familiale.

Les patientes étaient majoritairement en couple.

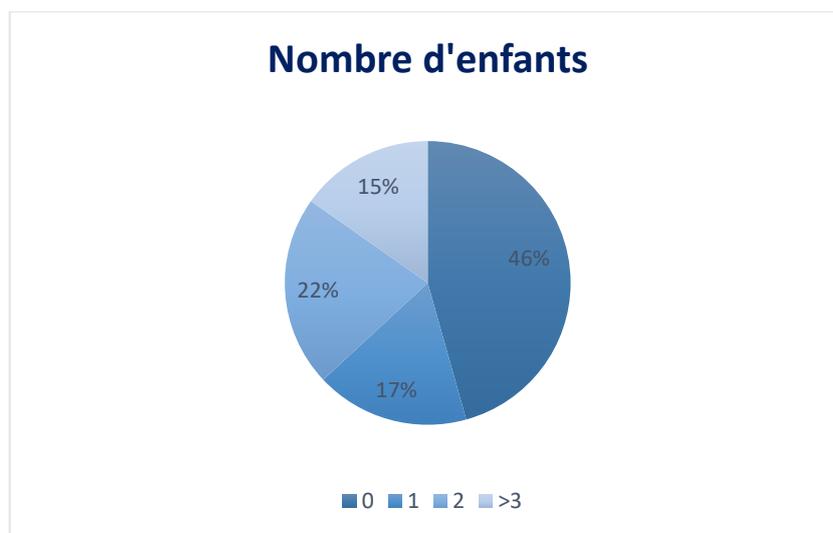


Figure 3 : Nombre d'enfants avant l'IVG.

La plupart des patientes avaient un enfant ou plus avant de pratiquer l'IVG.

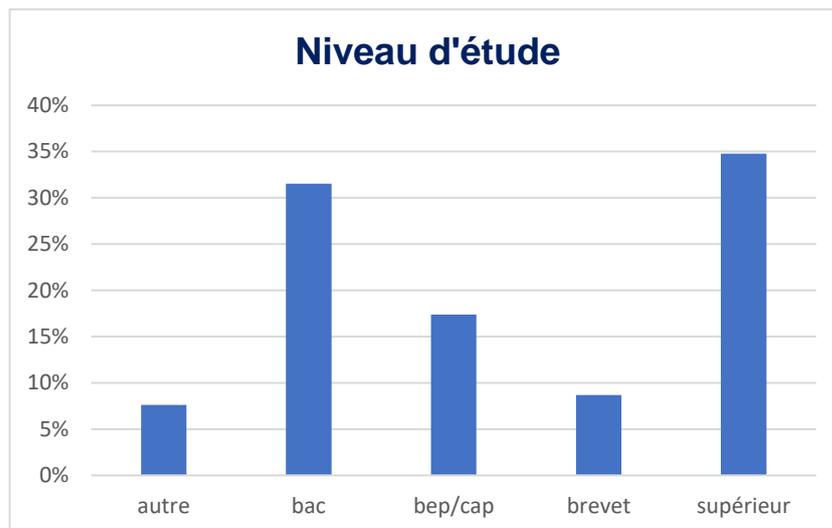


Figure 4 : Niveau d'étude des patientes.

Les femmes avaient pour, la plupart, atteint un niveau d'étude supérieur à celui du bac.

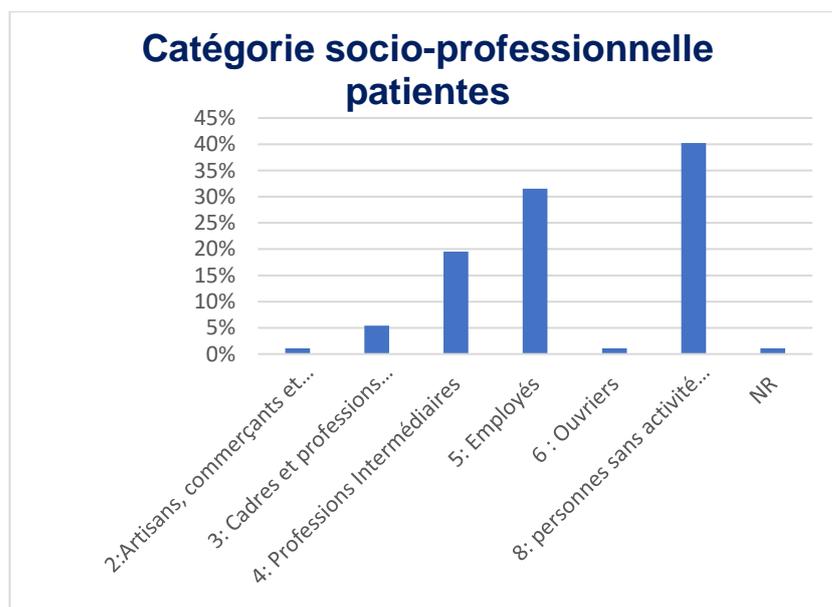


Figure 5 : Catégorie socio professionnelle des patientes.

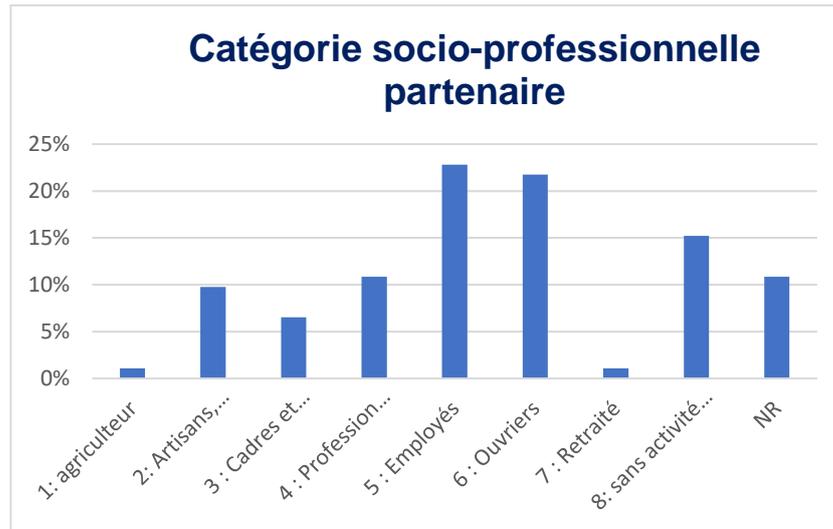


Figure 6 : Catégorie socio professionnelle des partenaires.

La majorité des femmes étaient sans activité professionnelle, leurs partenaires au contraire étaient soit employés soit ouvriers.

2. Description des résultats obtenus

Le questionnaire distribué comportait 13 questions permettant de répondre à notre objectif principal : identifier la place du partenaire dans la prise de décision d'une IVG avant sa réalisation.

Les tableaux descriptifs des résultats statistiques obtenus sont présentés en annexes.

