

L'avortement répété :

sens du geste

Marie-Thérèse LACOURSE
Cégep François-Xavier-Garneau

Introduire le sujet de l'avortement répété dans le cadre d'un symposium portant sur la famille n'est certes pas évident. Ces deux sujets qui, de prime abord, semblent antithétiques ne constituent pourtant que les deux faces d'une même réalité, car d'entrée de jeu, nous émettons l'hypothèse selon laquelle les femmes qui recourent plus d'une fois à l'interruption volontaire de grossesse expriment à leur manière le désir d'enfant non pas dans le sens où la grossesse non désirée révèle un désir inconscient d'avoir un enfant, mais bien parce que la démarche de ces femmes et leur recours répété à l'avortement portent une revendication fondamentale : celle du désir de la maternité dans leur projet de vie.

Au Canada, le discours sur la libéralisation de l'accès à l'avortement fait rarement mention du vécu des femmes qui recourent à plusieurs avortements au cours de leur vie féconde. Ce sont plutôt les opposants au droit des femmes à l'avortement qui, supposant la banalisation de cette intervention, redoutent le recours répété à l'interruption de grossesse comme moyen contraceptif. Dans l'opinion générale québécoise, il est tenu comme allant de soi que l'interruption de grossesse revêt un caractère exceptionnel, et par là, unique. Peu de gens tolèrent l'idée qu'une femme puisse obtenir deux ou trois avortements (et à plus forte raison au-delà de trois avortements !). Pourtant un nombre grandissant de Québécoises et de Canadiennes ont vécu ces dernières années l'expérience d'un avortement répété. La majorité d'entre elles ont subi deux avortements.

Cette présentation fera état des résultats d'une recherche effectuée au cours de l'année 1989-1990 et qui portait sur l'avortement répété au Québec. Dans le cadre d'une méthodologie qualitative systématique, une dizaine de femmes qui ont obtenu un avortement itératif dans une clinique de planification des naissances située en milieu urbain ont été rencontrées. De l'analyse des résultats, il ressort un modèle culturel de l'avortement au cœur duquel domine la relation avec le partenaire, partenaire-référent qui signe de son absence la vie reproductive des femmes. Ce qui amène à poser l'hypothèse selon laquelle la répétition de l'avortement volontaire survient justement parce que la formation de la famille, pour les répondantes que nous avons rencontrées, demeure encore associée au projet conjugal.

AVORTEMENTS RÉPÉTÉS : LA VALSE DES STATISTIQUES

Depuis quelques années, en fait concurremment à la légalisation de l'avortement, le nombre des avortements itératifs¹ ne cesse de progresser parallèlement à l'augmentation des premiers avortements. Des rapports provenant des États-Unis, notamment de la ville de New York, indiquent que même si un petit nombre de femmes subissent plus d'un avortement, ce nombre tend à croître si l'on tient compte de l'augmentation des femmes qui ont un premier avortement (Tietze et Bongaarts, 1982). Mais au Canada et au Québec, parmi l'ensemble des avortements thérapeutiques, combien sont des avortements multiples ?

Il importe de préciser que la connaissance même du nombre total des avortements au Québec et au Canada est toute relative. Les deux principales sources, Statistique Canada et la Régie d'assurance-maladie du Québec, compte tenu de leur mode de cueillette des données, laissent échapper annuellement une certaine quantité d'informations. Considérant de plus que ce sont les répondantes qui déclarent avoir déjà subi un avortement et qu'un certain nombre de femmes ne déclareront pas, pour diverses raisons, avoir subi un avortement antérieur, la connaissance du nombre des avortements multiples ne peut qu'être approximative. Selon

1. Les termes avortement répété, avortement itératif, récurrence d'avortement, avortements multiples, avortement de rang deux ou plus, avortement antérieur, sont utilisés comme équivalents sans connotation normative négative ou positive.

des calculs que nous avons effectués pour l'année 1985², entre 18 et 25 % des avortements au Québec seraient des avortements répétés. À titre comparatif observons au tableau 1 les pourcentages pour plusieurs pays.

