

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
SACHA CYR

L'EXPÉRIENCE DE L'AVORTEMENT CHEZ LES FEMMES DU NOUVEAU-
BRUNSWICK

FÉVRIER 2020

Sommaire

Le Nouveau-Brunswick présente un environnement qui restreint à plusieurs égards l'avortement pour les femmes qui y résident. Cette recherche exploratoire qualitative vise à documenter le vécu émotif et social des femmes ayant obtenu un avortement au Nouveau-Brunswick, à examiner les manières dont les facteurs personnels, interpersonnels, économiques, sociaux et politiques influencent l'accès et l'obtention du soin d'avortement au Nouveau-Brunswick et à identifier les besoins des femmes associés à l'obtention de ce soin. Pour atteindre les objectifs de recherche, nous avons conduit des entretiens semi-structurés, en anglais et en français, avec 10 femmes résidant au Nouveau-Brunswick et ayant fait l'expérience de l'avortement dans la période comprise entre 2008 et 2016. Le processus d'analyse des données a été réalisé selon la méthode d'analyse de contenu. Les résultats de cette recherche démontrent que l'expérience de l'avortement se présente sous des formes particulières dans le contexte social et politique du Nouveau-Brunswick. L'étude a mis en évidence les multiples obstacles auxquels se heurtent les femmes souhaitant obtenir un avortement dans cette province. Notamment, la disponibilité limitée des structures de santé fournissant des soins d'avortement, les mesures institutionnelles et politiques qui limitent et contraignent l'accès de l'avortement et la stigmatisation de cette procédure et des femmes qui y ont recours. Les résultats de cette étude relèvent, d'une part, que les difficultés d'accès à l'avortement augmentent la vulnérabilité des femmes par rapport à leur santé, leur bien-être et leur condition de vie. D'autre part, et plus largement, le contexte dans lequel s'inscrivent ces expériences vulnérabilise économiquement et socialement les femmes en plus d'avoir un impact sur

leur autonomie et d'accentuer les inégalités entre les genres puisqu'elles ne jouissent pas des mêmes droits et libertés que les hommes. De mieux comprendre comment le contexte sociopolitique entourant l'accessibilité et les soins d'avortement module l'expérience qu'en font les femmes et par le fait même, atteint leurs conditions de vie, permet de réfléchir à des pratiques et des politiques qui sont justes et mieux adaptées. Ce qui permet de mieux répondre aux besoins des principales concernées, soit les femmes. Les implications pour les recherches futures et les pratiques sociales sont aussi présentées, sous forme de stratégies pour accroître les connaissances sur les droits reproductifs et des soins d'avortement, et ce, afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins d'avortement au Nouveau-Brunswick.

Mots-clés : avortement ; femmes ; accès à l'avortement ; Nouveau-Brunswick ; justice reproductive ; intersectionnalité ; féminisme.

Abstract

New Brunswick presents an environment that in many ways restricts abortion for women residing there. This research aims to document the emotional and social experiences of women who obtained an abortion in New Brunswick; examine the ways in which personal, interpersonal, economic, social and political factors influence access to and abortion care in New Brunswick; and identified the needs of women associated with abortion care. This thesis is a qualitative study of women's experience of abortion. Women's account of their abortion experience helped answer these research questions: (1) what are the particularities of women's experiences of abortion in New Brunswick? (2) How do aspects of the social and political context affect women's experiences of abortion in New Brunswick? (3) What are the needs of women for abortion care and services in New Brunswick? We conducted semi-structured interviews, in English and French, with 10 women residing in New Brunswick and who have experienced abortion in the period between 2008 and 2016. The data analysis process was conducted using the content analysis method. The results of this research demonstrate that the abortion experience is lived in specific ways within the social and political context of New Brunswick. The study highlighted the multiple barriers faced by women seeking abortion in this province. In particular, the limited availability of health facilities providing abortion care, the institutional and political measures that limit and constrain access to abortion and the stigmatization of this procedure and of women who have it. On one hand, the results of this study point out, that difficulties in accessing abortion increase the vulnerability of women regarding their health, well-being and living conditions. On the other hand, the

context in which these experiences take place makes women economically and socially vulnerable in addition to having an impact on their autonomy and accentuating gender inequalities since they do not enjoy the same rights and freedoms than men. To better understanding how the sociopolitical context surrounding accessibility and abortion care modulates women's experience and thereby affects their living conditions render possible to reflect more on practices and policies that are adapted, fair and allowing to meet the needs of women. Implications for future research and social practices are also presented, in the form of strategies to increase knowledge about reproductive rights and abortion care, in order to improve the quality and accessibility of abortion care in New Brunswick.

Keywords: abortion; women; abortion access; New Brunswick; reproductive justice; intersectionality; feminism.

Table des matières

Sommaire	ii
Abstract	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux	xi
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Problématique	5
Contexte de l’avortement au Canada.....	7
Portrait des soins d’avortement au Nouveau-Brunswick	12
Disponibilités et position des points de services.....	13
Règlement 84-20	14
Soins d’avortement en clinique non couverts par l’assurance-maladie ...	14
Approbation écrite de deux médecins que l’avortement est médicalement nécessaire	16
Présence de représentants anti-choix autour des points de services d’avortement	17
Amélioration de l’accessibilité des soins d’avortement dans la province.....	18
Objectif de la recherche.....	20
Questions de recherche.....	21
Pertinence de la recherche	21
Recension des écrits	25
Processus décisionnel	28
Raisons multiples motivant le choix de l’avortement	30
Le moment où survient la grossesse	30
Des préoccupations socioéconomiques	31
Le partenaire et la relation amoureuse.....	32
Impacts pour les femmes.....	32

Attitudes envers l'avortement.....	33
Bien-être psychologique.....	35
Une expérience stigmatisante	37
Soutien social.....	39
La divulgation sélective.....	39
Un soutien émotionnel.....	41
Regard sur les soins et services d'avortement.....	42
Barrières persistantes	42
Expériences inégales.....	47
Synthèse des principaux résultats	48
Cadres théoriques	53
Féminisme intersectionnel.....	54
Contexte d'émergence	55
Principaux postulats	60
Pertinence	62
Justice reproductive	63
Contexte d'émergence	63
Principaux postulats	64
Pertinence	65
Conclusion.....	66
Méthodologie	67
Perspective de recherche	68
Recrutement des participantes.....	72
Description des participantes et caractéristiques de l'avortement.....	76
Les procédures de collecte de données.....	82
Le guide d'entrevue	82
Les résumés et notes des entrevues.....	85
L'analyse des données.....	85
La lecture préliminaire et l'établissement d'une liste des énoncés.....	86
Le choix et la catégorisation des unités de classification.....	87
Le processus de catégorisation et de classification.....	87

L'interprétation des résultats	89
Les considérations éthiques	90
Les limites de la recherche	92
Résultats	95
La survenue de la grossesse.....	96
La décision d'avorter.....	98
La prise de décision immédiate	98
La prise de décision caractérisée par de l'ambivalence	99
La prise de décision conjointe ou solitaire.....	99
La prise de décision conflictuelle.....	101
Facteurs considérés dans la décision d'avorter.	103
L'incapacité financière à fonder une famille	104
L'instabilité de la relation amoureuse	104
L'impossibilité de concilier travail-famille-études.....	106
Présence de problèmes de santé physique et mentale	106
L'expérience émotionnelle et psychologique de l'avortement.....	108
Les sentiments associés à l'expérience de l'avortement	108
Les effets de l'expérience de l'avortement	115
Les effets sur soi.....	115
Les effets sur la sexualité et la contraception.....	116
Les effets sur les relations interpersonnelles	117
La divulgation et le soutien perçu dans l'expérience de l'avortement et soutien perçu et reçu de la part du réseau formel et informel.....	118
Les enjeux de la divulgation de son expérience de l'avortement	118
Le soutien de l'entourage	121
Le soutien du partenaire amoureux.....	122
Le soutien des amis	124
Le soutien de la famille	126
Le soutien des réseaux formels.....	127
L'expérience des services d'avortement en contexte néo-brunswickois.....	129
Les trajectoires de services	130
Les obstacles rencontrés.....	132

La méconnaissance des services d'avortement.....	133
La loi 84-20 : l'approbation de deux médecins.....	134
Le coût de l'avortement	136
Les déplacements considérables pour obtenir un avortement....	138
La présence de groupes et individus anti-choix autour des points de service d'avortement	140
La qualité des soins en contexte d'avortement.....	141
Ce qui devrait être fait pour améliorer l'expérience de l'avortement au Nouveau- Brunswick.	144
Discussion	148
Situer l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick dans la matrice de domination.....	150
Le domaine structurel et le règlement 84-20	151
Approbation de deux médecins	152
Couverture de l'avortement par l'assurance-maladie de la province	154
Organisation et dispensation de l'avortement comme relevant du domaine disciplinaire.....	157
Domaine hégémonique : les idéologies dominantes dans l'expérience de l'avortement	161
Divulgence silencieuse de l'avortement, un regard dans le domaine interpersonnel.....	165
Les besoins des femmes dans l'expérience de l'avortement.....	168
Éliminer les restrictions et faciliter l'accès à l'avortement dans la province	169
Le refus de la province de couvrir les avortements réalisés en clinique est une restriction qui relève du gouvernement provincial	169
Des soins d'avortement en français	171
Assurer l'accès aux informations sur les services d'avortement	172
Besoin de soutien et d'accompagnement	173
Implications pour les recherches futures et les pratiques sociales	174
Conclusion	178
Références.....	185
Appendices A. Affiche de recrutement.....	197

Appendice B. Annonce de recrutement	199
Appendice C. Copie du texte du premier contact	201
Appendice D. Formulaire d'information et de consentement.....	203
Appendice E. Guide d'entrevue	209
Appendice F. Questionnaire sociodémographique	215
Appendice G. Grille de codification	217
Appendice H. Certificat d'approbation éthique	220
Appendice I. Liste de ressource d'aide et de soutien social.....	223

Liste des tableaux

Tableau

1. Profil démographique des participantes au moment de l'avortement.....	78
2. Caractéristiques liées à l'avortement	80
3. Distance parcourue pour se rendre au point de service d'avortement	81

Remerciements

J'ai entamé ce mémoire sur l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick durant une période mouvementée, mais pleine d'espoir. Un nouveau gouvernement provincial venait d'être élu et promettait de favoriser l'accès à l'avortement dans la province. La seule clinique de santé offrant un service d'avortement venait de rouvrir après une année de fermeture médiatisée. Pendant mon processus de recherche, le règlement 84-20 exigeant l'approbation de deux médecins à un soin d'avortement a été aboli, un point de service d'avortement a été ajouté à l'hôpital de Moncton et la pilule abortive fut autorisée par santé Canada. Un grand merci à ma famille et mes amis qui m'ont soutenue tout au long de ce voyage, par leur écoute et encouragement lorsque je doutais de mes capacités. Je suis éternellement reconnaissante de votre soutien et votre présence. Sans vous, je ne peux m'imaginer terminer de ce grand projet. Vous avez su me faire rire, me ramener à la réalité, m'écouter lorsque j'avais besoin de parler, m'aider à trouver un équilibre et à préserver une santé mentale. Plus que tout, je tiens à remercier mes directrices de mémoire, Isabel Côté et Francine Montigny de m'avoir guidée dans ce projet. Merci d'avoir partagé avec moi vos forces en tant que chercheuses, en particulier, votre rigueur, vos impressionnantes connaissances et expertises en matière d'expériences reproductives. Je suis aussi plus que reconnaissante envers vous deux pour avoir lu inlassablement et attentivement version après version de ce mémoire. Je vous remercie de tout cœur pour votre accompagnement, votre confiance et votre soutien dans cette aventure.

Ma profonde gratitude va aux dix femmes qui ont participé à cette étude. Elles m'ont généreusement accordé de leur temps précieux pour me parler de cette expérience intime qu'est l'avortement, ce dont je suis très reconnaissante. Plusieurs des femmes ont exprimé le désir de raconter leur histoire afin d'être entendues, comprises et acceptées. Leur volonté de m'aider témoigne de leur belle générosité. J'espère avoir présenté fidèlement et respectueusement les histoires qu'elles m'ont partagées.

Introduction

L'avortement est une procédure qui a été utilisée dans toutes les sociétés et toutes les époques pour interrompre une grossesse non désirée (Sundström, 1966; Trost, 1982, cités dans Aléx & Hammaström, 2004). Les plus récentes données mondiales sur le nombre d'avortements estiment que de 2010 à 2014, 56 millions d'avortements ont été réalisés (Guttmacher Institute, 2018). Dans cette même période, il est estimé que 25 % des grossesses se terminent par un avortement (Guttmacher Institute, 2018). Aux États-Unis, les plus récentes données rapportent qu'environ 862 000 avortements ont été réalisés en 2017 (Guttmacher Institute, 2019). Il est estimé qu'au moins une femme américaine sur quatre aura un avortement avant l'âge de 45 ans (Guttmacher Institute, 2019). Quant au Canada, les statistiques les plus récentes indiquent que 94 030 avortements ont été réalisés en 2017 (Institut canadien d'information sur la santé, 2017).

Même si l'avortement est aujourd'hui décriminalisé et légalisé dans plusieurs pays, cette pratique reste un sujet épineux et susceptible de susciter de vives positions morales, religieuses et politiques. La décision d'interrompre une grossesse figure parmi les choix de santé des femmes les plus socialement contestés. La perpétuelle remise en question de la légitimité de ce soin de santé reproductive dans la culture populaire, la sphère politique et le monde religieux et médical met en jeu la liberté et le droit des femmes à s'autodéterminer dans toutes les sphères de leur vie. Conséquemment, l'avortement est un

enjeu majeur de la santé des femmes et de leurs droits reproductifs. Pouvoir déterminer la possibilité et le moment pour avoir des enfants est fondamental à l'égalité entre les sexes et à l'autodétermination des femmes.