Légendes des figures suivantes :

- Avec un effectif total (N) de 92.
- Avec des scores (S) pour les figures 7 et 13 :
 - 0 « pas du tout »/ « absent »
 - 1 « un peu »
 - 2 « assez »
 - 3 « moyennement
 - 4 « plutôt »
 - 5 « totalement » / « très fort » / « beaucoup »

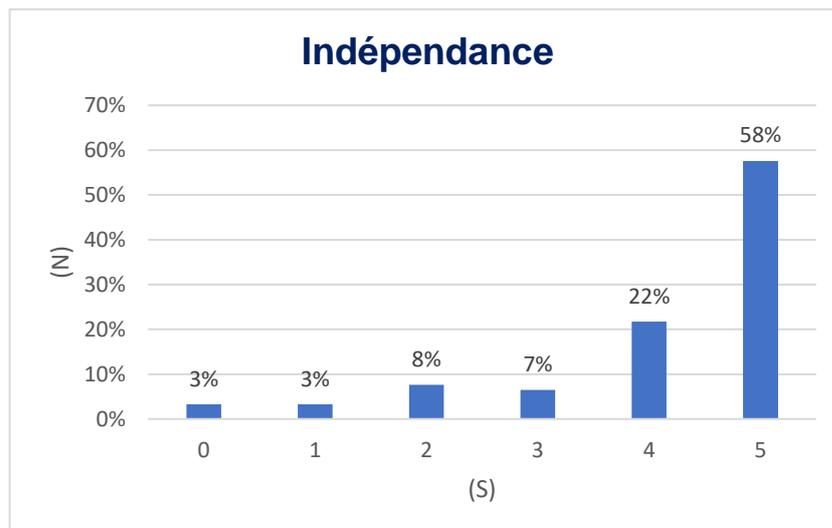


Figure 7 : Sentiment d'indépendance dans les choix et prise de décisions pour la patiente.

La plupart des patientes, 80%, se sentaient plutôt à totalement indépendantes.

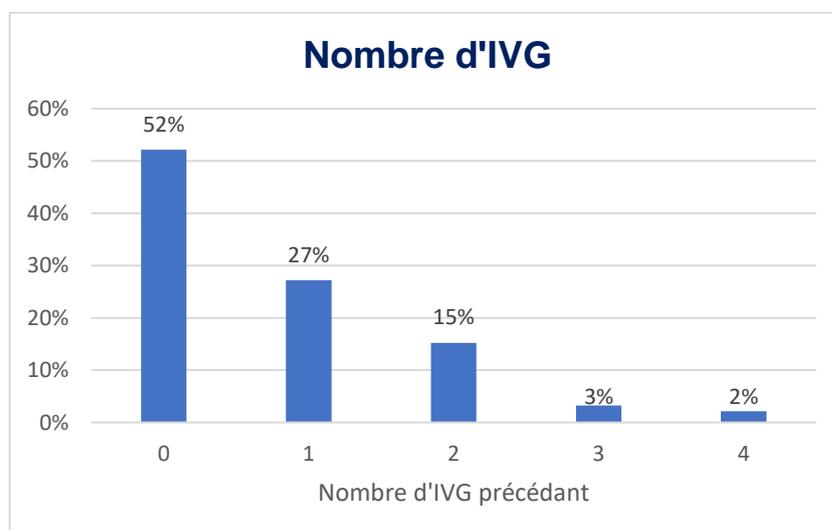


Figure 8 : Nombre d'IVG avant celui pour lequel elles venaient consulter

Près d'une femme sur deux avait eu une voir plus interruption volontaire de grossesse.

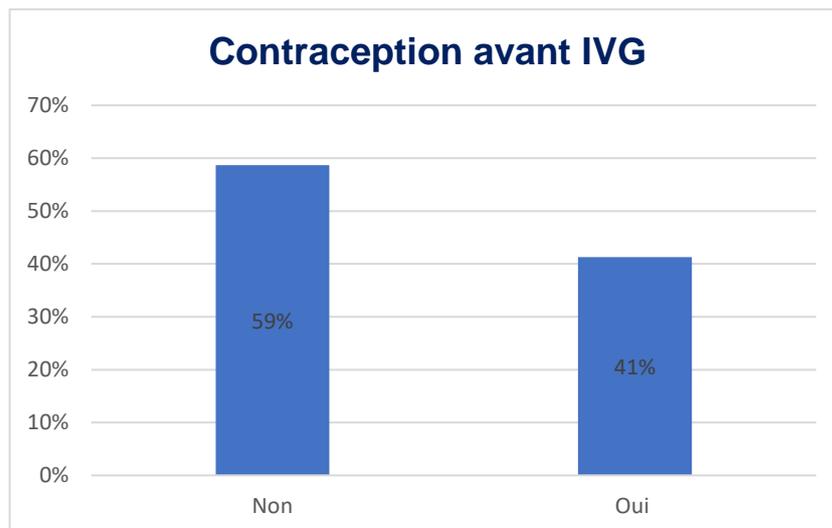


Figure 9 : Contraception utilisait ou non avant l'IVG

Près de 60% des patientes n'avaient pas de contraception avant l'IVG.

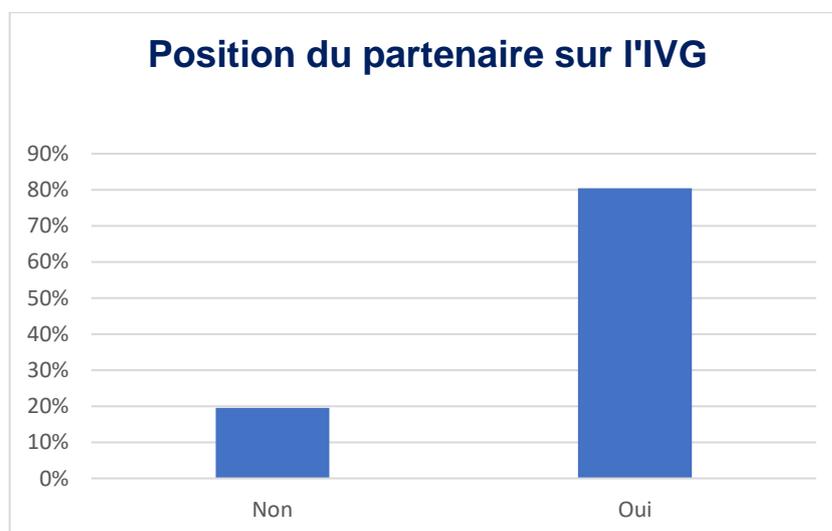


Figure 10 : Connaissance de la position (favorable ou défavorable) du partenaire sur le droit à l'IVG.

80% des patientes connaissaient la position de leur partenaire sur le droit à l'IVG.

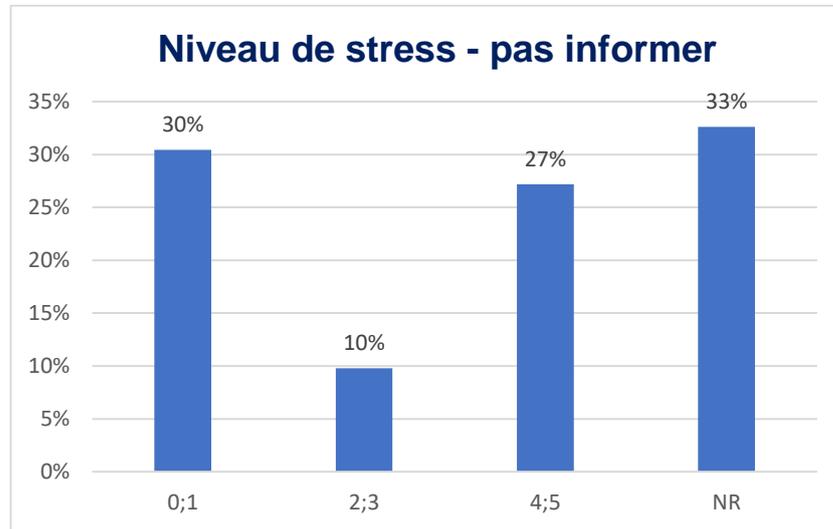


Figure 11 : Niveau de stress/mal être de ne pas informer le partenaire.