TABLEAU 1
*Distribution en pourcentage des femmes
ayant eu un ou plusieurs avortements antérieurs (%)
selon le pays et l'année*

Pays	Année	Avortements antérieurs			
		1	2	3 et plus	TOTAL
New-York(ville)	1983	30,0	15,3	9,9	54,2
Hongrie	1983	26,7	12,4	10,1	50,2
Etats-Unis	1982	24,9	8,2	3,2	36,3
Suède	1984	24,2	6,6	2,7	33,5
Italie	1983	18,0	4,5	2,4	24,9
Norvège	1983	18,8		4,3	23,1
Finlande	1983	17,6	3,9	1,1	22,6
Canada	1984	16,1	3,0	0,9	20,0
Pays-Bas	1984	15,4	2,7	1,0	19,1
France	1982	12,0	1,8	0,6	14,4
Angleterre et pays de Galle	1983	–	–	–	14,2

SOURCE : C. Tietze, *Induced Abortion Review* 1986, p.118-119.

Notre estimation du taux d'avortements multiples s'appuie sur une approximation ajustée du nombre total réel des avortements au Québec³. Enfin, pour une clinique québécoise de planification des naissances située en milieu urbain, nous avons pu observer un taux moyen de 17 % d'avortements itératifs de 1988 à 1990.

Le même problème d'exactitude des données se pose aux États-Unis. Il existe de fait une marge d'incertitude et de non-connaissance autour de

ces informations, le facteur « temps » (période de temps s'écoulant entre les avortements) constituant une variable lourde dans la connaissance du phénomène.

Donc, environ un avortement sur cinq au Québec est un avortement de rang deux ou plus. Ce taux progresse parallèlement à l'augmentation du nombre des avortements de rang un⁴. On peut donc présumer que le nombre d'avortements multiples ira en augmentant, supposant par ailleurs que l'interruption volontaire de grossesse demeure accessible au Québec et au Canada et que la croissance enregistrée ces dernières années se maintienne.

LES FEMMES : CE QU'ELLES NE SONT PAS...

La fréquence de l'avortement répété est fortement influencée par des facteurs juridiques (accessibilité), culturels, religieux et sociaux, caractéristiques à chaque pays où l'on observe le phénomène. L'objectif de l'enquête exploratoire que nous avons menée en 1989 dans une région urbaine du Québec était justement de repérer des déterminants sociaux et culturels dans le recours répété à l'avortement. L'étude qualitative se déroula à partir d'entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne de soixante minutes réalisées auprès d'un petit échantillon de Québécoises ayant obtenu deux et trois avortements⁵. Cette enquête se démarque des nombreuses recherches épidémiologiques effectuées jusqu'à ce jour sur la question de l'avortement itératif en ce qu'elle laisse la parole aux femmes concernées. En effet, nous avons essayé de comprendre de l'intérieur l'expérience de l'avortement itératif et de voir comment celle-ci s'enracine dans le corpus social et culturel de notre société, nous révélant en partie à nous-mêmes.

Paradoxalement, ce qui caractérise les répondantes rencontrées dans le cadre de cette recherche, c'est l'absence de caractéristiques spécifiques permettant de construire un profil socio-démographique de celles-ci. Autrement dit, nos répondantes ne se démarquent pas des femmes qui

4. Tietze, C., Bongaarts, J., « Repeat Abortion in the United States : New Insights », in *Studies in Family Planning*, 1982, 13 : 373-379.

5. Pour en connaître davantage sur la méthodologie employée et le cadre conceptuel de la recherche, voir Marie-Thérèse Lacourse, *L'avortement répété au Québec : des valeurs post-modernes*, ibidem.

consultent pour un premier avortement. Ces résultats corroborent ceux obtenus lors d'enquêtes effectuées aux États-Unis à la fin des années 1970.