Maintenant que le droit à l'avortement est assuré dans de nombreux pays, son accessibilité est attaquée de plein fouet (Amnesty International, 2019 ; Nash & Donovan, 2019; Sethna, Palmer, Ackerman & Janovicek, 2013). En effet, diverses tactiques sont faites sur le plan social, politique, institutionnel et religieux afin de limiter et de restreindre l'accessibilité au soin d'avortement. Le Canada ne fait pas bande à part quant à la problématique d'accès à l'avortement. En effet, le pays présente des enjeux importants d'accessibilité au soin d'avortement sur l'ensemble de son territoire et de nombreux chercheurs, groupes sociaux et féministes ainsi qu'acteurs politiques et médicaux décrivent les effets de cette problématique sur les femmes (Abortion Rights Coalition of Canada, s.d ; Action Canada for Sexual Health and Rights, 2019; Cano & Foster, 2016 ; Eggertson, 2001 ; Kaposy, 2010; MacQuarrie, Chambers, & MacDonald, 2014 ; Sethna & Doull, 2012; Sethna & Doull, 2013 ; Sethna, Palmer, Ackerman, & Janovicek 2013 ; Shaw 2006). Parmi les provinces et territoires canadiens, les provinces de l'Atlantique sont celles qui se démarquent par des barrières importantes à l'accès à l'avortement. Cette situation soulève des questionnements quant à l'expérience de l'avortement dans de tels contextes sociaux et politiques.

C'est donc à l'expérience de l'avortement chez les femmes du Nouveau-Brunswick que s'intéresse ce mémoire. Cette étude qualitative vise à décrire et explorer l'expérience de l'avortement selon les femmes concernées. Il désire également apporter une meilleure

compréhension de l'influence du contexte sur la perception des femmes de leur expérience de l'avortement. Pour répondre à ce dernier objectif, un contexte précis a été ciblé, soit celui de la province du Nouveau-Brunswick, au Canada.

Le présent mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique de l'expérience de l'avortement chez les femmes du Nouveau-Brunswick ainsi que le but de l'étude et les questions de recherche. Le deuxième chapitre offre un état des connaissances par l'entremise d'une recension des écrits sur l'expérience générale des femmes ayant obtenu un avortement. Un regard est porté sur le processus décisionnel menant à l'avortement, les impacts de cette expérience sur les femmes ainsi que les services et soins en contexte d'avortement. Le troisième chapitre présente les cadres théoriques qui ont guidé cette étude, soit la théorie féministe intersectionnelle et la perspective de la justice reproductive. Le quatrième chapitre fait une description détaillée du processus méthodologique de cette étude. Ensuite, le cinquième chapitre présente les résultats obtenus. Pour conclure, le sixième chapitre compose la discussion des résultats et propose des recommandations qui en découlent.

Problématique

Un long chemin a été parcouru depuis la criminalisation et la clandestinité de l'avortement. Aujourd'hui, l'avortement est un droit acquis dans de nombreux pays du monde et est reconnu comme un soin de santé essentiel et bénéfique au bien-être, à l'émancipation des femmes et à l'égalité entre les genres (Budde & Heichel, 2017). Néanmoins, l'avortement suscite toujours des réactions vives et polarisées. Sa perpétuelle remise en question dans l'espace social, politique et médical en fait un soin de santé différent des autres. Si l'avortement est un droit protégé par différentes chartes et lois, la question de l'accessibilité de l'avortement est devenue au fil des dernières années un terrain fertile pour éroder le droit à l'avortement, par le biais de restrictions visant à limiter son accessibilité.

Généralement considéré comme le bon élève, le Canada ne fait pas bande à part quant aux problèmes d'accès à l'avortement. En effet, ce pays présente des enjeux importants d'accessibilité de l'avortement sur l'ensemble de son territoire (Eggertson, 2001 ; Kaposy, 2010 ; Sethna & Doull, 2012 ; Shaw, 2013). Parmi les provinces et territoires, les provinces des maritimes sont celles qui témoignent d'une importante problématique d'accès à l'avortement (Sethna & Doull, 2012 ; Sethna et coll., 2013 ; Shaw, 2006 ; Vice, 2015). En effet, celles-ci se démarquent en s'abstenant, voire en refusant, de faciliter son accessibilité, entre autres choses, par le refus de ses gouvernements provinciaux d'offrir le service sur l'ensemble du territoire, d'en assurer le

financement public et par la mise en place d'un lourd processus de référence pour y avoir accès (Kaposy, 2010; Norman, Guilbert, Okpaleke, Hayden, Lichtenberg, Paul,... & Jones, 2016). Cette situation soulève des questionnements quant à l'expérience de l'avortement dans ce contexte restrictif.

Contexte de l'avortement au Canada

C'est en 1869 que l'avortement a été, pour la première fois, criminalisé au Canada. Il faudra 100 ans avant que la législation de cette pratique ne soit revisitée. En 1969, par la réforme du Code criminel, l'avortement est ainsi légalisé, mais sous de strictes conditions (Sethna et coll., 2013). Pour pouvoir mettre fin à sa grossesse, une femme devait obtenir l'approbation d'un Comité thérapeutique d'avortement (CAT). Ce comité était composé de trois médecins et avait le mandat de déterminer si la poursuite de la grossesse représentait un danger pour la vie ou la santé de la femme. La procédure devait alors être réalisée au sein d'un hôpital agréé (Conseil du statut de la femme, 2013). Malgré la légalisation de l'avortement, les décisions du CAT étaient arbitraires et particulièrement rigides en ce qui a trait aux limites gestationnelles, aux quotas des procédures et aux raisons invoquées pour demander un avortement. De plus, les hôpitaux agréés avaient le droit d'annuler la décision du CAT. Par conséquent, malgré sa légalisation, l'avortement demeurait une pratique largement criminalisée et inaccessible pour la majorité des Canadiennes (Palley, 2006).

Les décennies suivantes représentent des moments forts d'actions et de luttes politiques émanant du mouvement féministe pour le droit d'obtenir librement et

gratuitement un avortement. À travers diverses actions et mobilisations sociales, le mouvement féministe réclame, entre autres, le retrait de l'avortement du Code criminel, le contrôle des femmes sur leur fécondité et leur corps et des services d'avortements libres et gratuits (Fédération du Québec pour le planning des naissances, 2000). De nombreux professionnels de la santé, dont des médecins, appuient ces revendications féministes. Certains d'entre eux vont réaliser des avortements de manière clandestine afin de permettre aux femmes de s'autodéterminer (Conseil du statut de la femme, 2013). Le plus emblématique de tous est le Dr Henry Morgentaler. Les services d'avortement offerts dans les cliniques d'avortement du Dr Morgentaler sont, à l'époque, jugés illégaux puisque ne répondant pas aux conditions définies par le Code criminel. Le médecin fera face, au cours des années suivantes, à des poursuites criminelles répétées (Conseil du statut de la femme, 2013 ; Palley, 2006). En 1988, la Cour suprême du Canada statue dans l'arrêt R. c. Morgentaler que les restrictions d'accès à l'avortement violaient l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés lequel garantit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne (Conseil du statut de la femme, 2013). La Cour suprême du Canada déclara que « forcer une femme, sous la menace de sanction criminelle, à mener le fœtus à terme [...] est une ingérence profonde à l'égard de son corps et donc une atteinte à la sécurité de sa personne. » (R. c. Morgentaler, 1988, p. 32-33).

Ainsi, depuis le jugement de la Cour suprême en 1988, les femmes peuvent mettre fin à une grossesse librement et gratuitement au pays. Or cela n'est vrai qu'en théorie puisqu'il existe plusieurs exemples d'atteintes et de transgressions législatives pour restreindre l'accès à l'avortement.

Tout d'abord, la loi jugeant cette pratique illégale est demeurée dans le Code pénal et elle n'a jamais été réécrite (This, 2017). Ainsi, la décision prise par la Cour suprême a laissé un vide législatif. C'est justement grâce à ce cadre non légiféré que des députés continuent d'introduire des projets de loi ou des motions anti-choix¹. Depuis 1987, plus d'une quarantaine de ces projets ont été présentés au Parlement du Canada (Coalition pour le droit à l'avortement au Canada, 2016). Bien qu'aucune de ces initiatives n'ait été adoptée, celles-ci sont proposées sous le couvert d'arguments fallacieux et cherchent à modifier de manière détournée le Code criminel en vue de restreindre le plus possible l'accès à l'avortement, voire de criminaliser le soin. Notons en exemple le projet de loi C-338 voulant criminaliser « l'avortement après une période de gestation de 20 semaines » ; la motion M-312 « pour créer un comité parlementaire pour examiner si la définition d'«être humain» du Code criminel devrait inclure les fœtus, et pour étudier les preuves médicales, ainsi que les effets et les conséquences juridiques » ; la motion M-408 dont le but est de « condamner la discrimination envers les femmes lors d'avortement sélectif en fonction du sexe du fœtus » ; et le dernier projet de loi, déposé en 2016, le C-225, visant à « protéger les femmes enceintes et leur enfant à naître » (Coalition pour le droit à l'avortement au Canada, 2016). Tous ces projets de loi et motions posent des risques sérieux à l'accessibilité de l'avortement et par le fait même au droit de recourir à ce soin de santé essentiel.

¹ L'auteure utilise le terme anti-choix plutôt que le terme, couramment utilisé, pro-vie pour décrire les personnes ou les groupes qui se positionnent contre l'avortement. Les anti-choix s'opposent à la liberté des femmes de choisir ce qu'elles considèrent le mieux pour elles. En s'opposant au libre-choix des femmes et à leur autodétermination, cette position attaque l'amélioration des conditions de vie des femmes. Il apparaît dès lors plus juste de parler d'une position anti-choix plutôt que d'une position qui promeut la vie : pro-vie.

Si le droit à l'avortement relève de la juridiction fédérale, la régulation de l'avortement comme procédure médicale tombe sous les juridictions provinciales. Il n'en demeure pas moins que le parlement canadien détient un certain pouvoir avec la Loi canadienne sur la santé. Celle-ci a été créée afin de garantir aux Canadiens un « accès raisonnable aux services de santé sans obstacle financier ou autres » (Reproductive Justice New Brunswick, 2015) et les provinces doivent s'y conformer afin de recevoir les subventions du fédéral en matière de santé. Par cette loi, les provinces sont donc tenues de fournir un accès gratuit aux services de santé médicalement nécessaires (Richer, 2008).

La loi canadienne sur la santé établit cinq critères que tous les services de santé au pays doivent satisfaire. Ces critères sont : (a) la gestion publique, qui est l'exigence que les soins de santé soient administrés sans but lucratif ; (b) l'intégralité, qui renvoie à l'obligation des provinces et territoires canadiens de financer tous les soins de santé considérés, en vertu de la loi canadienne de la santé, comme médicalement nécessaires ; (c) l'universalité, qui exige que tous les résidents d'une province aient accès à l'assurance-maladie publique ; (d) la transférabilité qui demande à ce que les personnes aient accès à des soins de santé lorsqu'elles sont à l'extérieur de la province habitée ; et (e) l'accessibilité qui réfère à l'obligation des provinces et territoires de garantir que les gens aient un accès raisonnable et uniforme aux services de santé couverts, sans obstacles financiers ou autres (Madore, 2005). De plus, la Loi contient également des dispositions spécifiques pour limiter l'utilisation de la surfacturation et des frais d'utilisation pour les services couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. La Loi prévoit également que lorsqu'une province ne se conforme pas aux cinq critères ou aux conditions

relatives aux frais d'utilisation et à la facturation supplémentaire, une partie de la contribution fédérale à la province pour un exercice peut être retenue (Richer, 2008).

Le gouvernement fédéral a indiqué que l'avortement constituait un soin de santé médicalement nécessaire sous cette loi (Palley, 2006.) Or, des provinces et territoires ne partagent pas cette vision et contreviennent délibérément aux exigences de la loi. Par exemple, notons l'incapacité de fournir des services d'avortement dans les hôpitaux provinciaux. Selon le principe d'accessibilité, l'avortement doit pouvoir être disponible à toutes les femmes, peu importe où elles vivent au pays (Abortion Rights Coalition of Canada, 2007 ; Sethna & Doull, 2013). Toutefois, les soins d'avortement dans le pays demeurent peu disponibles. En effet, seulement 16 % des hôpitaux réalisent des avortements au Canada (Coalition pour le droit à l'avortement au Canada, 2017). De plus, jusqu'en 2017, les services d'avortement étaient inexistantes à l'Île-du-Prince-Édouard. Un autre exemple est de placer l'avortement sur la liste des exclusions en ce qui concerne les ententes de facturation réciproque interprovinciales et de refuser de rembourser les femmes qui ont un avortement dans des cliniques (Abortion Rights Coalition of Canada, 2007; Palley, 2006;). C'est notamment le cas du Nouveau-Brunswick, qui à ce jour, reste la seule province canadienne refusant d'étendre le financement aux services d'avortement réalisés en clinique d'avortement (Canada's National Observer, 2019). Cependant, selon le principe de gestion publique, le financement des services d'avortement en milieu hospitalier, tout comme en clinique, doit être assuré par le régime public d'assurance-maladie des provinces et des territoires canadiens.

En apparence, la lutte pour l'accessibilité à l'avortement au Canada semble être une histoire du passé et une question désuète. Toutefois, il s'agit d'un enjeu qui est loin d'être réglé. En plus des inégalités dans la dispensation des services d'avortement à travers le pays, s'ajoutent d'autres obstacles tels que les délais pour obtenir un service d'avortement, les moyens financiers des femmes recherchant un avortement, l'emplacement géographique des femmes et les objections de professionnels de la santé de fournir des informations sur l'avortement pour des raisons religieuses ou morales de même que la stigmatisation sociale de l'avortement. Ces barrières nuisent profondément à la sécurité, à la santé et à la liberté des femmes. Elles ont aussi pour impact de créer et de reproduire des inégalités sociales entre les hommes et les femmes, mais aussi entre différents groupes de femmes. Dans ce contexte, l'avortement demeure un enjeu crucial de justice sociale (Saurette & Gordon, 2013 ; Shaw, 2013).