Nous avons fait le choix de regrouper les items de la manière suivante afin de gagner en clarté, niveau de stress :

- 0 ; 1 : faible
- 2 ; 3 : moyen
- 4 ; 5 : élevé
- NR : non renseigné

1/3 des patientes n'ont pas répondu à cette question, 1/3 ont éprouvé un faible stress de pas informer leur partenaire, et 1/3 des patientes ont ressenti un niveau de stress élevé.

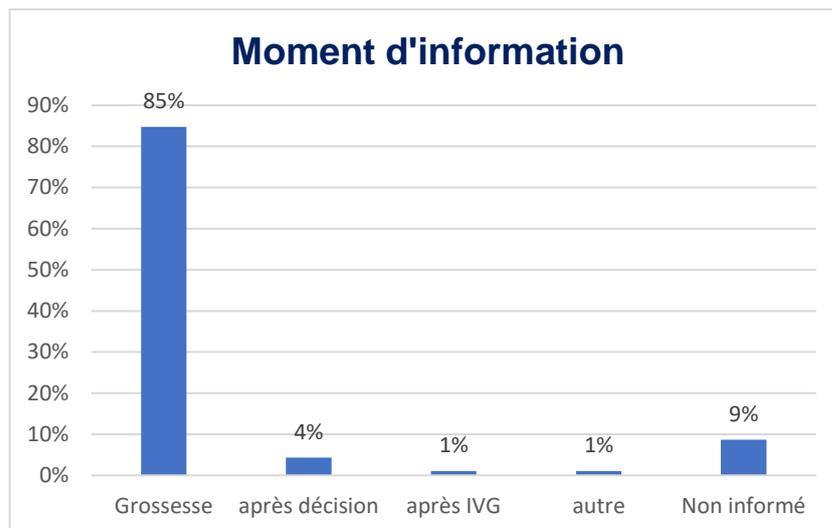


Figure 12 : Moment d'information du partenaire.

Les patientes ont majoritairement informé leur partenaire au moment où elles ont découvert la grossesse.

9% des patientes n'ont pas informé leur partenaire, soit près d'une femme sur dix.

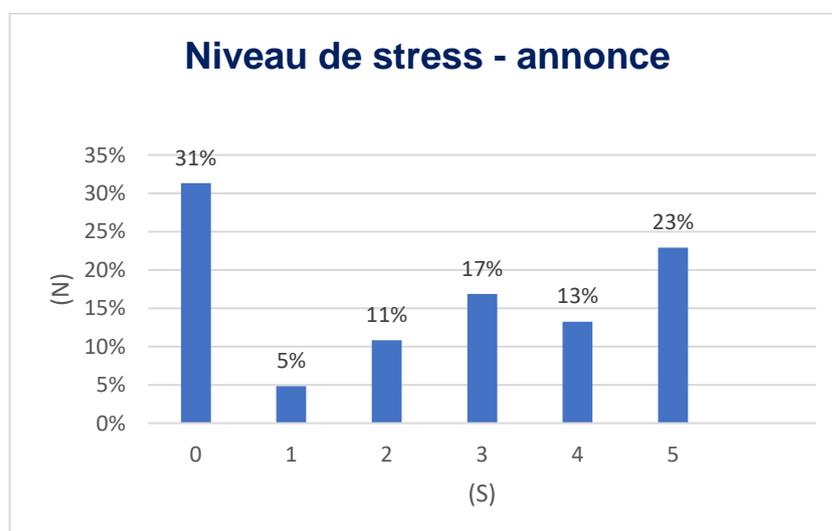


Figure 13 : Niveau de stress/mal être à la suite de l'annonce au partenaire.

1/3 des patientes n'ont pas ressenti de stress à la suite de l'annonce à leur partenaire.

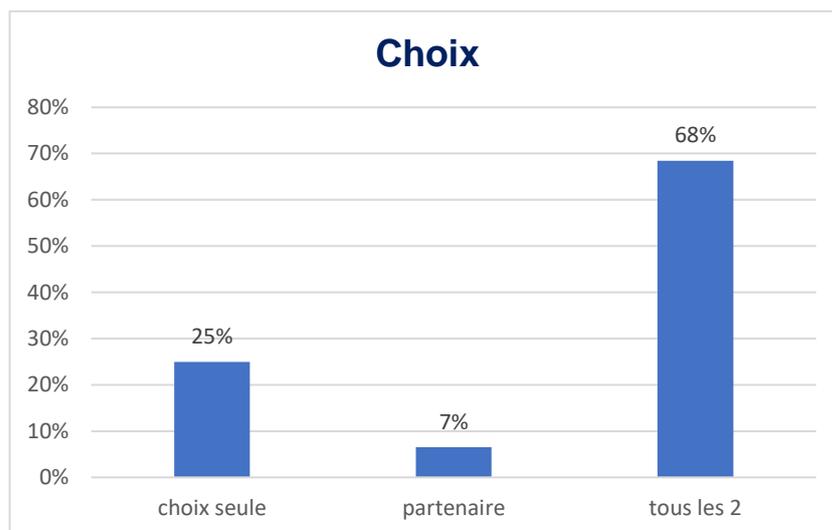


Figure 14 : L'IVG était le choix de la patiente seule, du partenaire ou des deux.

Le choix de pratiquer une IVG a été pris à deux dans plus de la majorité des cas.

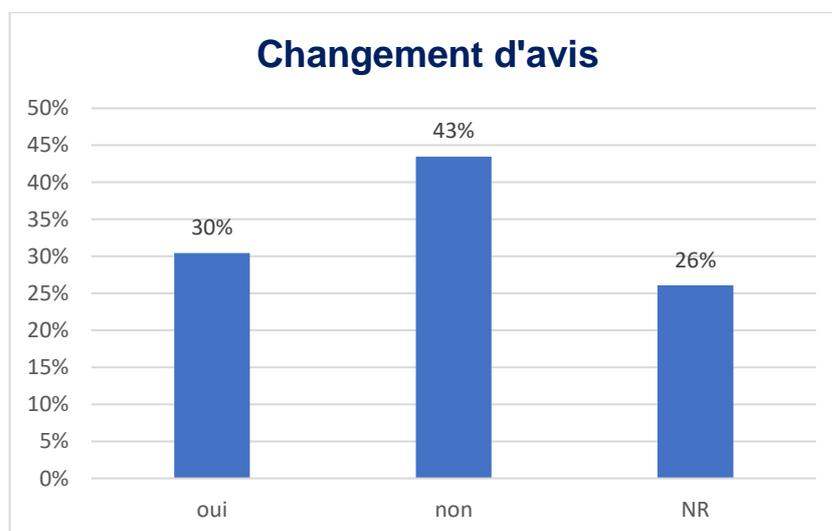


Figure 15 : Si l'IVG était le choix de la patiente seule, le partenaire a-t-il essayé de la faire changer d'avis.

On note que dans 1/3 des cas le partenaire a essayé de faire changer d'avis la patiente.