Ceci dit, les répondantes sont âgées en moyenne de 26,7 ans, sont pour la majorité célibataires tout en vivant une relation de couple et proviennent d'un milieu urbain ou semi-urbain. Une proportion de 60 % a une scolarité de niveau secondaire contre 30 % possédant un diplôme universitaire. Elles sont de niveau socio-économique faible, ayant un revenu annuel situé sous le niveau des 15,000 dollars. Aucune n'occupe un emploi régulier à temps plein, mais c'est là une de leur principale aspiration. Leurs occupations se répartissent entre emplois occasionnels ou à temps partiel, études à temps plein et chômage. La moitié d'entre elles sont déjà mères d'un et de deux enfants. L'âge moyen aux premières relations sexuelles a été de 16,4 ans. Le nombre d'années médian séparant le deuxième avortement du premier est de 3 années et 5 mois, et l'écart entre le troisième avortement et le deuxième est de 3 ans. Des dix répondantes, sept ont obtenu deux avortements alors que trois, au moment de l'enquête, subissaient leur troisième avortement.

DU BON USAGE DE LA CONTRACEPTION...

La contraception est au cœur de la vie reproductive des femmes modernes et cela, de plus en plus tôt compte tenu des normes sociales permettant un exercice précoce de l'hétérosexualité. Avant même de songer à formuler le projet d'un enfant, les jeunes femmes doivent développer une conscience aiguë de leur potentiel fécond. Dans cette optique les avortements multiples questionnent profondément la valeur accordée aux mesures préventives de la fécondité.

Aussi, nombre d'études épidémiologiques privilégient la contraception comme étant le concept central dans le problème de l'avortement répété. Pour les auteurs intéressés par la contraception, il est manifeste que l'avortement est la conséquence soit de l'absence d'utilisation de méthodes contraceptives au cours d'une relation sexuelle avec coït, soit de l'échec de la méthode contraceptive employée. Quelles sont les méthodes contraceptives employées par les femmes qui ont plus d'un avortement ? Plusieurs auteurs ont cherché à vérifier la motivation des femmes à utiliser des moyens contraceptifs, spécialement après un premier avortement. Il résulte de la plupart de ces études que la présomption voulant que l'avortement devienne, pour les femmes y ayant recours plus d'une fois, un moyen primaire de contraception, est invalidée pour les

pays occidentaux. En fait, les femmes ayant obtenu un avortement itératif ne diffèrent pas d'attitude contraceptive comparativement aux femmes subissant un premier avortement : elles démontrent des taux plus élevés de pratique contraceptive ou bien se montrent plus favorables aux méthodes contraceptives les plus efficaces.

Les répondantes de cette enquête lient étroitement les interruptions de grossesse qu'elles ont vécues avec leur cheminement en matière de contraception. Cependant, il a été constaté que ce n'est pas tant leur fécondité qu'elles dirigent que les règles de la pratique contraceptive qu'elles interprètent, interprétation qui s'effectue à partir de trois paramètres : leur propre expérience de la santé et de la sexualité, les normes sociales définissant les liens entre la sexualité et la relation de couple au Québec et, enfin, le modèle culturel nord-américain valorisant des concepts comme la qualité de vie, la « santé globale » et l'individualisation de la santé. Dès lors, il faut reconnaître que l'usage de la contraception constitue plus qu'une « habitude de vie » à développer. Il serait réducteur de s'en tenir à l'évaluation d'un bon ou d'un mauvais comportement dans l'utilisation de la contraception pour les femmes qui subissent un échec et qui, de surcroît, recourent à l'avortement.

Au cours de cette enquête, trois profils d'usagères de la contraception ont été déterminés. Le profil A, le profil Instabilité, concerne les femmes pour qui une absence de stabilité affective ou sociale affecte la régularité de l'habitude contraceptive. Notons que l'instabilité dans l'habitude ne permet pas de juger la qualité de la motivation envers la contraception. Ce profil se rencontre pour un avortement sur deux (par rapport au total des avortements de nos répondantes, c'est-à-dire 23 avortements). Il explique majoritairement l'échec contraceptif rencontré lors du premier avortement.

Le profil B, le profil Naturalisme, suggère une confiance spontanée dans une méthode contraceptive naturelle douce, c'est-à-dire sans intermédiaire chimique ou mécanique. Les femmes qui adhèrent à ce profil accordent une grande importance aux rapports humains, à l'intimité physique, à l'affectivité ainsi qu'à la connaissance de leur corps. Elles évaluent connaître suffisamment bien leur cycle menstruel pour percevoir l'ovulation et prendre leurs précautions à ce moment. Ce profil concerne 25 % des avortements de nos répondantes.