Portrait des soins d'avortement au Nouveau-Brunswick

Les femmes résidant en Atlantique ont l'un des accès aux services d'avortement le plus déficitaire du pays (Sethna & Doull, 2012). Bien que l'avortement fasse partie du système de soins de santé universel, la régulation de l'avortement se fait au niveau provincial, et le droit à l'avortement demeure grandement défié dans certaines provinces, comme le Nouveau-Brunswick. En raison des diverses réglementations encadrant les services d'avortement au Nouveau-Brunswick, aucun contexte canadien n'est comparable à cette province. Les régulations et directives entourant la prestation des soins

d'avortement dans la province ont pour effet de limiter l'accès à l'avortement pour les femmes (Foster, LaRoche, El-Haddad, DeGroot, & El-Mowafi, 2017).

Disponibilités et position des points de services. Il est possible d'obtenir un avortement à quatre endroits au Nouveau-Brunswick. Trois hôpitaux offrent gratuitement le service d'avortement, l'Hôpital régional Chaleur à Bathurst, le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et l'Hôpital de Moncton, ces derniers étant tous les deux situés à Moncton. Également, il est possible d'obtenir un avortement à la Clinique 554, située à Fredericton. La province du Nouveau-Brunswick exemplifie de façon claire les obstacles de la disponibilité et de la disposition des points de services de l'avortement. Plus précisément, trois des quatre établissements de santé réalisant gratuitement des avortements sont situés aux extrémités nord et sud et surtout à l'est de la province. Par conséquent, ces emplacements échouent à rejoindre des régions importantes comme le nord-ouest et le sud-ouest et comprenant les villes les plus peuplées de la province, comme Saint John, Fredericton et Edmundston. Ainsi, c'est un ensemble de Néo-Brunswickoises qui n'ont pas accès à des services d'avortement à proximité et sont contraintes à parcourir des distances considérables afin d'accéder à ce soin. Cela est d'autant plus ironique que deux centres hospitaliers autorisés à pratiquer cette procédure soit, l'Hôpital de Moncton et le CHU Dr-Georges-L.-Dumont sont situés à moins de 3 km de distance l'un de l'autre. Cette décision relève purement de considérations économiques et tient peu compte des besoins réels et urgents des femmes en matière de santé et droit reproductifs (The Globe and Mail, 2018).

Règlement 84-20. Les réglementations provinciales du Nouveau-Brunswick sur l'avortement tentent d'imposer et de limiter le type d'avortement pouvant être publiquement assuré et les lieux où il peut être réalisé. Le Règlement 84-20, annexe 2 (a. 1) illustre de façon concrète comment les lois et directives provinciales restreignent l'accès à l'avortement. Ce règlement est un amendement à la Loi sur le paiement des services médicaux du Nouveau-Brunswick, mis en place par le gouvernement libéral de Frank McKenna en 1989 (McTavish, 2015). Il stipule que les services d'avortement peuvent être remboursés par l'assurance-maladie seulement si les conditions suivantes sont réunies : 1) l'avortement est réalisé dans un hôpital ; 2) par un spécialiste en gynécologie ou en obstétrique ; et 3) deux médecins ont confirmé par écrit que l'avortement est médicalement nécessaire (The Canadian Legal Information Institute, 2014).

Soins d'avortement en clinique non couverts par l'assurance-maladie. Dans un premier temps, en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux, le Règlement 84-20 stipule que l'assurance provinciale ne couvre que les soins d'avortement dans des circonstances particulières. En effet, le gouvernement du Nouveau-Brunswick classifie l'avortement comme un service non autorisé, ce qui retire l'avortement du plan de santé provincial. Cela signifie que les femmes obtenant un avortement en dehors des milieux hospitaliers de la province doivent payer la procédure puisqu'elle n'est pas couverte par l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. Ce montant est important et se situe entre 700 \$ et 850 \$ (Clinic 554, s.d). Selon la dernière compilation des statistiques de la

Coalition pour le droit à l'avortement au Canada (2017) sur l'avortement au pays, c'est un peu plus de la moitié des avortements dans la province qui est réalisée à la clinique d'avortement. Plus précisément, l'Institut canadien d'information sur la santé (2017) indique qu'en 2017, le nombre d'avortements réalisés en clinique fut supérieur au nombre d'avortements réalisés en milieu hospitalier.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a toujours refusé d'étendre le financement aux services d'avortement réalisés en clinique et est, à ce jour, la seule province à maintenir ce refus (Kaposy, 2010 ; NB Media Co-op, 2016 ; Sethna & Doull, 2012). Le gouvernement fédéral a déjà tenté d'influencer les politiques de la province concernant l'avortement. Par exemple, en 2005, le ministre de la Santé a entamé un processus de règlement des litiges envers la province au sujet de son refus de rembourser les coûts des avortements réalisés en clinique privée (Eggertson, 2001). Ce processus vise à résoudre les mécontentements reliés à l'interprétation des principes de la Loi canadienne sur la santé. Lorsque les deux paliers gouvernementaux ne parviennent pas à un accord, les dispositions de la loi relatives à la non-conformité peuvent entrer en vigueur et entraîner une déduction des paiements de transferts fédéraux, proportionnelle à la gravité du défaut (Johnstone, 2014). Malgré cela, la réponse du gouvernement du Nouveau-Brunswick n'a jamais été favorable au processus de négociations et aucun résultat productif n'en a résulté (McTavish, 2015). Enfin, la question du financement de l'avortement à la clinique du N.-B. a perdu de l'intérêt avec l'élection en 2006 d'un gouvernement fédéral conservateur, qui avait alors annoncé ne pas avoir l'intention de s'attaquer à cette question. Depuis, le

gouvernement fédéral n'a pas eu recours au processus de règlement des litiges pour sanctionner une province limitant les services d'accès à l'avortement (Johnstone, 2014).

Approbation écrite de deux médecins que l'avortement est médicalement nécessaire. Dans un deuxième temps, jusqu'à tout récemment, les procédures admissibles à la couverture et au remboursement devaient être jugées médicalement nécessaires par deux praticiens médicaux distincts (Norman et coll., 2016). Or, il apparaît que ce règlement ne s'appuie en aucun cas sur des arguments médicaux pour justifier sa pertinence, mais semble plutôt réguler l'accès aux services d'avortement à partir de fondements moraux, et ce, en contradiction avec ce qui est fait dans l'ensemble du pays (Arthur, 2010). Pour McTavish (2015), cette exigence reflète un manque de confiance envers la capacité des femmes à s'autodéterminer et laisse sous-entendre que l'avortement est une procédure médicale complexe et comportant des risques pour les femmes. Cependant, l'avortement est une pratique courante. Elle comporte très peu de risques pour la santé physique et psychologique et des complications surviennent très rarement. Notons qu'en 2017, si 21 645 avortements ont été réalisés dans des hôpitaux canadiens, 98 % n'ont rencontré aucune complication (ce taux exclut toutefois les cliniques privées d'avortement et le Québec) (Institut canadien d'information sur la santé, 2017).

Cette condition du règlement est l'une des plus restrictives en raison de la logique qu'elle déploie et ce à quoi elle soumet les femmes qui recherchent un soin d'avortement. D'abord, l'accès à deux médecins de famille peut s'avérer tout un défi puisque certaines n'ont pas accès à un médecin et encore moins à un deuxième. Également, des médecins

refusent de donner leur approbation de même que de l'information et des références aux femmes en raison de leurs convictions personnelles et morales anti-choix sur l'avortement (Foster et coll., 2017). Ainsi, cette exigence soumet les femmes à un écueil supplémentaire dans leur capacité à accéder à des soins d'avortement abordables et en des temps opportuns, risquant d'en dissuader certaines à obtenir un avortement. Enfin, le Règlement 84-20 différencie l'avortement des autres soins médicaux et exacerbe la stigmatisation de l'avortement (Norris, Bessett, Steinberg, Kavanaugh, De Zordo et Becker, 2011). De plus, il échoue à prioriser la santé des femmes et crée un fardeau financier et émotionnel excessif pour les femmes cherchant à obtenir un soin d'avortement dans leur province (Foster et coll., 2017).

Présence de représentants anti-choix autour des points de services d'avortement. Enfin, encore aujourd'hui, des groupes et des individus anti-choix sont très actifs et ont une forte présence dans la province. À cet effet, il existe autant de centres anti-choix que de tout point d'accès à un service d'avortement confondu au Nouveau-Brunswick. En tout, on en dénombre neufs dans la province. Ceux-ci sont tous situés dans le sud de la province, dont quatre à Moncton, deux à Fredericton, un à Sussex et un à St-John (Abortion Rights Coalition of Canada, 2019). Ces centres fréquemment reconnus sous le terme de centres de crise à la grossesse ou *Crisis Pregnancy Centres* prétendent soutenir les femmes dans leur choix et leur présenter toutes les options à une grossesse non planifiée ou non désirée en toute impartialité, alors que dans les faits, ces centres s'opposent à l'avortement et ont une vocation anti-choix (Abortion Rights Coalition of

Canada, 2018).

Ces centres offrent de fausses informations sur l'avortement, par exemple, qu'il y a des liens de cause à effet entre le cancer du sein et l'avortement. Ils mentionnent aussi d'autres risques à l'avortement sur la santé qui sont amplement exagérés ou non démontrés scientifiquement et affirment que l'avortement a des conséquences psychologiques importantes qui s'apparentent au stress post-traumatique. De plus, ces centres n'indiquent pas clairement qu'ils ne sont pas un établissement de santé, ne dévoilent pas leur position par rapport à l'avortement et n'informent pas de leur refus de diriger vers un soin d'avortement. Enfin, ces centres font forte pression pour encourager l'adoption, aux dépens de toute autre solution, à une grossesse non désirée. Ainsi, les femmes qui se présentent à ces centres pour obtenir un avortement doivent fréquemment faire face à des gens qui témoignent de leur opposition à leur choix (La Presse, 2019 ; Vice 2013). Leurs actions culpabilisent les femmes dans leur choix sur leur santé sexuelle et reproductive et servent de munition à la stigmatisation de l'avortement (Abortion Rights Coalition of Canada, 2018). De ce fait, la présence des groupes anti-choix constitue une barrière supplémentaire à l'accessibilité de l'avortement.

Amélioration de l'accessibilité des soins d'avortement dans la province

En 2014, la seule clinique d'avortement Morgentaler de la province a annoncé sa fermeture en raison d'un manque de financement (CBC News, 2014a). La fermeture de la clinique a suscité de vives réactions du mouvement féministe local ainsi qu'une mobilisation de citoyennes et citoyens pour le droit et l'accès à l'avortement. Il n'a fallu

que quelques jours, suivant l'annonce de la fermeture de la clinique Morgentaler de Fredericton, pour qu'un collectif de femmes du Nouveau-Brunswick se crée. Justice Reproductive Nouveau-Brunswick s'est dotée du mandat d'assurer le financement public de l'avortement et l'abolition de lois obligeant la référence de deux médecins pour l'obtention d'un avortement. Le collectif s'est rapidement mobilisé dans une lutte pour faire reconnaître et défendre le droit des femmes à l'accès à l'avortement dans la province (Reproductive Justice New Brunswick, 2015). La clinique a finalement pu rouvrir ses portes en 2015, mais sous la forme d'une clinique de santé sexuelle et reproductive.

Cette mobilisation pour le droit et l'accès à l'avortement dans la province a fait une forte impression, à tel point qu'il a été l'un des enjeux centraux de la campagne électorale provinciale de 2014. Lors de la campagne électorale provinciale de 2014, Brian Gallant avait promis de faciliter l'accès à l'avortement en éliminant les restrictions existantes sur l'avortement (CBC News, 2014b). De fait, lorsqu'il a été élu, son gouvernement a abrogé la partie du règlement qui exige l'obtention de deux attestations de médecins statuant que l'avortement est médicalement nécessaire. Également, l'obligation que l'intervention soit effectuée par un spécialiste a été abolie (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2014). Néanmoins, la section relative au non-remboursement d'un soin d'avortement en clinique demeure en place. Même si les récentes modifications apportées au Règlement 84-20 représentent un pas important vers un accès libre aux services d'avortement, les Néo-Brunswickoises continuent de se buter à des soins liés à l'avortement limité dans la province (McTavish, 2015).

En 2015, Santé Canada a approuvé la pilule abortive, le Mifegymiso, aussi connu sous le nom de RU-484. Il s'agit d'un médicament qui permet de mettre fin à une grossesse jusqu'à 49 jours après la conception. Depuis juillet 2017, ce médicament est offert gratuitement dans la province du Nouveau-Brunswick aux femmes ayant une carte d'assurance-maladie valide et une échographie pour confirmer l'âge gestationnel du fœtus. Bien que l'approbation du Mifegymiso représente une opportunité pour améliorer l'accessibilité de l'avortement dans la province, plusieurs rappellent que la prescription du médicament ne peut être obtenue que d'un médecin ayant complété 6 heures de formation. Cette obligation limite toujours l'accessibilité du soin de l'avortement considérant le petit nombre de médecins et pharmaciens ayant suivi cette formation (Radio-Canada, 2017a). Par ailleurs, les informations concernant la formation des professionnels de la santé pour prescrire le Mifegymiso se contredisent. Certaines affirment que cette exigence a été retirée alors que les plus récentes sources soutiennent qu'elle est toujours en place (Radio-Canada, 2017b).