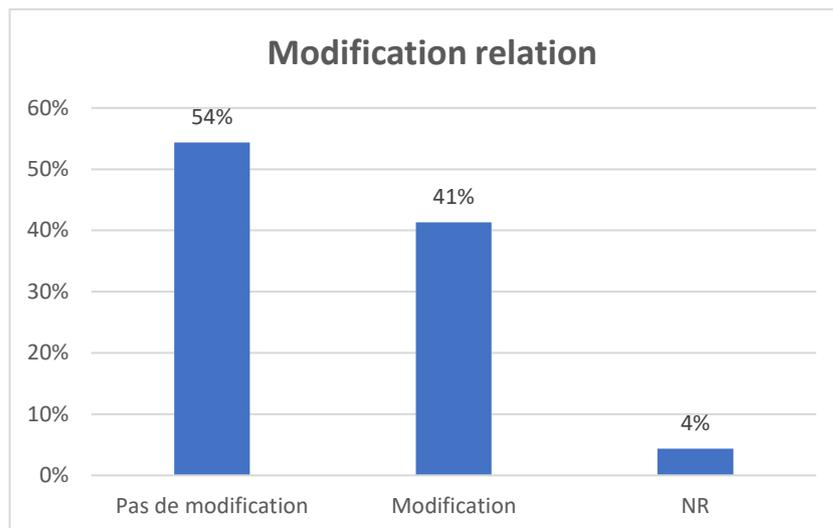


Figure 16 : L'IVG a-t-elle modifier la relation avec le partenaire.

La plupart des patientes n'ont pas ressenti de modification dans leur relation avec les partenaires.

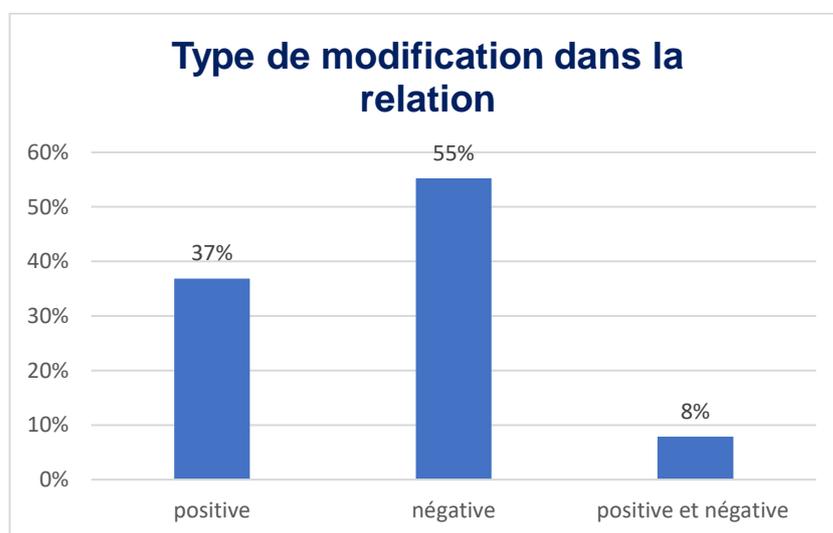


Figure 17 : Modification positive et/ou négative de la relation.

Dans le cas où l'IVG a eu un effet sur la relation, celui-ci a été négatif.

3. Résultats comparatifs

Légendes des tableaux suivant :

*Test de Student, si $p < 0.05$, il est significatif.

NS : résultats non significatifs.

Le tableau suivant présente l'analyse comparative du sentiment d'indépendance ressenti par rapport aux items qualitatifs liés à l'expérience de maternité, d'IVG, la position du partenaire sur le droit à l'IVG et l'information du partenaire de l'IVG.

Tableau 1 : Score du sentiment d'indépendance de la femme dans sa décision en fonctions de facteurs qualitatifs

| | Moyenne | | P* |
|---|---------|------|-------|
| | Oui | Non | |
| Déjà mère | 4.20 | 4.05 | NS |
| Déjà pratiqué une IVG | 4.16 | 4.10 | NS |
| Connait la position de son partenaire sur l'IVG | 4.27 | 3.56 | <0.05 |
| Informé son partenaire de l'IVG | 4.13 | 4.11 | NS |

Le tableau 2 présente la comparaison du niveau de stress en fonction des critères qualitatifs d'expérience de maternité, d'IVG, la connaissance de la position du partenaire sur le droit à l'IVG, si la patiente était en couple ou pas ainsi que selon le moment de l'annonce.

Tableau 2 : Score du niveau de stress au moment de l'annonce en fonctions des critères qualitatifs choisis pour l'étude

| | Moyenne | | P* |
|--|-----------|----------------|-------|
| | Oui | Non | |
| Déjà mère | 1.97 | 2.58 | NS |
| Déjà pratiqué une IVG | 2.31 | 2.17 | NS |
| Connait la position de son partenaire sur l'IVG | 2.28 | 2.10 | NS |
| Vie à deux (couple/mariés/pacsés) | 2.10 | 2.75 | NS |
| | Grossesse | Après décision | |
| Moment de l'annonce | 2.14 | 4.67 | <0.05 |

Il a été aussi comparé l'influence du moment de l'annonce sur la relation.

Lorsque l'annonce de la grossesse a été faite après la décision d'IVG, elle a eu une plus forte incidence, moyenne 4.67, sur la relation, que lorsque l'annonce a été faite au moment de la découverte de la grossesse, moyenne 1.00, avec un p significatif.

4. Corrélations

Légendes du tableau :

*Corrélation significative avec $p < 0.05$

**Corrélation très significative avec $p < 0.001$

Tableau 3 : Tableau des corrélations

| | <i>Annonce</i> | <i>Relation</i> | <i>Indépendance</i> | <i>Ne pas informer</i> |
|------------------------|----------------|-----------------|---------------------|------------------------|
| <i>Annonce</i> | / | 0.41 ** | -0.29* | 0.29* |
| <i>Relation</i> | 0.41** | / | -0.17 | 0.01 |
| <i>Indépendance</i> | -0.29* | -0.17 | / | -0.08 |
| <i>Ne pas informer</i> | 0.29* | 0.01 | -0.08 | / |

D'après le tableau suivant, le stress de l'annonce augmente d'une manière très significative avec l'effet sur la relation de couple (corrélation 0.41).

Plus la femme se sent indépendante moins l'annonce entraîne du stress (corrélation -0.29). En revanche, le stress de ne pas informer est significativement corrélé au stress lié à l'annonce (corrélation 0.29).

IV. Analyse et discussion

1. Validité de l'étude

a. Limites

La taille d'échantillon est un frein pour la généralisation des résultats.

En effet, sur les 2502 IVG à l'hôpital de la Conception ainsi que les 611 à l'hôpital Nord en 2017, nous avons collecté 92 questionnaires en 6 mois, cela représente près de 3% de la population.

Cependant, l'étude permet d'analyser mais aussi de souligner les difficultés actuelles et les conséquences de l'IVG sur notre territoire.

Le frein est principalement dû au moyen de diffusion des questionnaires. Ils étaient distribués par les secrétaires lors de l'arrivée des patientes au CGS pour leurs consultations pré-IVG. Malgré un passage régulier dans les services, ils étaient oubliés et non distribués.

Dans notre projet initial, nous souhaitions distribuer ces questionnaires aux patientes venant en consultation post IVG afin d'avoir leurs avis en rétrospective sur la place qu'elles donnent à leur(s) partenaire(s). Ceci n'a pu être fait car peu d'entre elles vont en consultations post IVG, donc le recueil de données aurait été d'autant plus compliqué.