Les femmes répondant au profil C, celui du Rationalisme, attribuent à un facteur exogène perturbateur l'échec de la contraception. Elles affichent une plus grande surveillance de leur vie féconde soit par

l'utilisation de méthodes plus sûres ou par un usage plus régulier de la méthode employée. Ce profil est relié à un avortement sur quatre et plus particulièrement aux avortements de rang deux.

Les résultats ne démontrent pas de détérioration de la pratique contraceptive. Les femmes rencontrées au cours de cette enquête montrent une volonté réelle d'utiliser efficacement la contraception. Au moment du second échec contraceptif, elles avaient développé une attitude plus rationaliste face à la contraception. Mais ce qui ressort nettement des causes de l'échec contraceptif, c'est l'importance que prend le facteur « stabilité de la vie affective et sociale » comme déterminant dans l'usage de la contraception. Ainsi, la réussite de la contraception semble liée autant à l'attitude à son égard (facteur interne) qu'à l'impact des facteurs environnementaux (facteur externe) dont le plus déterminant est la présence (passive le plus souvent par rapport à la contraception) et le type de relation avec le partenaire.

DES RAISONS TOUT À FAIT AVOUABLES...

Peut-il y avoir des raisons inavouables de recours à l'avortement ? Les répondantes rencontrées sont unanimes à remettre la prise de décision de l'avortement entre les mains des femmes puisqu'elle concerne leur avenir, le cœur de leur projet de vie et touche au profond du corps et de l'âme de chaque femme. Ce qui ne signifie pas qu'elles cherchent à justifier aux yeux des autres leur décision.

Parmi les motifs de recours à l'avortement de manière répétitive, on décèle le souci du long terme et de la qualité de vie. La grossesse indésirée est la conséquence d'un accident. Le projet de vie est-il modifiable ou sera-t-il perturbé par l'accident ?

Trois grandes catégories de raisons menant à la décision d'interrompre la grossesse indésirée ressortent assez précisément des multiples explications fournies. Ce sont l'inopportunité de la venue d'un enfant, la maturité insuffisante pour assumer la survie d'un enfant et la monoparentalité que ne peut assumer l'informatrice. Le partenaire joue également un rôle de premier plan dans la décision de l'avortement. Lorsque la relation avec celui-ci entre en conflit avec la venue de l'enfant, ce dernier sera sacrifié pour la préservation du couple. Le tableau 2 présente les catégories de raisons.

TABLEAU 2

Catégories de raisons expliquant le choix abortif

Catégories	Contenu
1. Inopportunité	<p>15 mentions</p> <p>La cause de l'avortement est liée à la situation présente où la conjugaison de plusieurs facteurs rend impossible la venue immédiate d'un bébé. Raison circonstanciée.</p> <p><i>« Ah c'était très clair, je voulais terminer ma maîtrise, pas question que j'aie un enfant qui m'empêche de finir ma maîtrise. Je peux finir ma maîtrise, me trouver une job et j'aurai un enfant dans 2 ans, tu vois, et d'ici là c'est même pas envisageable »</i></p> <p><i>« [...] Je me revoyais pas avec un autre bébé là, en plus avec ma petite fille qui a 3 ans, aller à l'école enceinte, aller porter P. à la garderie [...] »</i></p>
2. Immaturité	<p>9 mentions</p> <p>Cette femme ne se sent pas prête moralement à s'occuper d'un enfant. Elle se considère soit trop jeune, soit trop instable.</p> <p><i>« J'ai de la misère à me tenir, pas à m'entretenir je veux dire, pour avoir le contrôle sur moi (...) moi dans ma tête je suis pas prête à en avoir un (...) »</i></p>
3. Monoparentalité	<p>6 mentions</p> <p>Cette femme n'est pas prête à avoir seule un enfant. L'absence ou l'abandon du partenaire est la raison, ou une des raisons, pour mettre fin à la grossesse.</p> <p><i>« Je pouvais vraiment pas l'avoir pis ce gars-là n'avait pas d'importance pour moi, je pouvais pas l'avoir toute seule, j'étais pas prête à prendre cette responsabilité là. »</i></p>
4. Partenaire	<p>4 mentions</p> <p>Cette femme met fin à la grossesse pour conserver, préserver ou maintenir la relation avec le partenaire de la grossesse ou le conjoint.</p> <p><i>« Ben j'ai choisi probablement entre celui-là qui s'en venait et celui que j'avais déjà, parce que si je le gardais je partais toute seule avec M. pis le deuxième, mais je peux pas abandonner A. (conjoint) comme ça. »</i></p>
5. Autres raisons	<p>2 mentions chacune</p> <p>situation économique défavorable ; n'est pas amoureuse du partenaire ; la santé du fœtus est incertaine.</p> <p>1 mention</p> <p>violence conjugale ; conflit de rôle entre travailleuse et mère.</p>