Objectif de la recherche

Cette recherche qualitative met l'accent sur l'expérience des femmes qui ont recherché, planifié et vécu un avortement dans un contexte social qui présente plusieurs obstacles d'accès à l'avortement.

Elle a pour objectif général de mieux comprendre l'expérience des femmes souhaitant obtenir un avortement au Nouveau-Brunswick. Afin d'atteindre l'objectif général, cette recherche vise l'objectif spécifique suivant : documenter l'expérience

émotive et sociale ainsi que l'expérience de l'accès et de l'obtention d'un soin d'avortement au Nouveau-Brunswick.

Questions de recherche

De manière plus spécifique, la présente étude cherche à répondre aux questions suivantes :

1. Quelles sont les particularités de l'expérience des femmes de l'avortement au Nouveau-Brunswick ?
2. Comment les aspects du contexte social et politique teintent-ils l'expérience des femmes de l'avortement au Nouveau-Brunswick ?
3. Quels sont les besoins des femmes envers les soins et services d'avortement au Nouveau-Brunswick ?

Pertinence de la recherche

Les études sur l'avortement approchent davantage l'expérience de l'avortement comme un soin de santé personnel et isolé dans la vie des femmes. À ce sujet, Astbury-Ward, Parry et Carnwell (2012) soulignent que peu d'études ont examiné l'expérience des femmes dans une perspective non clinique. En effet, très peu d'études sur l'expérience de l'avortement tiennent compte du contexte social, politique, économique et culturel. Par conséquent, l'implication des conditions matérielles, économiques, sociales et politiques est peu mise en relief. Pourtant, Littman et Jacobs (2009) soulignent que l'expérience personnelle de l'avortement diffère en fonction de circonstances de vie, de

l'environnement culturel, social, économique et politique. À la lumière de ces constats, il apparaît pertinent d'examiner l'expérience de l'avortement de femmes du Nouveau-Brunswick.

On dénombre quelques études canadiennes au sujet de l'expérience de l'avortement. Cependant, les études existantes réalisées au Canada s'intéressent davantage au phénomène d'inaccessibilité et d'inégalité des soins d'avortement au pays (Cano & Foster, 2016 ; Kaposy, 2010 ; Palmer, 2006 ; Sethna & Doull, 2012 ; Weibe & Sandhu, 2008) ou au vécu des intervenantes (Langlois, 2012). Seulement quelques études ont pour objet l'expérience subjective des femmes de l'avortement en regard du contexte qui entoure l'avortement (Foster et coll., 2017 ; MacQuarrie et coll., 2014). Ainsi, très peu d'espace existe où les femmes peuvent s'exprimer sur leur expérience de l'avortement. Dans le même ordre d'idées, la question de l'avortement au Nouveau-Brunswick a intéressé quelques chercheurs. Ceux-ci ont souligné un accès inéquitable aux soins d'avortement et critiqué la réticence de la province à faciliter l'accessibilité à l'avortement (Ackerman, 2012 ; Foster et coll., 2017 ; McTavish, 2015). Bien qu'il y ait des sources scientifiques indiquant que les Néo-Brunswickoises se heurtent à des obstacles importants afin d'obtenir un service d'avortement, il existe un grand manque de recherches sur l'expérience de l'avortement des femmes dans cette province.

Cette recherche est l'une des rares visant à décrire et documenter les expériences d'avortement telles que vécues par les femmes au Nouveau-Brunswick tout au long de leur parcours vers l'obtention d'un avortement. Elle tient compte des processus psychologiques de l'avortement, mais aussi sociaux de l'expérience. Plus précisément,

elle s'intéresse aux difficultés émotionnelles vécues dans l'expérience ; aux croyances et attitudes des femmes envers l'avortement et de leurs effets sur les émotions et réactions envers l'avortement ; au soutien dans le cadre de cette expérience ; ainsi qu'aux dynamiques relationnelles qui en ressortent. De plus, cette recherche met l'accent sur la façon dont les femmes ont accédé à un soin d'avortement au Nouveau-Brunswick, plus précisément, l'obtention des informations sur le soin, les interactions avec les professionnels de la santé, ainsi que les obstacles logistiques et structurels auxquels elles ont été confrontées dans leur expérience.

Ainsi, cette recherche vise à mieux comprendre comment le contexte du Nouveau-Brunswick ainsi que les diverses formes d'inégalité sociale sous-jacentes façonnent cette expérience reproductive. Cette étude réalisée dans la province du Nouveau-Brunswick offre donc une fenêtre sur des expériences de l'avortement dans un contexte restrictif, engageant un approfondissement et élargissement des connaissances scientifiques antérieures sur l'expérience de l'avortement.

Selon l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS), la poursuite d'une justice sociale est l'une des valeurs fondamentales de la profession (2005). Plus précisément, le code de déontologie canadien des travailleuses sociales (ACTS, 2005) affirme qu'il :

encourage l'équité sociale et la juste répartition des ressources, et travaille à réduire les obstacles et à élargir la gamme de choix pour tous [...]. La travailleuse sociale s'oppose aux préjugés et à la discrimination à l'endroit de toute personne ou groupe de personnes, pour quelque raison que ce soit, et affronte particulièrement les points de vue et les actions qui catégorisent des personnes ou des groupes particuliers selon des stéréotypes. (p. 5).

Considérant cette valeur et les principes qui la sous-tendent, les travailleuses sociales sont en lieux de reconnaître que l'avortement est un enjeu critique de justice sociale et doivent favoriser l'atteinte de celle-ci. Dans le domaine du travail social, cette recherche peut approfondir les réflexions sur les réalités des femmes vivant au Nouveau-Brunswick, particulièrement celles concernant la planification familiale. Aussi, cette recherche est susceptible d'interpeller les travailleuses sociales, notamment en encourageant des actions et des interventions militant pour une plus grande accessibilité des services d'avortement et défendant le droit à l'autodétermination.

Enfin, sur le plan social, les récits des femmes peuvent fournir une meilleure sensibilisation et compréhension de l'expérience de l'avortement. Par le fait même, cette recherche peut déconstruire les mythes sur l'avortement et les femmes qui y ont recours et ainsi combattre leur stigmatisation. La recherche permettra aussi de proposer des possibilités d'actions sociales et politiques visant à améliorer les soins et service d'avortement. L'analyse des récits des femmes sur leur expérience de l'avortement pourra aider à orienter les politiques sociales, les pratiques sociales et de soins de santé ainsi que les orientations juridiques concernant l'avortement. À long terme, les résultats appuieront l'élimination des barrières à l'accès à l'avortement et l'accès réel et équitable à des soins de santé reproductifs.

Recension des écrits

Cette section fait état de la littérature concernant l'expérience de l'avortement. La méthode utilisée en vue de réaliser cette recension des écrits découle des normes généralement recommandées pour ce genre de démarche (Cooper, 2015 ; Curtis & Curtis 2011). Les moteurs de recherche suivants ont été utilisés : CINAHL, PubMed, Medline, Science Direct et Érudit, Wiley et Google Scholar. De plus, les bibliographies des articles scientifiques pertinents ont été examinées. Les mots clés utilisés dans les bases de données anglophones correspondaient à différents thèmes entourant l'expérience de l'avortement tels que : *abortion* (ex. *induced abortion, elective abortion, pregnancy termination*), *experience* (ex. *story, narrative*) et *women*. Pour la base de données francophone, Érudit, la recherche s'est conduite à partir de mots clés suivants : avortement, interruption volontaire de grossesse, expérience et femme. Ces mots clés ont été combinés de diverses façons afin d'effectuer une recherche précise correspondant à l'objectif de recherche. Une période de 15 ans a défini les paramètres de la recherche. Ainsi, les articles repérés ont pour la majorité été publiés entre 2004 et 2019.

Pour répondre à l'objectif de recherche, seules les études répondant à certains critères de sélection ont été retenues. Les études devaient s'intéresser aux dimensions de l'expérience de l'avortement et présenter une collecte de données auprès de femmes adultes ayant vécu un avortement. Seuls les résultats de recherches réalisées en Amérique du Nord, en Europe et en Océanie ont été retenus puisque ces territoires présentent des

similarités en termes de lois et de contextes sociaux et politiques entourant l'avortement. Par ailleurs, les articles scientifiques étaient recherchés et privilégiés aux recensions des écrits. Enfin, les articles concernant les avortements spontanés (fausse couche), les avortements thérapeutiques et les avortements en contexte criminalisé ont été rejetés, puisque l'intérêt de ce projet de mémoire concerne l'avortement en contexte légal ou décriminalisé.

En tout, 2121 documents ont été repérés. Les titres de chacun de ceux-ci ont été examinés. Parmi ces résultats, 1943 n'ont pas été sélectionnés puisqu'ils n'étaient pas des articles scientifiques, concernaient les territoires exclus et ne concernaient pas l'expérience de l'avortement des femmes. Ainsi, 178 articles ont été retenus pour une lecture partielle afin d'en évaluer la pertinence. À travers cette sélection, 13 étaient des doublons. Les recherches concernant les adolescents ($n = 1$) et les hommes ($n = 3$) ont été éliminées, tout comme 97 articles ne concernant pas l'expérience de l'avortement selon la perspective des femmes. Par la suite, 64 articles ont été lus dans leur intégralité. Les bibliographies des articles retenus ont été examinées, ce qui a permis d'aller chercher d'autres sources. Au terme de ce processus de recherche, un total de 33 articles ont été retenus pour leur pertinence en vue de l'élaboration d'une recension des écrits sur l'expérience des femmes de l'avortement.

La recension des écrits a permis d'identifier des thèmes majeurs concernant l'expérience de l'avortement. Ceux-ci sont présentés dans les prochaines sections. Le premier thème est celui du processus décisionnel menant à l'avortement et inclut également une section sur les raisons motivant la décision d'avortement. Le deuxième

thème concerne les impacts de l'expérience de l'avortement pour les femmes. Ce thème comprend trois sous-thèmes, soit les attitudes envers l'avortement, le bien-être psychologique et le soutien social dans le cadre de cette expérience. Le troisième thème sur les soins et services d'avortement comprend deux sous-thèmes, soit les barrières à l'accessibilité de l'avortement ainsi que les perceptions des femmes de la qualité des soins et services en contexte d'avortement. Enfin, cette recension des écrits se conclut par la présentation d'une synthèse des principaux résultats.

Processus décisionnel

Plusieurs études se sont intéressées au processus entourant la décision des femmes de mettre fin à leur grossesse. Parmi les résultats des études recensées, il est constaté que certaines femmes arrivent à prendre leur décision sans trop de difficulté et savent instantanément qu'elles désirent mettre fin à la grossesse, alors que pour d'autres, le processus décisionnel est marquant et complexe. Bien souvent, les femmes doivent prendre une décision importante ayant des implications sur leur avenir, dans une courte période de temps. Dans ce contexte, les participantes de l'étude de Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen, Nortvedt et Gjengedal (2019) ont décrit le processus décisionnel menant à l'avortement comme une responsabilité difficile et solitaire. Également, des études nord-américaines rapportent que durant le processus décisionnel une certaine proportion de femmes éprouve de l'ambivalence (Foster, Gould, Taylor, & Weitz, 2012 b ; Purcell, Cameron, Caird, Flett, Laird, Melville, & McDaid, 2014 ; Ralph, Foster, Kimport, Turok, & Roberts, 2017). Le sentiment d'ambivalence est aussi particulièrement élevé chez les

femmes recherchant un service d'avortement à un stade de grossesse avancé dans l'étude de Purcell et collaborateurs (2014), 14 femmes (N = 23) étant ambivalentes quant à la poursuite ou à la fin de la grossesse. Ces femmes ont souligné la difficulté à assumer la décision de mettre fin à leur grossesse. Selon Kjelsvik et collaborateurs (2019), l'ambivalence dans la décision d'avorter peut indiquer que les femmes ressentent des attitudes ou des sentiments contradictoires.

Quoi qu'il en soit, les femmes éprouvant de l'ambivalence cherchent à prendre des décisions autonomes tout en impliquant simultanément leurs proches et des professionnels de la santé dans le processus décisionnel. En effet, lors de leur prise de décision, la majorité des femmes en discute avec leur partenaire, leur famille et leurs amis (Margo, McCloskey, Gupte, Zurek, Bhakta, & Feinberg, 2016). Foster, Gould et Kimport (2012a) ont d'ailleurs noté que le fait d'avoir une mère ou un partenaire soutenant était associé à une plus grande confiance des femmes en leur décision de mettre fin à la grossesse. Lorsque les femmes se sentaient capables de prendre leur propre décision concernant l'avortement et avaient l'appui de leur conjoint, elles avaient un sentiment positif du processus décisionnel et percevaient des effets positifs sur leurs relations amoureuses (Kimport, Foster, & Weitz, 2011). Ainsi, les femmes doivent sentir que la décision de poursuivre ou non leur grossesse est fondamentalement la leur (Kimport et coll., 2011 ; Purcell et coll., 2014).

Enfin, de nombreuses femmes soutiennent que l'avortement est la bonne solution à une grossesse non désirée (Purcell et coll., 2014). C'est notamment le cas pour les participantes de l'étude de Stålhandske, Ekstrand et Tydén (2011), lesquelles affirmaient

en majorité que l'avortement était la bonne décision et la seule possible, même si elles trouvaient cette décision difficile à prendre.

Raisons multiples motivant le choix de l'avortement. Si des femmes appuient leur décision sur une raison en particulier, il reste néanmoins que généralement, elles attribuent à divers facteurs leur décision d'avorter (Biggs, Gould, & Foster, 2013 ; Chae, Crowell, & Sedgh, 2017 ; Margo et coll., 2016). À quelques exceptions près, peu de variations existent dans les raisons données selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes (Chae et coll., 2017). La présente section fait état des principales raisons évoquées à l'avortement et fournira une vue d'ensemble des circonstances entourant cette prise de décision.