De plus, l'IVG demeure un sujet sensible pouvant entraîner une réticence face aux questions, d'autant plus si elles étaient accompagnées par une tierce personne dont le conjoint.

La raison de l'IVG n'est pas identifiée ni traitée via les questionnaires, l'objectif principal de cette étude restant de définir la place que donnent les femmes à leur(s) partenaire(s) lors de la prise de décision d'une IVG.

Enfin, les mineures n'ont pas été interrogées pour des raisons d'autorisations parentales.

b. Biais

La formulation des questionnaires constitue un biais de mesure.

Malgré le test du questionnaire, la question 13 n'a pas été traitée systématiquement lorsque ça aurait dû être le cas, peut-être dû à un manque de clarté du questionnaire ?

La question 15, interroge les patientes sur l'information du partenaire, et l'item après l'IVG, peut être choisi que par supposition car rappelons que les questionnaires ont été distribués avant l'IVG. En effet, il est difficile de savoir si après les patientes ont réellement informé leur partenaire après l'IVG.

c. Population de l'étude

L'effectif total était de 92 patientes.

La moyenne d'âge de la population étudiée est de 28 ans. L'âge moyen d'accès à l'IVG à 27,5 ans en 2011 en France. (11)

La majorité des patientes étaient en couple ou mariée/pacsée contre 1/3 célibataire. En France, près de la moitié des femmes déclarent être en couple au moment de l'IVG. (12)

La plupart des patientes, 63%, n'ont pas d'enfant ou en ont un. Ce qui correspond aux données de la Drees en 2011 où « deux fois sur trois, les femmes ayant une IVG n'ont pas d'enfant ou sont mères d'un enfant unique ». (11)

En 2011, près de 52% de la population accédant à l'IVG a un emploi, comme dans notre étude pour 59% des patientes interrogées. (11)

En conclusion, les caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées sont représentatives de la population générale.

2. Mise en perspective

Afin de définir quelle place les patientes donnent à leur(s) partenaire(s), il leur a été demandé si elles connaissaient la position, « favorable ou non », de leur partenaire sur le droit à l'IVG, 80% affirmaient que oui (figure 10). Il n'a pas été demandé aux patientes qu'elle était la position du partenaire, mais de nos jours l'IVG reste encore au cœur des débats.

Récemment dans certains pays l'IVG est remise en cause comme en Espagne en 2013. Un projet de loi limitant le droit à l'avortement avait été approuvé par leur Conseil des ministres puis abandonné suite à de nombreuses manifestations. (13) En France plus récemment, le prolongement du délai d'IVG de 12 à 14 semaines a été accepté puis 4 jours plus tard supprimé en juin 2019, en raison d'oppositions politiques. (14)

Le fait que la patiente connaisse l'avis de son partenaire laisse à penser que la communication dans le couple est satisfaisante autour de l'intimité et la contraception. L'étude de Priscilla Broton auprès des couples sur le choix de la contraception, démontre ce sujet est important pour les hommes bien que leur implication soit assez limitée. En effet, ils laissent le choix de la contraception à leur partenaire, « il leur paraît normal que ce soit à la principale intéressée que revienne ce choix ». (15)

Ce point peut attirer l'attention sur la proportion de femmes ayant une contraception avant l'IVG. Dans notre étude, 59% des femmes ont déclaré avoir une contraception (figure 9), or d'après l'enquête Fecond en 2013, 97% de la population a une couverture contraceptive en France. (16)

La question se pose alors comment se peut-il qu'avec des dispositifs de contraception aussi variés en France, les femmes interrogées n'avaient pas toutes une contraception ?

Mais aussi comment se fait-il que celles ayant une contraception se retrouvent confrontées à l'IVG ?

On peut en déduire que la grossesse n'était pas désirée puisqu'une contraception était prise pour la plupart, et supposer que cela peut être dû à un accident de prise de contraceptif oral ou d'échec de moyen local.

Il est parfois difficile de distinguer spécifiquement la limite entre contraception et avortement. La contraception est définie selon le Larousse par « Méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé » autrement dit éviter une grossesse. (17)

En comparaison, l'avortement est une « Interruption prématurée de la grossesse ». (18) La finalité est d'empêcher une grossesse d'aller à son terme.

Dans notre étude, la plupart des patientes, 52%, n'avaient pas fait d'IVG avant, mais d'un autre versant 27% avait déjà eu une IVG (figure 8). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui ressource les données de référence pour les IVG hospitalières, a enregistré en 2015, 68% de femmes n'ayant pas fait d'IVG avant, et à 22% les femmes ayant déjà fait une IVG en France métropolitaine. (19) En France 1/3 des femmes auront recours au moins une fois dans leur vie à une IVG. (1)

Cependant, le fait d'avoir connu un avortement avant ou pas n'a pas eu d'incidence sur le niveau de stress d'annoncer la grossesse.

De plus, notre étude a révélé que la majorité des patientes, 58%, se considéraient indépendantes dans leurs prises de décision et dans leur choix dans leur couple (figure 7).

Il s'avère que l'annonce de la grossesse était d'autant moins stressante que la patiente se sentait indépendante dans ses prises de décisions. (Tableau 3). Se sentant libre et sûre d'elle, la patiente aurait moins peur d'annoncer la grossesse et sa décision à son partenaire.

L'émancipation des femmes dans leur couple est de plus en plus présente. Le haut conseil d'égalité répertorie les repères chronologiques de l'évolution de l'égalité hommes-femmes. La seconde moitié du XIXème marque les changements majeurs concernant l'égalité. Ce n'est qu'en 1945 que la Charte des Nations Unies reconnaît le principe de l'égalité entre les femmes et les hommes et que par la suite en 1982 est supprimée la notion de chef de famille en matière fiscale et en 1985 l'égalité des époux dans les régimes matrimoniaux et l'égalité des parents dans la gestion des biens et des enfants mineurs est établi. (20)

Dans son livre La révolution du féminin, Camille Froidevaux-Metterie, retrace l'évolution culturelle, la montée du féminisme depuis les années 70, avec de nouvelles lois en

faveur de l'égalisation des droits hommes et femmes et ainsi « la ligne de séparation pluriséculaire entre une sphère privée féminine et une sphère publique masculine s'est progressivement effacée au point de disparaître dans la période récente ». (21) On observe la prise d'indépendance des femmes qui interviennent dans tous les domaines jadis réservés aux hommes, et inversement des hommes explorant la vie domestique.

Dans notre étude, un lien significatif est établi entre leur connaissance de la position de leur partenaire sur le droit à l'IVG et leur sentiment d'indépendance (tableau 1). Les femmes pourraient se sentir plus indépendante dans leurs choix si elles connaissent la position de leurs partenaires et donc plus facilement prendre la décision seule de pratiquer une IVG.

Ici, un quart des femmes ont pris la décision seule et 68% des IVG était une décision de couple (figure 14).