Comme on le constate à la lecture du tableau 2, les raisons évoquées sont circonstanciées. La situation ne permet pas de mettre au monde un enfant, le projet de vie envisagé ne résisterait pas à la venue d'un enfant. Par ailleurs, ces femmes parleront de leur désir de maternité à venir. Si la grossesse n'est pas rendue à terme, il n'est pas dit qu'elle ne pourra l'être dans un avenir que l'on espère avec des enfants. À vrai dire, pour un petit nombre d'entre elles, il aurait pu y avoir naissance d'un enfant. Dans ce cas, elles ont choisi de préserver la relation avec leur partenaire plutôt que celle, potentielle, avec un enfant. Mais pour toutes les autres, il n'y a pas eu d'ambivalence quant à leur décision : le désir de maternité s'inscrit dans leur projet de vie à long terme et doit venir en son temps. C'est ce qui explique que les répondantes ne songent pas à la stérilisation comme méthode contraceptive, ce qui éviterait alors de manière radicale tout risque d'échec contraceptif. Le trait central de l'ensemble des raisons invoquées semble être le souci du long terme dont la qualité est déterminée par les circonstances du présent. Or, quand ces circonstances sont incompatibles avec la venue d'un enfant, elles l'emportent face aux valeurs passées qu'aurait pu partager la répondante par rapport à l'interruption de grossesse. Expérimenté ainsi l'avortement, même répété, se présente sous les traits d'un événement conjoncturel plutôt que d'un arrêt définitif de la procréation.

LA CONJUGALITÉ DANS L'AVORTEMENT RÉPÉTÉ

Les femmes interrogées confirment qu'elles désirent être mères. L'avortement itératif ne peut donc être associé chez elles au refus de la maternité. Le désir de l'enfant est bien vivant, mais raisonné. Son refus est dès lors circonstancié comme il a été constaté dans l'examen des raisons invoquées pour l'obtention de l'avortement. L'analyse a également mis en lumière le fait que ces femmes vivent une période de transition sur le plan professionnel. En fait, pour la majorité d'entre elles, le couple a de la difficulté à s'adapter et le projet professionnel est en pleine restructuration. Dans leur vie, ces deux projets font partie d'un idéal à atteindre auquel la venue immédiate d'un enfant porterait un dur coup. Mais quelle place occupe le partenaire dans leur cheminement contraceptif et abortif ?

Le désir de maternité exprimé par les répondantes est mis en relation avec la perception qu'elles ont de leur relation amoureuse, car de la qualité de cette relation découle l'évaluation qu'elles font de la relation parentale entre le partenaire et l'enfant à venir. Pour l'ensemble des

femmes de cette étude, nous avons constaté une stabilité des partenaires. Cela contredit l'image de femmes erratiques qui deviennent enceintes à la suite d'aventures. Mais plus que la stabilité des partenaires, c'est la solidité des liens entre les partenaires qui présume de l'impact qu'aura l'avortement dans la poursuite de la relation de couple. Les relations fondées sur des liens informels ne survivent guère à un avortement. Par contre, dans le cas précis des avortements de rang deux ou trois, la qualité du lien ne jouerait pas sur le recours à l'avortement. En effet, plus de la moitié des avortements ont été vécus par des couples mariés ou vivant en union de fait, qui sont demeurés unis après l'interruption de grossesse.