Le moment où survient la grossesse. L'impression d'être mal outillée pour faire face à la maternité, l'âge et la maturité sont des motifs mentionnés par les femmes pour expliquer que la grossesse ne survient pas à un moment propice dans leur vie (Biggs et coll., 2013 ; Chae et coll., 2017 ; Margo et coll., 2016). À ce titre, plus du tiers (36 % ; n = 347/954) des participantes à l'étude de Biggs et collaborateurs (2013) ont affirmé ne pas être préparées à la grossesse et que celle-ci était non planifiée. Elles ont précisé que la grossesse survenait à un mauvais moment (n = 321), qu'elles étaient trop occupées et n'avaient pas assez de temps à consacrer à un enfant (n = 17) ou qu'elles étaient trop âgées pour avoir un enfant (n = 16). Le moment de la grossesse est aussi évoqué plus souvent, parmi les femmes plus jeunes, lesquelles affirment n'être pas assez matures et autonomes

pour assumer un rôle parental (Biggs et coll., 2013 ; Kirkman, Rowe, Hardiman, & Rosenthal, 2011). Enfin, d'autres femmes expriment que le non-désir d'enfant est une raison au recours à l'avortement (Margo et coll., 2016).

Des préoccupations socioéconomiques. Les préoccupations socio-économiques sont parmi les raisons les plus fréquemment citées par les femmes pour avoir recours à l'avortement (Chae, et coll., 2017 ; Kirkman et coll., 2011 ; Margo et coll., 2016). Plus précisément, les femmes soulignent des préoccupations concernant les impacts d'un enfant sur leur condition économique, leur employabilité et leur salaire (Biggs et coll., 2013 ; Margo et coll., 2016). Dans le même ordre d'idées, plusieurs femmes craignent d'ailleurs de se retrouver en situation de monoparentalité si elles poursuivent la grossesse (Biggs et coll., 2013 ; Purcell et coll., 2014). D'autres ont rapporté une préoccupation importante quant aux impacts sur le bien-être familial de la naissance d'un enfant supplémentaire, du fait de ressources monétaires limitées (Purcell et coll., 2014). Cette préoccupation était suffisamment importante pour primer le désir des femmes de la maternité, et ce, même lorsque des professionnels de la santé caractérisaient l'avortement comme étant tardif, ou lorsque l'avortement entraînait en contradiction avec les valeurs et la perception de soi des participantes (Purcell et coll., 2014). Le désir de se concentrer sur les besoins de ses enfants a été mentionné par 29 % (n = 275/954) des participantes de l'étude de Biggs et collaborateurs (2013). Parallèlement, la raison la plus fréquemment mentionnée (n = 19/28) par les femmes interrogées dans l'étude de Jones et Finer (2012) était l'incapacité d'avoir un autre enfant sans compromettre les soins donnés aux enfants

présents. À ce titre, deux tiers d'entre elles vivaient sous le seuil de la pauvreté et recevaient peu ou aucun soutien financier de leur partenaire.

Le partenaire et la relation amoureuse. Le désir d'enfant de la part du partenaire, la qualité et la durée de la relation de couple, une pauvre perception des capacités parentales du partenaire et un contexte de violence conjugale sont autant de raisons invoquées par les femmes qui choisissent l'avortement (Biggs et coll., 2013 ; Margo et coll., 2016 ; Purcell et coll., 2014). Plus précisément, une relation amoureuse instable et peu harmonieuse motivait l'avortement pour 9 % des 954 participantes à l'étude de Biggs et collaborateurs (2013). De plus, une éventuelle rupture amoureuse avec leur partenaire est un facteur considéré par les femmes puisqu'un enfant souderait le lien avec leur ex-partenaire (Purcell et coll., 2014). Ce facteur est d'autant plus important en contexte de violence conjugale, où des participantes de l'étude de Margo et collaborateurs (2016) ont souligné que de poursuivre la grossesse augmenterait leur difficulté à se séparer du partenaire et se sortir d'une dynamique de violence conjugale.

Impacts pour les femmes

Des émotions complexes et contradictoires sont normales lors de toutes décisions majeures telles que la décision de mettre fin à une grossesse. Puisque l'avortement est susceptible d'être une expérience stressante, certaines femmes auront des réactions plus fortes que d'autres (Weitz, Moore, Gordon, & Adler, 2008). Les femmes peuvent regretter

leur expérience de l'avortement, tout comme elles peuvent se sentir autonomisées à travers cette expérience et en être heureuses.

Attitudes envers l'avortement. Toute une gamme de croyances accompagne les attitudes des femmes envers l'avortement. Notamment, les participantes (N = 19) de l'étude de Gelman, Rosenfeld, Nikolajski, Freedman, Steinberg et Borrero (2017) ont mentionné entretenir certaines croyances populaires au sujet de l'avortement. Par exemple, plusieurs d'entre elles percevaient l'avortement comme une expérience peu fréquente et marginale. Également, certaines croyaient que l'avortement pouvait avoir des impacts sur leur santé reproductive et nuire à leur fertilité (Gelman et coll., 2017). Pour plusieurs participantes, l'avortement symbolisait le rejet d'une maternité, laquelle est attendue socialement et comprise comme la réponse naturelle à une grossesse (Gelman et coll., 2017). Enfin, ces auteurs ajoutent que l'avortement était fréquemment dépeint comme un acte immoral, équivalent à un meurtre. De manière contradictoire, une étude rapporte que la majorité des femmes appuient le droit à l'avortement. Elles jugent qu'elles devraient être la principale autorité à choisir, en fonction de leurs besoins et de leurs réalités, si elles désirent poursuivre ou non une grossesse (Kirkman et coll., 2011).

Pour de nombreuses femmes, l'idée d'avoir un avortement ne pose aucun problème. Cependant, les raisons pour mettre fin à une grossesse se doivent d'être valables à leurs yeux. Il semble donc que l'avortement soit une expérience légitimée en fonction des raisons et des circonstances qui la sous-tendent. En effet, plusieurs auteurs rapportent que l'acceptation sociale de l'avortement varie en fonction des circonstances qui entourent

la décision de mettre fin à la grossesse. De plus, il semble qu'une hiérarchisation des degrés d'approbation à l'avortement soit à l'œuvre (Couture, Sangster, Williamson, & Lawson, 2016; Gelman et coll., 2017; Huang, Davies, Sibley, & Osborne, 2016; Trybulski, 2008). Notamment, l'avortement est considéré comme un geste égoïste lorsqu'il est motivé par des raisons concernant les intérêts de la femme (Trybulski, 2008). Entre autres, le moment de l'avortement, en termes de semaines de grossesse complétées, était important afin de déterminer s'il était moralement acceptable (Gelman et coll., 2017). Ainsi, le recours à l'avortement à des périodes plus avancées dans la grossesse représente des circonstances problématiques et des raisons jugées invalides. Également, le recours à l'avortement à plus d'une fois au cours de sa vie était perçu par les femmes comme étant irresponsable et égoïste (Gelman et coll., 2017). Enfin, parmi les participantes de l'étude de Couture et collaborateurs (2016), les avortements sexo-sélectifs faisaient partie des expériences d'avortement les plus critiquées. À l'opposé, l'avortement peut être considéré comme un choix empreint de générosité lorsqu'il est motivé par des préoccupations concernant la responsabilité et les soins de l'enfant à naître ou déjà vivant (Halldén, Christensson, & Olsson, 2009). De plus, les avortements pour des raisons comprises comme étant hors du contrôle des femmes, dits « thérapeutiques » seraient mieux soutenus socialement que les avortements dits « volontaires » puisqu'ils évoquent une impuissance chez la femme (Huang et coll., 2016). À ce titre, les avortements à la suite d'une agression sexuelle suscitaient la plus forte acceptation sociale parmi les participantes de l'étude de Couture et collaborateurs (2016).

Bien-être psychologique. De nombreux écrits scientifiques prétendent que l'avortement a des impacts importants sur la santé mentale des femmes. Depuis quelques années, le concept du syndrome post-avortement a été développé et se définit comme un trouble de santé mentale, s'apparentant au syndrome post-traumatique, affectant les femmes ayant fait l'expérience de l'avortement (Cameron, 2010). Les remords, l'anxiété, la dépression, les pensées suicidaires, les difficultés d'attachement avec les enfants subséquents, les troubles de l'alimentation et l'abus de substances seraient des symptômes post-traumatiques de l'avortement (Dadlez & Andrew, 2009 ; Robinson, et coll., 2009, tous cités dans Côté, 2013). Toutefois, ce syndrome est loin de faire l'unanimité dans la communauté scientifique. D'autres auteurs concluent qu'il n'y a aucune preuve de conséquences négatives de l'avortement sur la santé mentale des femmes (Kornfield & Geller, 2010). Ils insistent sur le fait que le facteur de prédiction le plus important de la santé mentale des femmes à la suite d'un avortement est plutôt son état de santé mentale préalable à celui-ci (Cameron, 2010). Des sentiments permanents de tristesse, de regret et de culpabilité ne surviendraient que chez une minorité de femmes. Le plus souvent, ces sentiments seraient présents chez celles qui ressentaient une ambivalence à l'avortement, qui avaient un faible soutien social, qui désiraient la grossesse et pour qui l'avortement allait à l'encontre de leurs valeurs morales (Cameron, 2010). Certaines femmes peuvent faire l'expérience de conséquences négatives sur leur santé mentale à la suite d'un avortement. Cependant, il ne s'agit pas d'une réalité épidémique (Kornfield & Geller, 2010). Par ailleurs, selon Weitz et collaborateurs (2008), des sentiments négatifs à la suite de l'avortement ne sont pas pour autant pathologiques et n'indiquent pas nécessairement

un problème de santé mentale.

De ce fait, lorsqu'elles font l'expérience de l'avortement, certaines femmes se sentent coupables, tristes, en colère ou encore déçues d'elles-mêmes (Hoggart, Newton, & Bury, 2017 ; Kimport et coll., 2011 ; Stålhandske et coll., 2011). Certaines se blâment et affirment ne pas avoir été suffisamment responsables pour éviter une grossesse non désirée (Astbury-Ward, Parry, & Carnwell, 2012). Elles se reconnaissent une part de responsabilités et qualifient leur expérience de l'avortement de leçon (Halldén et coll., 2009). Particulièrement, les femmes ayant fait l'expérience de l'avortement plus d'une fois ont exprimé un plus fort sentiment d'échec et de responsabilisation (Hoggart et coll., 2017). Ainsi, il semble que les sentiments et pensées négatives dans l'expérience de l'avortement sont tributaires des perceptions sociales sur l'avortement et des normes sociales de genre concernant la sexualité, la féminité et la maternité.

Des sentiments positifs peuvent aussi être présents dans l'expérience de l'avortement. Dans les faits, un nombre important de femmes qui ont vécu un avortement mentionnent se sentir soulagées et avoir une meilleure estime d'elles-mêmes (Purcell et coll., 2014 ; Weitz et coll., 2008). Elles sont conscientes que leur décision de mettre fin à leur grossesse n'était pas facile, mais affirment qu'il s'agissait de la bonne solution. De plus, certaines disent se sentir plus fortes psychologiquement, plus matures et responsables. Elles reconnaissent leurs capacités à faire des choix favorisant leur propre bien-être (Halldén et coll., 2009). Ainsi, l'avortement peut entraîner des impacts psychologiques positifs lorsque la femme est libre de faire son propre choix concernant la

poursuite ou la fin de sa grossesse, tout comme lorsqu'elle perçoit du soutien dans sa décision de se faire avorter (Kornfield & Geller, 2010).

Une expérience stigmatisante. De nombreuses études se sont précisément attelées à conceptualiser cet aspect de l'expérience de l'avortement. Selon Goffman (1963 cité dans Kumar, Hessini, & Mitchel, 2009), la stigmatisation se décrit comme un « attribut qui discrédite profondément et qui change négativement l'identité d'un individu en une identité entachée et réduite » (p. 626). À partir du travail de Goffman, Kumar et collaborateurs (2009) ont proposé une définition de la stigmatisation dans le cadre précis de l'avortement. Pour ces auteurs, la stigmatisation de l'avortement se réfère à « une caractéristique négative attribuée aux femmes qui souhaitent ou mettent fin à une grossesse et qui les cantonne, de manière interne ou externe, comme étant inférieures aux idéaux de la féminité » [traduction libre] (Kumar et coll., 2009, p. 628). Cette conceptualisation est devenue une notion importante des travaux sur l'avortement puisque de nombreuses études rapportent qu'un sentiment de stigmatisation accompagne presque toutes les femmes dans leur expérience de l'avortement (Astbury-Ward et coll., 2012 ; Gelman et coll., 2017 ; Hoggart et coll., 2017 ; Kimport et coll., 2011 ; Margo et coll., 2016 ; Purcell et coll., 2014).