Comme le souligne Natalie Bajos, sociologue, après avoir interrogé des femmes « si la décision d'une femme de poursuivre ou non la grossesse ne se construit pas systématiquement en interaction avec le partenaire, elle est toujours (ou quasiment) prise en fonction de lui ». (22)

En effet, dans l'étude qualitative « Des hommes et l'expérience de l'IVG », 4 groupes d'hommes différents sont décelés, ceux qui ne prendront à aucun moment part au processus décisionnel, inversement ceux qui vont exercer une pression afin de mettre un terme à la grossesse, le cas où le couple prends la décision complètement ensemble, et enfin la situation où la décision est prise à deux mais qu'elle est prise à minima, la femme reste le décisionnaire final malgré que l'homme souhaite s'inscrire dans un processus de paternité. (23)

Notons que dans notre étude, dans un tiers des cas le partenaire a tenté de faire changer d'avis la femme (figure 15). Il n'a pas été cherché pourquoi les partenaires ont tenté de modifier le choix de la patiente, mais plusieurs suppositions peuvent être évoquées, l'envie de paternité ou convictions religieuses contraire à l'IVG.

Benoît Bayle interroge sur une parentalité différenciée selon le sexe « L'embryon humain est un acteur à part entière de la parentalisation de ceux qui lui donnent la vie ».

En effet, selon lui « la femme a une responsabilité directe à l'égard de la formation du corps de son enfant » mais cela n'empêche pas l'homme de s'interroger sur le devenir

parent, certains auteurs ont parlé de « crise d'identité paternelle » (24). L'homme peut s'inscrire avant même la conception de l'enfant dans un processus de paternalité « Cette crise normale du développement, qui se manifeste dès le début de la grossesse ou même avant jusqu'aux premiers mois de la vie du nouveau-né » (25).

Il est ici utile de rappeler que selon l'Art. L. 2223-2., « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une interruption volontaire de grossesse ». (26)

Or dans notre étude seul 9% des femmes n'informent pas leur partenaire, ce qui est corroboré par l'enquête Cocon, où dans 90% des cas la femme a informé son partenaire. (27) Il a été demandé dans le questionnaire aux femmes qui n'ont pas informé leurs partenaires, pourquoi ? 7 personnes sur 9 ont répondu.

Trois personnes étaient séparées du partenaire et ne souhaitaient pas leur en parler. Ainsi, les femmes considèrent que la grossesse ne peut être poursuivie n'envisageant pas leur partenaire comme un conjoint éventuel, et devant être informé.

Une personne a indiqué que son partenaire était contre l'IVG, et une autre qu'elle ne souhaitait pas « l'obliger à faire ce choix difficile ».

Enfin, deux personnes « n'avaient pas envie de répondre » et estimaient que c'était leur choix personnel, ce qui revient au sentiment d'indépendance et aux valeurs véhiculées par les campagnes de communication pour l'IVG comme en 2015 « MON CORPS, MON CHOIX, MON DROIT ». (28)

Concernant les patientes ayant informés leurs partenaires, il semblait intéressant de voir s'il existait un lien, entre le type de relation qu'entretenaient les partenaires sur le stress au moment de l'annonce, l'écart n'est pas significatif dans cette étude.

Cependant, le moment d'information a eu un effet sur la relation entre les partenaires, lorsque l'annonce de la grossesse a été faite après la décision d'IVG, elle a eu une plus forte influence sur la relation, qu'au moment de la découverte de la grossesse. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'homme pourrait se sentir mis de côté dans le processus de décision.

Dans la thèse de D. Mourillon sur les 56 hommes interrogés, tous considèrent l'IVG comme une affaire de couple (29) et dans le mémoire sur le ressenti et le positionnement de l'homme lors de l'IVG, É. Lapadu-Hargues, a interrogé des hommes qui montrent leur volonté d'être présent et impliqués dans le parcours d'IVG. (30)

Des tensions pourraient alors apparaître et avoir un retentissement négatif sur la relation, car l'homme peut se sentir rejeté ou être contre l'idée de l'IVG, ici l'impact négatif a été présent sur plus de de la moitié des couples (figure 17).

L'IVG a eu un impact sur 41% des relations dans notre étude et il augmente significativement avec le stress lié à l'annonce de la grossesse (tableau 3).

La plupart des patientes étaient en couple dans notre étude et 13% étaient mariés ou pacsés avec un âge moyen de 28 ans. Dans les générations après-guerre, la plupart des couples étaient mariés avant 30 ans, 74% des hommes et 66% des femmes contre 7 % des hommes et 16 % des femmes dans les années 80 (31). On note une évolution de la vie commune avec des enfants arrivant plus tardivement, l'âge du premier enfant ayant diminué après la seconde guerre mondiale jusqu'à 23,8 ans en 1969 puis atteignant son taux le plus haut actuellement à 28,1 ans (32).

Dans son étude E. Lapadu-Hargues en interrogeant des hommes sur l'IVG a retenu les raisons invoquées de l'IVG : la grossesse non voulue, les projets personnels et professionnels, et les conditions matérielles, financières et affectives ainsi que l'âge des parents (30).

On peut en déduire que le stress d'annoncer la grossesse est lié à son caractère non planifié, non désiré, et interférer sur la relation qu'entretient un couple non prêt à accueillir le potentiel enfant.

De plus, un lien entre le moment de l'annonce et le stress de l'annonce au partenaire existe (tableau 2). Le niveau de stress est étant plus fort si l'annonce intervient après la décision de l'IVG qu'au moment de la découverte de la grossesse.

Dans la figure 12, il apparaît que la majorité informe leur partenaire au moment de la découverte de la grossesse et uniquement 1% des patientes informent le partenaire après l'IVG.

Or dans Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse, « selon Coleman, l'angoisse des femmes est plus fréquente avant l'IVG qu'après celle-ci. Ce constat confirme la difficulté d'un tel choix. Même si la raison l'emporte, la part émotionnelle reste ébranlée, et la culpabilité souvent très forte » (33), ce qui tenterait à prouver qu'une fois le choix de l'IVG fait et la difficulté surmontée du choix, il reste stressant d'annoncer au partenaire la grossesse et la décision d'IVG et donc cela peut être un frein à la place donnée au partenaire.

En revanche, le stress de ne pas informer est significativement corrélé au stress lié à l'annonce (tableau 3). Moins la patiente aura peur de garder pour elle la grossesse, moins elle sera anxieuse d'informer son partenaire par la suite, ce qui revient à penser que la patiente se sent en phase avec son choix d'arrêter la grossesse ou pas.

Inversement, le stress de ne pas informer son partenaire augmentera significativement avec le stress lié à l'annonce de la grossesse, sûrement lié à la peur de la réaction du partenaire.

L'approche psychologique aura alors toute sa place dans l'accompagnement des patientes. Dans une étude basée sur une revue de littérature, il est répertorié les différents temps où l'équipe médicale peut accompagner la patiente.

En effet, la consultation pré IVG, premier temps de rencontre avec la patiente, est un moment d'échange, d'écoute et d'information. Elle n'influe pas le choix de la patiente, et l'équipe doit se tenir à disposition de la patiente afin de répondre à ses éventuelles questions. L'échographie qui suivra cette consultation doit être faite avec précaution en interrogeant la patiente/les partenaires, si elle vient accompagnée, s'ils souhaitent voir l'échographie, entendre les bruits du cœur, etc... De plus, il faudra laisser le choix à la patiente du délai souhaité avant l'IVG, et proposer d'autres consultations si besoin avec la psychologue, conseillère conjugale et familiale, sage-femme.... (34)

v. Conclusion

L'objectif principal de cette étude était d'identifier la place que les femmes accordent à leur(s) partenaire(s) dans la prise de décision d'une IVG. Nous pouvons conclure grâce à cette étude, que contrairement aux préjugés les patientes annoncent la grossesse dans la majorité des cas à leur(s) partenaire(s), au moment de la découverte de celle-ci.