D'autre part, il faut souligner que ces femmes désirent s'assurer d'une figure paternelle auprès de l'enfant à venir. Or, il s'est avéré que malgré la relative stabilité de leurs partenaires, ceux-ci sont majoritairement absents de la démarche contraceptive et du processus d'avortement, qu'il s'agisse d'un second ou d'un troisième avortement. Le soutien procuré par le partenaire semble minimal comme d'ailleurs l'attente des femmes à l'égard de ce soutien.

Ainsi, le partenaire occupe un double statut dans l'expérience de l'avortement répété. Autant il est présent au projet de maternité comme future figure parentale, autant il est absent de la contraception, de la prise de décision et de l'avortement lui-même. Ce qui est paradoxal, c'est que les femmes persistent à en faire l'élément-clé de référence dans l'évaluation de l'actualisation du projet d'enfant et, qu'en même temps, elles lui déniaient toute participation à la prise de décision de l'interruption de grossesse. Elles seules évaluent les circonstances permettant l'arrivée de l'enfant dans leur projet de vie. On peut penser que si le partenaire masculin prenait une part active dans la pratique contraceptive, la prise de décision et l'expérience de l'avortement pourrait se transférer au couple et non pas relever de la seule responsabilité féminine.

Dandurand (1990) souligne que le couple, dans les années 1980, ne peut plus être considéré comme essentiel à la définition de la famille. Dans les situations d'avortement répété, il semble en effet que la relation de couple soit évaluée par les répondantes par rapport à l'exercice des rôles parentaux qu'impliquerait la venue d'un enfant. Dans ce contexte, les femmes reconnaissent ouvertement leur responsabilité première dans la formation de la famille même si elles recherchent une relation amoureuse idéale qui permettrait de juxtaposer la vie de couple et la vie parentale. Par contre, il semble que la répétition de l'avortement survient justement parce que la formation de la famille, pour les répondantes, demeure toujours tributaire du projet conjugal.

CONCLUSION

Est-il possible de déterminer les fondements sociaux et culturels de l'avortement répété au Québec en 1990 ?

Les propos des femmes rencontrées révèlent un sens réel de la gravité de leur geste. Toutes s'accordent à rejeter l'idée qui ferait de l'avortement un moyen de contraception. Elles ne véhiculent pas une vision instrumentale de l'avortement⁶. Leur jugement porte sur la possibilité de recourir à cette intervention. L'acte n'est pas mal ou bien en soi, mais souhaitable ou non selon le projet de vie dans lequel il s'insère.

Cette attitude morale est tout à fait cohérente avec leur conception et leur expérience de la contraception, ainsi que leurs aspirations professionnelles et affectives. La prise en compte du long terme, la notion de qualité de vie, le sens qu'elles ont de leurs responsabilités à l'égard de leur partenaire et de leurs enfants, nés ou à venir, montrent des valeurs qui sont dominantes dans la société. Ainsi, il est souhaitable, socialement, qu'elles démontrent une attitude responsable à l'égard de leur fécondité. Advenant un échec, elles prolongent, selon leurs propos, cette responsabilité en prenant la décision d'avorter une deuxième ou une troisième fois. Comment alors parler d'irresponsabilité ? À leurs yeux ce serait l'attitude contraire, mener à terme la grossesse, qui deviendrait un geste irresponsable.

D'autre part, malgré cette apparente cohérence dans le choix de l'avortement répété comme geste de responsabilité, il persiste un paradoxe entre la pratique contraceptive et la pratique de l'avortement répété. Le choix rationalisé de ce dernier s'oppose en effet à des attitudes contraceptives qui rejettent pour beaucoup l'approche instrumentale de la contraception. Comment expliquer cette distanciation entre la pratique contraceptive et la pratique de l'avortement répété ?

Le discours de ces répondantes sur la contraception suggère une rupture. En effet, leur aspiration à une sexualité libre de toute entrave s'accommode mal du désenchantement vis-à-vis des techniques contraceptives sensées permettre l'actualisation de cette sexualité hédoniste.

6. Il serait intéressant de vérifier si des sous-groupes de femmes définies par des caractéristiques socio-professionnelles précises ne présenteraient pas une vision davantage instrumentale de l'avortement.