D'autres chercheurs ayant étudié la stigmatisation de l'avortement l'ont fait différemment, soit en fonction des différentes catégories identitaires des participantes (Bommaraju, Kavanaugh, Hou, & Bessett, 2016 ; Cowan, 2017). Ainsi, les résultats de recherche menée par Cowan (2017) démontrent que les participantes latino-américaines

étaient plus susceptibles de percevoir des réactions négatives au moment de la divulgation de leur expérience de l'avortement (Cowan, 2017). Selon l'auteure, ces résultats s'expliquent par le fait que les femmes latino-américaines ayant fait l'expérience de l'avortement perçoivent et intériorisent une plus grande stigmatisation que d'autres groupes de femmes. Dans le cadre de l'étude menée par Bommaraju et collaborateurs (2016), l'objectif était d'examiner si l'identité raciale des femmes et l'expérience de l'avortement sont associées à la stigmatisation de l'avortement et à la stigmatisation de la fausse couche, de manière indépendante et comparative. Pour Bommaraju et collaborateurs (2016), cet angle d'analyse permet de mieux contextualiser les expériences reproductives des femmes et d'explorer comment les stigmas reproductifs sont façonnés par les significations rattachées à la reproduction de différents groupes racisés (Bommaraju et coll., 2016). Les résultats de cette recherche soulèvent des différences culturelles quant aux perceptions des participantes de la stigmatisation de l'avortement et de la fausse couche. Entre autres, les femmes noires et latino-américaines percevaient une plus grande stigmatisation de la fausse couche que de l'avortement. À l'opposé, les femmes blanches percevaient une plus grande stigmatisation de l'avortement que de la fausse couche (Bommaraju et coll., 2016). Selon ces auteures, leurs résultats rendent compte d'une hiérarchisation des expériences reproductives dans laquelle les femmes racisées seraient exposées à différentes significations, discours et valeurs sur la grossesse et la maternité que les femmes blanches (Bommaraju et coll., 2016). Bommaraju et collaborateurs (2016) expliquent que dans un contexte où les femmes blanches doivent incarner les rôles traditionnels de genre au sein du système patriarcal, elles sont plus

susceptibles de subir de la stigmatisation lorsqu'elles refusent de se conformer à ces rôles. Puisque l'avortement représente un refus des responsabilités liées à la féminité blanche, cet acte engendrerait une plus grande stigmatisation que toutes autres expériences reproductives. Historiquement, la reproduction des femmes racisées, particulièrement des femmes noires, a fait l'objet d'une surveillance et était considérée comme suspecte. Dans ces circonstances, une fausse couche sera rapidement examinée avec suspicion (Bommaraju et coll., 2016).

Soutien social. Compte tenu de la stigmatisation associée à l'avortement, il est pertinent d'explorer la divulgation de l'expérience et le soutien social à la suite de celui-ci. La présence de soutien social entourant le moment où a lieu l'avortement implique que l'entourage en soit informé. Ainsi, la divulgation de l'avortement après la procédure est susceptible d'avoir des implications sur le niveau de soutien social auquel les femmes auront ou non accès.

La divulgation sélective. Dans un souci de préserver leur intimité, d'adhérer aux normes sociales perçues et de se protéger de la stigmatisation sociale, des femmes sont réticentes à parler de leur avortement (Gelman et coll., 2017 ; Kumar, et coll., 2009 ; Margo et coll., 2016 ; Norris et coll., 2011). Astbury-Ward et collaborateurs (2012) ont réalisé une étude qualitative sur les perceptions de la stigmatisation de l'avortement lors de sa divulgation auprès de 17 femmes au Royaume-Uni. Les participantes de l'étude ont rapporté être incapables de discuter de leur avortement, et ce, même avec les personnes

avec qui elles entretiennent des liens étroits et avec qui elles auraient accepté de partager leur expérience. Toutes les participantes de l'étude d'Astbury-Ward et collaborateurs (2012) concevaient que l'avortement était socialement inacceptable. Selon les auteurs, cette désapprobation sociale est à la source de l'injonction que ressentent les participantes à conserver l'avortement secret. Kimport et collaborateurs (2011) observent également un constat semblable. Parmi un échantillon de 14 participantes, seulement quelques-unes ont parlé de leur avortement à des amis ou à des membres de leur famille, alors que la plupart ont gardé celui-ci secret en raison de la crainte de désapprobation. Devant l'incertitude d'avoir du soutien, certaines femmes ont choisi de ne pas divulguer leur expérience, estimant que les risques d'être confrontées à des réactions négatives étaient trop élevés. C'est aussi ce que soulève l'étude de Margo et collaborateurs (2016). Dans cette étude sur les obstacles et le soutien entourant l'expérience de l'avortement, plusieurs participantes anticipaient des réactions négatives et préféraient conserver leur expérience secrète afin de se protéger de la stigmatisation. Enfin, les résultats de l'étude de Gelman et collaborateurs (2017) soulèvent le même enjeu face à la divulgation de l'avortement. En effet, près de la moitié des participantes (n = 19) ont mentionné ne pas avoir parlé de leur avortement à certaines personnes de leur entourage dans le but précis d'éviter des commentaires, des conflits, d'être isolée socialement ou de nuire à leur réputation.

Ainsi, il semble que la stigmatisation de l'avortement a un impact sur la divulgation de cette expérience à d'autres personnes et affecte aussi les réactions et le soutien perçu par les femmes. Dans d'autres cas, la non-divulgation était motivée par la perception de soi comme étant fautive et à blâmer (Astbury-Ward et coll., 2012).

Il est possible que la divulgation d'un avortement ne conduise à aucun avantage psychologique et peut même être nuisible lorsqu'en résultent du rejet social ou des attitudes de condamnation de la part de confidents. D'ailleurs, Kimport et collaborateurs (2011) affirment que plusieurs de leurs participantes ont été confrontées à des réactions défavorables de la part des membres de la famille et d'amis. Les participantes auraient souhaité être validées dans leur décision de mettre fin à leur grossesse et que leur entourage considère qu'elles étaient en mesure de prendre la meilleure décision pour elles-mêmes. Même si le silence entourant l'avortement est une stratégie utilisée afin d'éviter certains commentaires et attitudes, celui-ci est susceptible de renforcer l'intériorisation des stigmates qui y sont associés (Kimport et coll., 2011) et de contribuer au sentiment de solitude et d'isolement des femmes (Astbury-Ward et coll., 2012).

Un soutien émotionnel. Le soutien social lors de l'avortement, comme dans toute expérience significative, peut favoriser le processus d'adaptation. En effet, les femmes nomment le besoin de se sentir comprises, d'être encouragées à se faire confiance et d'être appuyées dans leur décision (Halldén et coll., 2009). De leur côté, Halldén et collaborateurs (2009) notent que les femmes sont sensibles à l'approbation de leurs parents, de leur partenaire et du personnel de la santé tout au long de l'expérience de l'avortement. Elles recherchent et apprécient particulièrement l'approbation de leur mère. Alors que le soutien reçu de la part de leur mère et de leurs amis est décrit de façon positive par certaines femmes (Foster et coll., 2012a), d'autres mentionnent plutôt qu'elles n'ont pas reçu de soutien de la part de la famille et de leurs amis suite à la divulgation (Kimport

et coll., 2011). La perception du soutien social reçu revêt une importance significative pour les femmes. En effet, cette perception jouerait un rôle important dans leur bien-être émotionnel, indépendamment du fait qu'elles soient appuyées ou non dans leur décision de mettre fin à la grossesse (Kimport et coll., 2011).

Regard sur les soins et services d'avortement

L'avortement est un service essentiel et urgent pour les femmes qui choisissent de mettre fin à leur grossesse. Conséquemment, l'accès et la qualité aux soins d'avortement sont fort importants dans l'expérience des femmes de l'avortement. La recension des écrits a permis de dresser un portrait général de l'accessibilité à l'avortement et de rendre compte de la perception des femmes de la qualité de ce soin.

Barrières persistantes. Bien que l'avortement soit permis dans divers contextes nationaux selon les études recensées, son accessibilité n'est pas pour autant garantie et facilitée. Malgré la diversité des contextes, trois principales barrières d'accès à l'avortement semblent se dessiner parmi les écrits recensés.

Une première barrière est celle de la disponibilité limitée et de la disparité des points de service d'avortement. Ces contextes représentent une barrière importante puisqu'ils contraignent les femmes à voyager, parfois de longues distances, pour accéder à un service d'avortement. Ce voyage nécessite souvent d'organiser un séjour d'une nuit près du lieu où aura lieu l'avortement en plus d'assumer les autres coûts associés à ce voyage (Shankar, Black, Goldstone, Hussainy, Mazza, Petersen, Lucke, & Taft, 2017). À

ce titre, Sethna et Doull (2013) ont cartographié et analysé les déplacements des femmes canadiennes pour accéder à un soin d'avortement. Les auteurs ont constaté que près d'un tiers des femmes (29-36 %) de l'Alberta, du Manitoba et de la Colombie-Britannique se rendant à une clinique d'avortement avaient voyagé plus de 100 km, alors que 73 % des participantes du Nouveau-Brunswick avaient dû franchir cette distance. L'étude réalisée par Purcell et collaborateurs (2014) décrit bien les effets de cette difficulté d'accès. Parmi les femmes écossaises à la recherche d'un avortement à plus de 16 semaines de grossesse, une préoccupation majeure était d'éviter de devoir se rendre en Angleterre pour leur avortement. Ce déplacement nécessitait d'organiser le voyage et de s'absenter du travail. Également, devoir se déplacer pour accéder à un service d'avortement peut contraindre au dévoilement de la situation à d'autres personnes : employeur, famille, amis, conjoint, etc. (Purcell et coll., 2014). Ainsi, la disponibilité limitée ainsi que la disparité des points de service d'avortement occasionnent une organisation complexe de l'avortement et nécessitent une mobilisation de ressources considérables.

Une deuxième barrière d'accès à l'avortement est celle des délais rencontrés, et parfois imposés, avant la procédure. Parmi les études recensées, il semble que, pour les femmes, il est important d'avoir accès rapidement et facilement à la procédure (Purcell et coll., 2014 ; Wiebe & Sandhu, 2008). La difficulté à obtenir un rendez-vous rapidement est fréquemment décriée. De surcroît, des milieux et des professionnels de la santé contraignent parfois les femmes à des délais supplémentaires (Cano & Foster, 2016 ; Foster et coll., 2017 ; Purcell et collaborateurs, 2014). Par exemple, des femmes doivent se présenter à de multiples rencontres afin de confirmer la grossesse (Cano & Foster,

2016). Ces rencontres de consultation offertes avant la procédure de l'avortement sont appréhendées avec méfiance et sont parfois perçues comme étant inutiles et intrusives. Cette méfiance reflète l'appréhension des femmes d'une désapprobation ou d'une remise en question de leur décision de la part des professionnels de la santé (Purcell et coll., 2014). Cette appréhension est justifiée puisque dans certains cas les femmes sont invitées à réfléchir davantage afin de confirmer leur décision avant de revenir subir la procédure quelques jours plus tard (Purcell et coll., 2014). Pourtant, plusieurs études rapportent que la plupart des femmes prennent la décision définitive de mettre fin à leur grossesse avant même de consulter un professionnel de la santé. Ainsi, lorsque les femmes établissent un premier contact avec un service de santé, elles préfèrent ne pas discuter de leur décision et recherchent auprès des professionnels de la santé des informations et une orientation rapide vers le service d'avortement (Roberts, Belusa, Turok, Combellick, & Ralph, 2017). La majorité a affirmé qu'une consultation avec un professionnel de la santé avait augmenté leur certitude en la pertinence de recourir à un avortement. Selon les auteurs, être bien informées sur l'avortement, avoir des interactions positives avec les professionnels de la santé et percevoir un environnement médical sécuritaire contribuent à affirmer la certitude des femmes à recourir à un avortement. Les participantes qui doutaient de leur décision à la suite de la consultation étaient déjà incertaines avant même de prendre contact avec un service d'avortement (Roberts et coll., 2017).

Dans le même ordre d'idées, certains professionnels de la santé refusent de donner des informations sur l'avortement et de recommander un service d'avortement en raison de leurs principes moraux ou religieux (Cano & Foster, 2016). Ceci crée des retards

importants dans la planification de l'avortement, en plus d'alourdir la démarche pour accéder à un soin d'avortement et de compromettre la santé et le bien-être des femmes.

Une autre barrière importante à l'accessibilité de l'avortement est celle des coûts à payer afin d'obtenir ce soin. Tout d'abord, certaines femmes sont contraintes à payer elles-mêmes la procédure de l'avortement puisqu'elle n'est pas couverte par une assurance maladie (Foster et coll., 2017 ; Margo et coll., 2016 ; Shankar et coll., 2017). En effet, parmi les participantes d'une étude sur l'accessibilité de l'avortement au Nouveau-Brunswick, seulement la moitié des participantes (n = 18) ont pu obtenir un remboursement pour la procédure de l'avortement (Foster et coll., 2017). Même lorsque l'avortement bénéficie d'une couverture par une assurance maladie, les femmes doivent souvent assumer des coûts indirects à l'avortement, soit les coûts associés aux déplacements, à l'hébergement, à la nourriture, aux services de garde ou encore à la perte de salaire (Foster et coll., 2017). Plusieurs études rapportent que la majorité des femmes éprouvent des difficultés à obtenir les fonds nécessaires pour payer la procédure de l'avortement et assumer les coûts indirects à ce soin (Foster et coll., 2017 ; Margo et coll., 2016 ; Purcell et coll., 2014). Margo et collaborateurs (2016) décrivent bien les impacts économiques de cette barrière à l'accessibilité de l'avortement. Entre autres, afin d'accéder à un service d'avortement, la majorité des femmes interrogées ont dû ajuster considérablement leur budget. Elles ont affirmé qu'elles ont dû se priver de certaines dépenses et omettre de payer des factures (Margo et coll., 2016). De plus, pour certaines, le coût de l'avortement absorbait la totalité de leur paie, faisant en sorte qu'elles devaient vivre à court d'argent durant quelques semaines. Devant l'incapacité à payer les coûts

engendrés par l'avortement, quelques participantes ont dû demander de l'aide financière de leur entourage. Elles ont exprimé une frustration et de l'embarras par rapport à cette situation, laquelle les contraignait aussi à divulguer leur avortement. Certaines d'entre elles craignaient qu'en demandant de l'aide, elles soient perçues comme étant irresponsables (Margo et coll., 2016).