Cette annonce est conditionnée par la qualité de la relation établie dans le couple, si la patiente connaît la position de son partenaire sur le droit à l'IVG, ainsi que selon son sentiment d'indépendance, elle aura plus de facilité à s'exprimer là-dessus.

Dans la majeure des cas, le choix de cette IVG a été fait à deux. Le partenaire a été inclus dans cette décision.

Le stress a été une variable majeure de notre étude. Il évolue selon l'impact sur la relation, le moment de l'information, l'indépendance de la patiente. Plusieurs facteurs conditionnent la place donnée au(x) partenaire(s), dans la prise de décision et l'annonce.

Notons que l'IVG reste quand même un sujet de discorde au sein du couple car il a eu un effet négatif sur les 41% relations où les femmes ont ressenties une modification.

Malgré l'inclusion dans cette décision du partenaire, la femme reste le dernier décisionnaire, et nous devons faire en sorte en tant que soignant d'épauler cette décision qu'elle soit prise entre partenaires ou non.

Un complément d'étude permettrait d'interroger les partenaires sur la place qu'ils ont dans le processus de décision, et ainsi pouvoir cerner le besoin d'accompagnement qu'il pourrait éventuellement nécessiter.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Journée de la femme. La grande histoire de la lutte des femmes. [Site Web]. <http://www.journee-de-la-femme.org/histoire-acces-pouvoir-politique-des-femmes-2.htm>, consulté le 13.01.19
- (2) Legifrance. Code de la santé publique-Article L2212-1. [Site web] https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F51E4BB0F3E7CA4A8097569FD6FB8D.tplqfr30s_3?idArticle=LEGIARTI000031930136&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20171101, consulté le 13.01.19
- (3) Larousse. Interruption. [Site Web]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interruption/43845/locution>, consulté le 17.01.19
- (4) DGS. Interruption volontaire de grossesse : Dossier-guide. Éditions Dicom ; 2017.
- (5) DREES. IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information [PDF]. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_commission_ivg_25juillet.pdf, consulté le 17.01.19
- (6) DREES. « Les interruptions volontaire de grossesse en 2016 ». Etudes et résultats. Numéro 1013, Juin 2017, page 5. Adresse, consulté le 6.06.18.
- (7) Larousse. Paternité. [Site Web]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/paternite/C3%A9/58630>, consulté le 17.01.19

- (8) Gressier, Florence, et Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal. « Avant-propos », Accueillir les pères en périnatalité. Cahier Marcé n° 7. ERES, 2017, pp. 9-12.
- (9) Legifrance. LOI n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. [Site Web]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/3/20/2017-347/jo/texte>, consulté le 13.01.19.
- (10) Cresson, Geneviève. « Les hommes et l'IVG, Expérience et confiance », Sociétés contemporaines, vol. no 61, no. 1, 2006, pp. 65-89.
- (11) M.Mazuy, L. Toulemon, É. Baril. « Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours ». Population [PDF]. Volume n°69 (2014), p. 365-398.
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/175/population_fr_2014_3_france_pdf.fr.fr.pdf , consulté le 27/02/19.
- (12) M. Mazuy, M. BarBieri, D. Breton, H. d'Albis. « L'évolution démographique récente de la France : baisse de la fécondité, augmentation de la mortalité ». Population [PDF]. Volume n°71 (2016), p. 423-486.
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/183/pop3_2016_mazuyetal.fr.pdf , consulté le 27/02/19.
- (13) Toute l'Europe.eu. Le droit de l'avortement en EU.
<https://www.touteurope.eu/actualite/le-droit-a-l-avortement-dans-l-ue.html> , consulté le 01/08/19.
- (14) Anesf. Allongement du délai de l'IVG : un rapide retour en arrière.
https://onssf.org/wp-content/uploads/2019/06/20190612_CDP-delai-legal-IVG-senat_anesf.pdf, consulté le 1/08/19.

- (15) P. Brolon. Implication des conjoints dans la contraception du couple : étude qualitative réalisée en Finistère du 23/04/2016 au 25/07/2016 auprès de 11 hommes hétérosexuels en couple de 23 à 49 ans. UFR de médecine et des sciences de la santé Brest. [PDF]. <https://pdfs.semanticscholar.org/9095/c5be3cec2289a8c877b29466521b6c35b493.pdf> , consulté le 02/03/19.
- (16) S. Vigoureux, M. Le Guen. « Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF ». Gynécologie obstétrique fertilité et sénologie. [PDF]. Volume 46 - N° 12 (2018). P. 777-785. <https://www.em-consulte.com/article/1263527/contexte-de-la-contraception-en-france-rpc-contrac> , consulté le 12/03/19.
- (17) Larousse. Contraception. [Site web]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642> , consulté le 01/08/19.
- (18) Larousse. Avortement. [Site web]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/avortement/7148>, consulté le 01/08/19.
- (19) DREES. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. [PDF] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf> , consulté le 6/03/19.
- (20) HCE. Repères chronologiques. [site web]. <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/reperes-chronologiques-65/> , consulté le 28/07/19.
- (21) C. Froidevaux-Metterie, La révolution du féminin. Editions Gallimard ; 2015.

- (22) N. Bajos, M. Ferrand, l' équipe GINE. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. INSERM. Broché ; 2002.
- (23) N. Divert. « Des hommes et l'expérience de l'IVG ». [La Revue Sage-Femme](#) [Revue]. May 2016, Pages 69-72. <https://www.sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S1637408816000286>, consulté le 05/08/19.
- (24) B. Bayle. « Être père : une parentalité sexuellement différenciée ? ». Accueillir les pères en périnatalité [Livre]. 2017, page 25 à 36. <https://www.cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-25.htm>, consulté le 7/08/19.
- (25) D. Naziri et L. De Coster. Les processus de paternalité et le passage à la paternité. [PDF] https://www.researchgate.net/profile/Lotta_De_Coster/publication/323184186_Les_processus_de_paternalite_et_le_passage_a_la_paternite_In_F_Gillot-de_Vries_sous_la_direction_de_Les_parentalites_d'aujourd'hui_Presses_Universitaires_de_Bruxelles_47-68/links/5a84f5b80f7e9b2c3f502c17/Les-processus-de-paternalite-et-le-passage-a-la-paternite-In-F-Gillot-de-Vries-sous-la-direction-de-Les-parentalites-daujourdhui-Presses-Universitaires-de-Bruxelles-47-68.pdf, consulté le 7/08/19.
- (26) Legifrance. LOI n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. [site web]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=008219F8767119CC8920C662675494C6.tplqfr44s_1?idArticle=JORFARTI000034228049&cidTexte=JORFTEXT000034228048&dateTexte=29990101&categorieLien=id, consulté le 27/02/19.