D'où les critiques formulées à l'égard des moyens contraceptifs comme la pilule et le stérilet ; d'où, également, le maintien d'une approche naturaliste de la contraception, malgré les risques encourus. Ces deux pôles, idéalisation de la sexualité libre et désenchantement face aux méthodes contraceptives mécaniques et chimiques, peuvent expliquer, selon cette étude, une partie de la contradiction des répondantes entre leur pratique contraceptive et le recours à l'avortement. Il y a rupture entre le naturalisme et l'efficacité instrumentale contraceptive.

Dans la société québécoise des années 1980 où l'on assiste à une revalorisation de l'expérience de la maternité, les femmes qui choisissent l'avortement se situent alors à la périphérie de la conscience collective. Les avortements multiples marquent clairement, selon cette analyse, un hiatus entre la sexualité hédoniste et la valorisation actuelle de l'expérience de la maternité.

Dans le cadre actuel de la reproduction humaine, où les femmes subissent de plus en plus des interventions extérieures situées hors du champ expérientiel féminin, l'avortement demeure une expérience multidimensionnelle qu'elles assument globalement. L'acte d'avortement ne peut être interprété comme un geste isolé dans la chaîne des interventions portant sur la maternité. Il en fait partie comme un acte déterminant sur le déroulement de la vie reproductive. Les répondantes ont toutes reconnu avoir cheminé seules, portées par leur volonté ou par les contraintes de leur situation sociale. Dans ce cas, l'intervention médicale se situe parallèlement à l'expérience féminine.

Les valeurs de relativité et de responsabilité individuelle qui sont mises en évidence dans la situation de l'avortement itératif, sont tout à fait appropriées aux valeurs sociales dominantes dans les années 1980 au Québec. En effet, la philosophie néo-individualiste qui marque les relations sociales et affectives dans la culture post-moderne trouve ici une actualisation qui, pour dérangerante qu'elle soit, est tout à fait saisissable une fois replacée dans ce courant idéologique. Les répondantes de cette étude ne sont pas plus individualistes que d'autres membres de la société dans d'autres activités sociales, mais elles ne le sont pas moins. Elles revendiquent le droit au maintien de leur projet individuel de vie. Par contre, ce droit s'inscrit dans un tissu de responsabilités qu'elles cherchent à assumer le mieux possible : gagner sa vie, s'entourer de relations stables et valorisantes, avoir des enfants. Ces femmes ne se jugent pas moins responsables face à leurs enfants et face à la société en choisissant de recourir à un second avortement.

L'évolution culturelle récente de la société québécoise met en évidence ces valeurs de responsabilité individuelle et de souci d'une morale conjoncturelle. Les principes éthiques révélés par les répondantes de cette étude vont de pair avec les traits culturels de la société post-moderne. Il ne saurait être question, en ce qui concerne les avortements multiples, d'une absence ou d'une anomie de la morale, malgré toutes les apparences. Les femmes interviewées dans le cadre de cette étude s'inscrivent à travers cet événement en conformité avec des courants culturels profonds et contemporains.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER Charlene (1982), *Les patientes qui reçoivent des instructions spéciales sont-elles davantage portées à continuer la contraception orale après avoir subi un avortement ?*, Département de psychologie, Université Concordia et Hôpital Général de Montréal.
- BERGER Charlene, GOLD Dolores, ANDRES David, GILLETT Peter et KINCH Robert (1984), « Repeat Abortion : Is it a Problem ? », dans *Family Planning Perspective*, vol 16, no 2.
- BONNY, Yves (1988), « L'individualisme aujourd'hui ? Critique de Dumont, Gauchet, Lipovetsky », *Société*, no 3, pp.125-157.
- DANDURAND, Renée B. (1990), « Peut-on encore définir la famille ? », pp.49-66, dans *La société québécoise après 30 ans de changements*, sous la direction de Fernand DUMONT, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, 358 p.
- GIBB, Gerald David et MILLARD, Richard John (1981), « Research on Repeated Abortion : State of the Field : 1973-1979 », *Psychological Reports*, vol. 48, no 2, pp. 415-424.
- GILLETTE, Robert D. (1980), « Repeat Abortion and Self-Reported Contraceptive Behavior », *American Journal of Public Health*, June, vol 70, no 6, p. 637.
- GLASER and STRAUSS (1967), *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago, Aldine.
- HARNOIS, Luce (1987), *Rapport de recherche sur l'avortement au Québec*, pour le Regroupement des Centres de santé des femmes du Québec, rapport non publié.