Finalement, MacQuarrie et collaborateurs (2014) ont réalisé une étude sur les impacts des politiques concernant les services d'avortement dans la province de l'Île-du-Prince-Édouard. Ces auteurs ont démontré comment un accès limité à l'avortement coexiste avec des pratiques à risque et entraîne de graves conséquences pour la santé des femmes. Toutes les femmes (N = 45) ayant participé à cette recherche ont mentionné avoir rencontré des obstacles en tentant d'accéder à un service d'avortement. La majorité a trouvé cette expérience d'accès complexe et punitive. Plus encore, certaines des participantes de cette étude n'ont pas réussi à accéder à un service d'avortement et ont dû poursuivre leur grossesse malgré leur décision d'y mettre fin. Quelques participantes ont elles-mêmes mis fin à leur grossesse.

En somme, les multiples barrières d'accès entourant l'avortement agissent de manière à complexifier le processus pour obtenir ce soin, soit en affectant la rapidité, la disponibilité ou l'accessibilité de l'avortement. De plus, ces obstacles à l'avortement ont comme effet de décourager les femmes d'avoir un avortement (Jerman, Frohwirth, Kavanaugh, & Blades, 2017). Les barrières rencontrées par les femmes désirant obtenir un avortement contribuent à leur sentiment de stigmatisation et de discrimination (Purcell

et coll., 2014). Les femmes qui décident de mettre fin à leur grossesse perçoivent ainsi un jugement implicite (Kirkman et coll., 2011 ; Purcell et coll., 2014).

Expériences inégales. Les services et soins en contexte d'avortement sont perçus comme étant rationnels et neutres. Au-delà de la procédure même de l'avortement, il ne faudrait pas négliger les interactions humaines et les soins apportés par les professionnels de la santé qui construisent ce soin. Selon une étude, les services et soins en contexte d'avortement semblent plus axés sur le bien-être physique des femmes, plutôt que sur leur bien-être psychologique et social (Stålhandske et coll., 2011). Les questions émotionnelles, voire existentielles, entourant l'avortement sont très peu abordées par les professionnels œuvrant en contexte d'avortement (Astbury-Ward et coll., 2012 ; Stålhandske et coll., 2011). Certaines femmes soulignent une distanciation à l'égard de leur expérience. Entre autres, les participantes de l'étude de Stålhandske et collaborateurs (2011) ont affirmé une absence de réactions émotionnelles chez les professionnels de la santé avant, pendant ou après l'avortement. Elles ont senti que les intervenants tentaient d'éviter d'aborder tout aspect existentiel lié à l'expérience, une attitude perçue comme étant en dissonance avec leur expérience de l'avortement empreinte d'émotions (Stålhandske et coll., 2011). Certaines dénoncent également des attitudes discriminatoires et dégradantes à leur égard (Astbury-Ward et coll., 2012 ; Stålhandske et coll., 2011).

Néanmoins, certaines femmes décrivent des expériences positives des services et soins en contexte d'avortement. Purcell et collaborateurs (2014) ajoutent que l'ensemble des participantes de leur étude a qualifié les services et soins en contexte d'avortement

comme étant réceptif à leurs besoins et à leur situation. Les participantes ont apprécié les attitudes réconfortantes, rassurantes ainsi que la présence des professionnels de la santé (Purcell et coll., 2014). Les participantes de l'étude de Margo et collaborateurs (2016) ont aussi décrit le personnel de la clinique d'avortement comme étant attentif à leurs besoins et empreint de considération. Dans le même ordre d'idées, l'ensemble des participantes de l'étude de Kirkman et ses collaborateurs (2011) était reconnaissant du soutien offert par les professionnels en contexte d'avortement. De ce fait, une attitude bienveillante de la part des professionnels de la santé est susceptible d'offrir un espace pour la réflexion et le dialogue aux femmes plutôt que celui disponible dans leur réseau social, qui parfois, impose des normes et fait pression pour influencer la décision des femmes (Kjelsvik et coll., 2019).

Synthèse des principaux résultats

Les études répertoriées sur l'expérience de l'avortement sont majoritairement qualitatives et se situent dans cinq pays principaux, soit la Suède (Halldén et coll., 2009 ; Stålhandske et coll., 2011), la Norvège (Kjelsvik et coll., 2019), le Royaume-Uni (Astbury-Ward et coll., 2012 ; Kirkman et coll., 2011 ; Kumar et coll., 2009 ; Purcell et coll., 2014), le Canada (Cano & Foster, 2016 ; Foster et coll., 2017 ; MacQuarrie et coll., 2014 ; Sethna & Doull, 2013) et les États-Unis (Biggs et coll., 2013 ; Kimport et coll., 2011 ; Kornfield & Geller, 2010 ; Norris et coll., 2011 ; Trybulski, 2008 ; Weitz et coll., 2008). Dans l'ensemble, ces études s'intéressent aux divers processus psychologiques impliqués comme le processus décisionnel, les réponses cognitives et émotionnelles

durant l'expérience et les répercussions de l'avortement sur la santé mentale des femmes. À la lumière des différents thèmes recensés, il apparaît que l'expérience de l'avortement est complexe et se vit tant sur le plan individuel que sur le plan social. L'expérience que font les femmes de l'avortement n'est certainement pas universelle et des femmes de différentes classes socioéconomiques, de différentes origines ethniques ou qui habitent différentes régions du monde ont des expériences variées et uniques.

Les femmes prennent au sérieux la survenue d'une grossesse non planifiée et y accordent les réflexions nécessaires afin de prendre une décision qui leur semble intègre et juste. Certaines traversent des périodes de doutes et d'incertitude, alors que d'autres femmes arrivent rapidement à faire un choix, sans trop de difficultés. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à faire naître et maintenir un sentiment d'ambivalence, soit, par exemple, les significations associées à une grossesse tardive, l'âge des femmes, la situation familiale, amoureuse et la présence de soutien. Quoiqu'il en soit, la majorité des femmes faisant l'expérience de l'avortement arrive à faire un choix qui leur correspond et avec lequel elles sont satisfaites. Sur le plan théorique, l'intérêt pour la manière dont les femmes prennent la décision de mettre fin à la grossesse n'est pas récent et de nombreuses études portent sur le processus décisionnel menant à l'avortement. Cependant, les études sur cet aspect de l'expérience de l'avortement peuvent transmettre des préoccupations sexistes qui supposent que les femmes ne réfléchissent pas pleinement à leur décision, qu'elles sont incapables de prendre des décisions qui les concernent ou encore, que les raisons derrière l'avortement doivent être approuvées (Robert et coll., 2017 ; Grzanka & Frantell, 2017). Cela dit, lorsque ces études sont réalisées dans l'optique de rendre compte

des contextes et des conditions matérielles dans lesquelles les femmes prennent des décisions sur leur santé reproductive afin d'informer les conditions de vie et les rapports sociaux, elles apparaissent pertinentes et essentielles. Ainsi, de plus amples études sur la décision de l'avortement mettant en relief les facteurs sociaux, économiques, politiques, relationnels et institutionnels impliqués dans cette décision sont nécessaires. Elles permettraient de mieux refléter les inégalités et les injustices dans la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Dans le même ordre d'idées, diverses études ont examiné les attitudes des femmes envers leur expérience de l'avortement. Les femmes constatent que l'avortement est toujours socialement contesté. Cependant, elles affirment haut et fort qu'il s'agit pour elles d'un droit acquis nécessaire. Ainsi la majorité des femmes se disent plutôt en faveur à l'accès à l'avortement et se perçoivent les mieux placées pour choisir de mettre fin à une grossesse. Toutefois, les résultats de certaines recherches suggèrent que les opinions sur l'avortement sont complexes et contextuelles. De plus, elles soulèvent une précision importante en ce qui a trait aux attitudes et croyances envers l'avortement. Plus précisément, les opinions sur l'avortement divergent des positions strictement pro-choix ou anti-choix. Ainsi, s'affirmer pro-choix ou anti-choix ne détermine en rien les croyances et attitudes envers l'avortement. D'un côté comme de l'autre, les femmes ont hiérarchisé de nombreuses circonstances dans lesquelles elles croyaient que l'avortement était socialement plus acceptable et elles ont identifié des circonstances pour lesquelles l'accès devrait être limité.

Au terme de cette recension, il est possible de parler d'un intérêt toujours présent pour les effets négatifs de l'avortement sur la santé mentale des femmes. Cet intérêt se mobilise surtout autour du syndrome post-avortement. Or, ce syndrome est contesté par la communauté scientifique où plusieurs chercheurs ont démontré qu'il n'y a aucune preuve de conséquences négatives de l'avortement sur la santé mentale des femmes. Certes, des sentiments de tristesse, de regret et de culpabilité peuvent survenir à la suite d'un avortement. Cependant, ils ne sont pas nécessairement pathologiques et ne constituent pas en soi un problème de santé mentale. Dans les faits, la majorité des femmes souligne que leur décision de mettre fin à la grossesse était la bonne. Elles se sentent soulagées, heureuses et en contrôle de leur vie à la suite de leur avortement.

Malgré un bien-être et des sentiments positifs envers l'avortement, les femmes sont réticentes à discuter de leur expérience. Plus précisément, elles craignent les réactions négatives et la désapprobation des autres. Cela les encourage à garder le silence sur leur expérience, de sorte qu'un mutisme collectif sur l'avortement est perpétué. La stigmatisation de l'avortement, peut expliquer une multitude d'aspects négatifs de l'expérience de l'avortement. Notamment, pourquoi est-il toujours difficile de décider de mettre fin à une grossesse et pourquoi de nombreuses femmes veulent-elles dissimuler cet événement reproductif? Cependant, les recherches sur ce concept semblent présumer une uniformité de l'expérience de la stigmatisation entourant l'avortement. De ce fait, des travaux sur ce concept restent nécessaires, mais auraient avantage à adopter une analyse intersectionnelle des expériences reproductives telles que l'avortement.

Enfin, un regard sur les soins et services d'avortement permet de constater que l'accessibilité à l'avortement est devenue difficile en raison de plusieurs barrières érigées. Trois barrières sont principalement dénoncées, soit les délais rencontrés dans la prise d'un rendez-vous pour un avortement, la disponibilité limitée et la disparité des points de services et les coûts associés à l'avortement. La capacité d'obtenir un avortement ne devrait pas dépendre des ressources financières matérielles des femmes ni de l'endroit où elles vivent. Cependant, la facilité d'accès ou même la capacité d'obtenir un avortement est plus que jamais affectée par les conditions de vie des femmes. Les femmes en situation de vulnérabilité psychologique, économique et sociale ou encore les femmes vivant en région rurale et éloignée des grands centres sont particulièrement happées par les barrières d'accès à l'avortement. Les barrières sont perçues comme étant inutiles et punitives et réaffirment la stigmatisation du choix des femmes à mettre fin à une grossesse. Les barrières d'accès à l'avortement sont susceptibles d'avoir des effets psychologiques et sociaux qui mériteraient d'être davantage explorés empiriquement.

Cadres théoriques

Les valeurs, les normes sociales ainsi que les législations et les institutions ont contrôlé durant des siècles la sexualité et la reproduction des femmes. La question de l'avortement, particulièrement, a fait l'objet de contrôle social et de longues luttes féministes partout dans le monde en vue d'acquiescer et de défendre la liberté et l'autonomie reproductive des femmes. En tenant compte de cette historicité et de la contribution du mouvement féministe dans la sphère des droits reproductifs, un cadre théorique féministe guide ce processus de recherche. Plus précisément, cette étude s'appuie sur le cadre théorique du féminisme intersectionnel et de la justice reproductive lesquelles sont présentées et décrites dans ce chapitre.

Féminisme intersectionnel

L'intersectionnalité est un outil théorique et pratique au cœur du mouvement féministe qui permet de mieux comprendre les discriminations et la diversité des expériences des femmes. Puisque les expériences reproductives se vivent de manières très différentes, en fonction de la race, de la classe, du genre, de l'âge, de l'identité et de l'orientation sexuelle et du capacitisme, cette recherche s'appuie sur un cadre théorique féministe intersectionnel (Bommaraju et coll., 2016 ; Ross, 2011).

Contexte d'émergence. La théorie féministe intersectionnelle est largement associée au féminisme tel que porté par les femmes noires américaines. Cette théorie apparaît durant la deuxième vague du mouvement féministe. À cette époque, le mouvement féministe est critiqué pour être principalement le reflet des préoccupations formulées par les femmes blanches principalement issues de la bourgeoisie et du coup, de ne pas être représentatif du vécu des femmes états-uniennes noires et racisées (Bilge, 2010 ; hooks, 1981). Pour les féministes noires américaines, il est illusoire de comprendre la nature des oppressions qu'elles subissent en analysant le sexe et la race comme étant deux enjeux différents puisque ce faisant, l'identité racisée de nombreuses femmes est minimisée de même que les conséquences de l'esclavage et du colonialisme sont ignorées (Yuval-Davis, 2011). Les féministes racisées vont insister sur les différences entre les femmes et affirmer que les oppressions de classe, de race et de sexe doivent être pensées ensemble et non pas de manières compartimentées et hiérarchisées (Harper, 2012). Ainsi, la théorie intersectionnelle émerge en réponse à l'insuffisance des théories existantes à rendre compte du phénomène de l'oppression multiple (Bilge, 2010).

Kimberly W. Crenshaw, bell hooks et Patricia Hill Collins sont les intellectuelles féministes qui ont largement contribué à la théorisation de l'intersectionnalité. Le terme « intersectionnalité » a été introduit pour la première fois par la juriste féministe noire états-unienne, Kimberly W. Crenshaw. Crenshaw visait alors à préciser « les différentes manières dont la race et le genre interagissent dans la construction des aspects structurels, politiques et représentationnels de la violence envers les femmes » (Crenshaw, 1991 citée dans Harper, 2012, p. 5). Abondant dans le même sens dans son ouvrage fondateur *Ain't*

I a Woman, hooks parle d'interconnexion entre les oppressions de sexe, de race et de classe (Ferrarese, 2012). Selon elle, les rapports sociaux de sexe, de race et de classe ne sont pas des catégories préexistantes et s'influencent mutuellement (Ferrarese, 2012). Collins (2002), quant à elle, définit l'intersectionnalité comme : « une façon particulière de comprendre le positionnement social en termes de systèmes d'oppression créant des caractéristiques d'organisation sociale qui s'entrecroisent et qui façonnent les expériences des femmes. » [Traduction libre] (p.299).