- (27) [N. Bajos](#) et [M. Ferrand](#). « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative ». [Sociétés contemporaines](#). Volume n° 61, (2006), p. 91-117. <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2006-1-page-91.htm> , consulté le 13/08/19.
- (28) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Campagne nationale d'information sur l'IVG et le droit des femmes à disposer librement de leur corps. https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/1501007_DP_IVG_web_reduit.pdf, consulté le 06/08/19.
- (29) D. Mauillon. La place de l'homme dans l'IVG : à propos d'hommes concernés par une grossesse non prévue. [Thèse d'exercice]. Université d'Angers ;2003.
- (30) É. Lapadu-Hargues. Étude du ressenti et du positionnement des hommes lors d'une interruption volontaire de grossesse : enquête qualitative au centre d'IVG du CHU de Rennes entre mars 2015 et avril 2016. Thèse d'exercice - Université de Rennes 1, 2016, [PDF].<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755517/document> , consulté le 10/07/19.
- (31) W. Rault, A. Régnier-Loilier. La première vie en couple : évolutions récentes . Population et Sociétés. [Revue] Volume n° 521 (avril, 2015) <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/premiere-vie-couple-evolutions-recentes-france/>, consulté le 4/08/19.
- (32) S. Dupont. Comment la démographie a transformé la famille. Le débat. [Revue] Volume n°197 (2017), pages 151-159. <https://www.cairn.info/revue-le-debat-2017-5-page-151.htm>, consulté le 6/08/19.

- (33) D. Merg-Essadi, L. Araujo-Attali, I. Nisand. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. EMC – Gynécologie. Volume 11 n°3 (juillet 2016), pages 1-15. <https://www.em-consulte.com/en/article/1007299>, consulté le 6/08/19.
- (34) L. Attali. « Aspects psychologiques de l'IVG ». Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction [PDF]. Volume n°45 (2016), p. 1552-1567. <https://www.sciencedirect.com/journal/journal-de-gynecologie-obstetrique-et-biologie-de-la-reproduction>, consulté le 15/02/19.

ANNEXE

| |
|--|
| Questionnaire anonyme – Mémoire étudiante sage-femme |
|--|

Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire portant sur « La place du partenaire dans la prise de décision d'une IVG ».

Pourriez-vous remplir ce questionnaire, cela vous prendra moins de 5 minutes et m'aidera pour mon étude. Ce questionnaire n'a aucune valeur de jugement et les réponses sont anonymes.

1. Quel âge avez-vous ?

2. Quel âge a votre partenaire ?

3. Situation familiale : (entourez la réponse)

Célibataire En couple mariée/ pacsée Autre :

4. Avez-vous des enfants ? (entourez la réponse)

Oui Non

Si oui, combien ? :

5. Quel est votre niveau d'étude ? (entourez la réponse)

Brevet CAP BEP BAC Licence Master Doctorat Autre:.....

6. Quelle est votre profession ?.....

7. Quelle est la profession de votre
partenaire ?.....

8. En général, pensez-vous ou estimez-vous être indépendante dans vos choix et prise de décisions dans votre couple ? (entourez la réponse, 0 correspondant pas du tout, 5 correspondant à totalement)

0 1 2 3 4 5

9. Avez-vous déjà pratiqué une IVG avant celle-ci? (entourez la réponse)

Oui Non

Si oui, combien ? :

10. Avez- vous une contraception avant l'IVG ? (entourez la réponse)

Oui Non

11. Connaissez-vous la position (favorable ou défavorable) de votre partenaire sur le droit à l'IVG ? (entourez la réponse)

Oui Non

12. Avez- vous informé votre partenaire de la grossesse ? (entourez la réponse)

Oui Non

13. Si non, pourquoi ? :

.....
.....
.....

14. Comment évaluez- vous votre niveau de stress/mal à être de ne pas informer votre partenaire ? (entourez la réponse, 0 correspondant à absent, 5 correspondant à très fort)

0 1 2 3 4 5

15. Si vous avez prévenu votre partenaire de la grossesse, à quel moment ? (entourez la réponse)

- Au moment de la découverte de la grossesse
- Après avoir décidé de faire une IVG
- Après l'IVG
- Autre :

16. Comment évaluez- vous votre niveau de stress/mal être suite à l'annonce à votre partenaire ? (entourez la réponse, 0 correspondant à absent, 5 correspondant à très fort)

0 1 2 3 4 5

17. L'IVG était : (entourez la réponse)

 Votre choix seule Le choix de votre partenaire Votre choix à tous les deux

18. Si c'était votre choix, votre partenaire a-t-il tenté de vous faire changer d'avis ? (entourez la réponse)

Oui Non

19. L'IVG a-t-elle modifié votre relation avec votre partenaire ? (entourez la réponse, 0 correspondant pas du tout, 5 correspondant à beaucoup)

0 1 2 3 4 5

20. Le changement dans votre relation était-t-il ?(entourez la réponse)

Positif Négatif

Merci de votre participation !

Résumé :

Introduction : L'interruption volontaire de grossesse (IVG), un droit acquis en France depuis 1975, demeure un sujet au cœur des débats. Si la femme reste le décisionnaire final, quelle place donnent les femmes à leur(s) partenaire(s) dans la prise de décision d'une IVG avant sa réalisation ?

Objectif de l'étude : Identifier la place du partenaire dans la prise de décision d'une IVG, déterminer le moment d'information du partenaire et les facteurs susceptibles d'interagir sur l'annonce de la grossesse et l'effet sur la relation.

Matériel et méthodes : Etude quantitative prospective via questionnaires, remplis par les femmes lors des consultations pré-IVG. Les données ont été recueillies sur une période de 6 mois, de mai 2018 à octobre 2018, aux centres de gynécologie sociale de l'hôpital Nord et la Conception, à Marseille. 92 questionnaires ont été inclus.

Résultats : Les résultats montrent que la majorité des partenaires sont avisés de la grossesse lors de sa découverte et la décision d'interrompre la grossesse est prise à deux. Les facteurs influençant l'annonce sont liés au sentiment d'indépendance de la patiente dans ses choix, au stress de ne pas informer, à la connaissance de la position du partenaire sur le droit à l'IVG, le moment de l'annonce de la grossesse. L'IVG a un effet sur 41% des relations, et celui-ci est négatif dans la plupart des cas.

Conclusion : À travers notre étude nous pouvons avancer que la femme laisse une place au partenaire dans la prise de décision, puisque celui-ci est informé de la grossesse dans la majorité des cas et que le choix d'interrompre la grossesse est pris à deux.

Mots-clés : Interruption volontaire de grossesse, partenaire, décision.

Summary:

Introduction: The right of abortion has been acquired in France in 1975 but still remains at the heart of the debates. While the woman remains the final decision-maker, what place do women give to their partners in the decision-making of an abortion?

Aim of the study: The aim of the study is to identify the partner's role in the decision-making of an abortion, to determine the right time to inform the partner, the factors likely to interact with the announcement of the pregnancy and finally the overall effect on the relationship.

Material and methods: Quantitative prospective study via questionnaires completed by women during pre-abortion consultations. Data were collected over a 6-month period from May 2018 to October 2018 at the social gynecology centers of the "l'hôpital Nord et la Conception" hospital in Marseille. 92 questionnaires were included.

Results: The results show that most partners are made aware of the pregnancy during its discovery and the decision to terminate the pregnancy is taken by both parties. The factors influencing the announcement include: the feeling of independence and freedom in the patient's choices, the stress linked to not informing of the pregnancy, the knowledge of the partner's position on abortion and the timing of the announcement of the pregnancy. The abortion influences 41% of the relationships, the effect being negative in most cases.

Conclusion: Through our study we can say that women tend to leave room for their partners in the decision-making. The latter is informed of the pregnancy in most cases and the choice to terminate the pregnancy is taken as a couple.

Keywords: Abortion, partner, relationship, decision-making.