- HEINREICH, Jerome F. et BOBROWSKY, Rena P. (1984), « The Incidence of Repeat Induced Abortion in a Randomly Selected Group of Women », *The Journal of Reproductive Medicine*, vol 29, no 4, pp. 260-264.
- HOWE, Barbara, KAPLAN, H. Roy et ENGLISH, Constance (1979), « Repeat Abortions : Blaming the Victims », dans *American Journal of Public Health*, december, vol 69, no 12, pp. 1242-1246.
- LAPERRIÈRE, A. (1982), « Pour une construction empirique de la théorie : la nouvelle école de Chicago », pp. 31-41, dans *Sociologie et Sociétés*, vol XIV, no 1.
- LEACH, Judith (1977), « The Repeat Abortion Patient », *Family Planning Perspectives*, vol 9, no 1, pp. 37-39.
- NOAVES, Simone (1982), « Les récidivistes », *Revue française de sociologie*, XXIII, pp. 473-485.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, « Description des actes « avortements », « Nombre et coûts des avortements pratiqués par l'ensemble des médecins selon la région socio-sanitaire et selon le groupe d'âge des bénéficiaires (1989, 1988, 1987, 1986, 1985, 1984, 1983, 1982, 1981, 1980) », Service Statistiques, Québec.
- REVUE FRANÇAISE DE SOCIOLOGIE, (1982), « La libéralisation de l'avortement », Études réunies et présentées par P. LADRIERE, XXIII, no 3.
- SHEPARD, Mary Jo. et BRACKEN, Michael B. (1979), « Contraceptive Practice and Repeat Induced Abortion : an Epidemiological Investigation », dans *Journal of Biosocial Science*, vol11, pp. 289-302.
- STATISTIQUE CANADA (1986), *Avortements thérapeutiques*, 1986, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, déc. 1988, Ottawa, no catalogue 82-211.
- STATISTIQUE CANADA (1985), *Avortements thérapeutiques*, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, 1986, no catalogue 82-211.
- STATISTIQUE CANADA (1985), *Enquête sur la famille. Conclusions préliminaires*, Ottawa.
- STATISTIQUE CANADA (1990), *Rapports sur la santé*, vol 2, no 1, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, no catalogue 82-003.
- STATISTIQUE CANADA (1989), *Rapports sur la santé*, vol 1, no 9, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, no catalogue 82-003.

- TIETZE, Christopher (1983), *Induced Abortion*, A World Review, 1983, 5th Edition, A Population Council Fact Book, New-York, 116 p.
- TIETZE, Christopher, « Induced abortion : 1977 supplement », *Reports on population/family planning*, New-York, NY, Alan Guttmacher Institute, pp. 1-19.
- TIETZE, Christopher (1978), « Repeat Abortions-Why more ? », *Family Planning Perspectives*, no 10, pp. 286-288.
- TIETZE, Christopher (1975), « The Effects of Legalization of Abortion on Population Growth and Public Health », *Family Planning Perspectives*, vol 7, no 3, pp. 123-127.
- TIETZE, Christopher et BONGAARTS John (1982), « Repeat Abortion in the United States : New Insights », *In Studies in Family Planning*, 13 : 373-379.
- TIETZE, Christopher et HEUSHAW Stanley K., « Repeat Abortions », The Alan Guttmacher Institute, *Induced Abortion Review 1986*, 6th Edition.
- TIETZE, Christopher et JAIN, AK., « Les règles mathématiques de l'I.V.G. répétée : analyse de sa progression », Réfutation mathématique de la théorie selon laquelle l'I.V.G. contrarie la contraception, *Contraception-fertilité-sexualité*, vol 8, no 2, pp. 129-144.
- STRAUSS, Anselm L. (1987), *Qualitative Analysis for Social Scientists*, CUP, New-York, 1987.