À travers la théorie féministe intersectionnelle, Collins (2002) a cherché à comprendre de quelle façon l'intersectionnalité crée différentes réalités et inégalités sociales, et les effets de celles-ci sur le changement social (Harper, 2012). Pour Collins (2002), l'intersectionnalité des oppressions se met à l'œuvre à l'intérieur d'une matrice de domination, c'est-à-dire une organisation sociale où les oppressions et leurs intersections naissent, se développent et s'organisent. Ces systèmes d'oppression interagissent et opèrent à travers quatre domaines de pouvoir interreliés, soit le structurel, le disciplinaire, l'hégémonique et l'interpersonnel (Collins, 2002).

Le domaine du pouvoir structurel fait référence aux lois, aux politiques, à la religion et à l'économie. C'est dans ce domaine que s'organisent les oppressions. Plus précisément, il concerne la façon dont les systèmes et les institutions travaillent de concert afin de maintenir les inégalités et ainsi exclure les populations marginalisées à travers des politiques et des procédures institutionnelles qui les désavantagent. Le domaine structurel, à l'intérieur duquel les institutions sociales restreignent l'accessibilité des soins d'avortement, témoigne des politiques sociales conçues pour priver les femmes du droit à

l'avortement ou encore, de l'accès aux services pour ce soin. Ainsi, une partie importante de la lutte des femmes est menée pour dénoncer et éliminer les restrictions à l'avortement. Cette lutte est importante puisque les restrictions à l'avortement sont soutenues par des idéologies dominantes et des représentations stéréotypées sur les femmes qui s'articulent dans le domaine hégémonique, lequel vient justifier leur oppression (Collins, 2002).

Ensuite, le domaine du pouvoir disciplinaire gère les oppressions. Il y arrive par le contrôle, la bureaucratie et la surveillance. Cela ne se manifeste pas par des politiques sociales explicitement racistes ou sexistes, mais s'observe surtout à travers les façons dont sont gérées les organisations (Foucault, 1979 cité dans Collins, 2002). Par conséquent, les rapports de pouvoir se trouvent dissimulés à travers des idéologies d'efficacité, de rationalité et de traitement équitable (Harper, 2012). Collins (2002), précise que ce domaine du pouvoir a pris de l'ampleur avec la croissance importante de la bureaucratie dans les modes d'organisation sociale. Par exemple, les diverses contraintes imposées au soin d'avortement par les milieux hospitaliers et le système de santé sous des prétextes d'efficacité, de rationalité et de traitement équitable permettent une surveillance et un contrôle des femmes et de leur corps.

Le troisième domaine de pouvoir est le domaine hégémonique. Ce domaine fait le pont entre le domaine structurel, le domaine disciplinaire et le domaine interpersonnel. Il a aussi pour rôle de justifier les oppressions. Collins (2002) mentionne que, pour maintenir leur pouvoir, les groupes dominants créent et maintiennent une logique de bon sens qui soutient leur domination. Ces idéologies dominantes sont, entre autres, diffusées dans les milieux scolaires, les institutions religieuses, les médias, mais aussi à travers des pratiques

d'interventions, des discours et des débats. Le domaine du pouvoir hégémonique œuvre donc particulièrement à travers le langage, les images auxquelles la société répond, les valeurs et les idées entretenues. Enfin, pour pouvoir fonctionner, le domaine hégémonique doit avoir l'appui de groupes subordonnés. Pour y arriver, ce domaine façonne la conscience des individus par la manipulation des idéologies, des symboles, et de la culture. Dans ce contexte, certaines caractéristiques rattachées aux femmes sont utilisées pour justifier l'oppression, pensons notamment aux stéréotypes négatifs acculés aux femmes ayant recours à l'avortement (ex. forte sexualité, irresponsabilité, égoïsme, détestant les enfants, etc.). Ceux-ci ont été fondamentaux dans l'oppression des femmes.

Enfin, le domaine du pouvoir interpersonnel se traduit par les relations interpersonnelles et les différentes interactions qui composent le quotidien. Ce domaine influence les expériences de vie quotidienne et la conscience des individus (Collins, 2002). Il implique les pratiques et attitudes discriminatoires ainsi que les relations interpersonnelles subordonnantes. Dû à leur caractère routinier, récurrent et familier, ces discriminations passent souvent inaperçues et sont non identifiées (Collins, 2002). Par exemple, lorsque les femmes obtenant un avortement croient qu'elles sont à blâmer pour la survenue d'une grossesse non planifiée et que leur décision d'y mettre fin est immorale, elles risquent de se cacher et d'être réticentes à en parler parce qu'elles estiment qu'elles ont fait quelque chose de mal.

En terminant, Collins (2002) nous montre qu'il ne faut pas uniquement s'attarder au domaine du pouvoir structurel, à travers lequel les institutions nient les droits, sans se préoccuper de la manière dont les idées dominantes sont avancées dans le domaine

hégémonique pour justifier le traitement des groupes minorisés. Cela négligera toute la complexité des relations de pouvoirs. De même, il ne faut pas non plus mettre l'accent sur la surveillance et les techniques de contrôle associées au domaine disciplinaire sans reconnaître leurs effets sur les relations interpersonnelles, puisque cela limiterait aussi la compréhension du pouvoir. Ceci en raison du fait que les domaines du pouvoir structurel, disciplinaire, hégémonique et interpersonnel sont interreliés et œuvrent ensemble pour produire des modèles de dominations particuliers.

Ainsi donc, la domination englobe les domaines de pouvoir structurels, disciplinaires, hégémoniques et interpersonnels. Ces domaines constituent des sites spécifiques où les oppressions de la race, de la classe sociale, du genre et de la sexualité se construisent mutuellement (Collins, 2002). La matrice de domination de Collins (2002) est une conceptualisation qui permet de rendre compte de l'universalité de l'intersectionnalité des oppressions et d'articuler les multiples expériences genrées, racisées, classistes et sexualisées des femmes (Veenstra, 2011). Au cours des dernières années, l'intersectionnalité est devenue une perspective prédominante dans les théories féministes pour analyser les multiples formes d'oppressions, de discriminations et contrer la hiérarchie, l'hégémonie et l'exclusivité des différentes catégories identitaires (Carastathis, 2014 ; Nash, 2008). La théorie féministe intersectionnelle permet donc d'élargir les luttes féministes et de mieux capter et analyser les discriminations que vivent les femmes. Bref, elle cherche à développer des stratégies qui sont inclusives de manière à inclure les réalités des groupes qui ont été et demeurent marginalisés et minorisés (Corbeil & Marchand, 2007).

Principaux postulats. L'intersectionnalité « renvoie à une théorie transdisciplinaire visant à appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales par une approche intégrée. » (Bilge, 2010. p. 47). En tant qu'outil et praxis féministe, la théorie intersectionnelle répond à deux principaux objectifs. D'abord elle cherche à considérer les impacts des différents systèmes d'oppressions et prendre en compte les multiples expériences du vécu de l'oppression des femmes. Ensuite, elle vise à démanteler les systèmes d'oppressions en développant une meilleure compréhension des mécanismes qui produisent et qui maintiennent les inégalités (Bilge, 2010).

L'intersectionnalité s'appuie sur quelques postulats de base. D'abord, les catégories identitaires de race, de classe et de genre ont longtemps été définies comme les principaux marqueurs d'oppression. Or, la perspective féministe intersectionnelle propose de dépasser cette trilogie habituelle de sexe, classe et race pour penser d'autres identités comme l'ethnicité, l'âge, les handicaps, l'orientation sexuelle, etc. (Bilge, 2010 ; Corbeil & Marchand, 2007 ; Thornton & Kohlman, 2012).

Également, les systèmes d'oppressions (patriarcat, hétérosexisme, cisgenre, racisme, colonialisme, capitalisme, etc.) et les identités correspondantes (de sexe, de genre, de race, d'origine ethnique, d'orientation sexuelle, de classe, mais aussi, de capacité, d'âge et de religion) s'entrecroisent et s'imbriquent de manière à se renforcer et exacerber les discriminations (Champeau & Shaw, 2003). Très souvent, les effets croisés entre les catégories identitaires sont réfléchis de manière additive, c'est-à-dire que l'addition de chacune des catégories identitaires aggrave l'oppression. Cette logique additive a aussi pour effet de hiérarchiser les catégories identitaires et de les cloisonner.

Selon une perspective intersectionnelle, les oppressions sont conçues comme étant multiples et inséparables et elles ne peuvent être comprises ni améliorées en traitant les dimensions identitaires comme des catégories distinctes (Carastathis, 2014). Toutefois, les discriminations vécues peuvent varier et ne sont jamais fixes d'un individu à l'autre. Elles varient selon le lieu, le temps, l'histoire, les contextes sociaux, politiques, culturels et selon les interactions entre les systèmes d'oppressions à l'œuvre. Il est donc possible que certaines catégories identitaires ne soient pas visibles ou importantes dans l'autodéfinition d'un individu. Cependant, elles ne sont pas pour le moins importantes dans la structuration et le maintien des structures de pouvoir. Par exemple, une femme peut vivre les effets croisés du colonialisme, du racisme et du patriarcat, mais ressentir plus fortement les effets du système racial sur son autodétermination que celui du patriarcat (Vennstra, 2011).

Enfin, pour plusieurs auteures, dont Bilge (2009), l'intersectionnalité implique une analyse à deux niveaux qui permet de se pencher sur des questions tant microsociologiques que macrosociologiques. Au premier niveau, l'imbrication des catégories sociales et des diverses sources d'oppressions et de privilège est considérée afin de comprendre les effets des structures d'inégalité sur la vie des individus et « les manières dont ces croisements produisent des configurations uniques » (Bilge, 2009, p. 73). Au niveau macro-social, l'analyse intersectionnelle interroge les manières dont les systèmes de pouvoir produisent et maintiennent les inégalités (Bilge, 2009).

Pertinence. Le cadre théorique de l'intersectionnalité s'avère pertinent en regard de cette recherche. Les femmes représentent un groupe social non homogène et chacune d'elle possède des identités qui s'entrecroisent et s'imbriquent. Ces effets créent des réalités et des inégalités différentes dans tous les aspects de la vie des femmes, voire dans leur expérience de l'avortement (Ross, 2011).

En effet, l'histoire nous rappelle comment la reproduction de certains groupes de femmes a été valorisée différemment en raison de leurs identités (Bommaraju et coll., 2016 ; Ross, 2011). Par exemple, les femmes pauvres et racisées ont historiquement été, et continuent d'être, la cible de politiques voulant contrôler, surveiller et freiner leur fertilité. Alors que les femmes blanches de classe moyenne vivant plusieurs grossesses non désirées avaient recours à des avortements clandestins puisqu'elles étaient la cible de politiques et de normes sociales encourageant leur fertilité (Bommaraju et coll., 2016 ; Ross, 2011 ; Dorlin, 2008). Cet exemple rend compte du jeu de croisement et d'imbrication du sexisme et du racisme.

Finalement, les diverses barrières entourant l'accès à l'avortement au Canada affectent davantage les femmes en situation de vulnérabilité et de marginalité, par exemple, les femmes qui vivent en situation de pauvreté, les femmes racisées, les femmes autochtones, les femmes en situation d'immigration et celles qui ne parlent pas l'anglais et le français (Shaw, 2013). Ainsi, la capacité des femmes à se déterminer dans leurs choix reproductifs n'est pas une simple question de choix individuel, mais est soumise à un ensemble de conditions sociales, culturelles, économiques et politiques (Ross, 2011). Une perspective féministe intersectionnelle permettra donc d'examiner les différentes

intersections d'oppression au sein des domaines de pouvoir, de même que les rapports de domination à l'œuvre dans la création des inégalités dans l'expérience de l'avortement chez les femmes du Nouveau-Brunswick.

Justice reproductive

La justice reproductive se définit comme :

« une approche positive liant la sexualité, la santé et les droits de la personne aux mouvements de justice sociale en positionnant l'avortement et les enjeux de santé reproductifs dans un contexte plus large de bien-être et de santé des femmes, des familles et des communautés puisqu'elle intègre les droits de la personne des groupes et individus particulièrement marginalisés » [traduction libre] (Ross, 2011, p. 2).

Le terme de « justice reproductive » est utilisé pour décrire le lien qui unit la santé reproductive et la justice sociale (Luna, 2010 citée dans Shaw, 2013).

Contexte d'émergence. La justice reproductive est un mouvement et un cadre théorique développé par des femmes et des groupes racisés au début des années 2000. Le terme a été introduit par le *SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective* lors d'une première conférence nationale en 2003 (Ross, 2011). L'avènement de ce terme a permis d'introduire une nouvelle façon de réfléchir aux enjeux liés à la reproduction qui ne se concentre pas uniquement au droit à l'avortement ou aux droits reproductifs, mais qui tient compte des relations de pouvoirs et des inégalités dans la reproduction. De ce fait, la justice reproductive reconnaît l'intersectionnalité des diverses identités (la race, la classe, l'orientation sexuelle, la capacité, la langue, la religion, le statut relationnel, l'âge

et l'origine nationale) que portent les femmes. Elle considère que l'absence de droits sexuels et reproductifs des femmes est liée au traitement de ces différentes identités (Ross, 2006). Elle s'appuie donc sur une analyse intersectionnelle des impacts des oppressions reproductives (Asian Communities for Reproductive Justice, 2005).

Principaux postulats. À l'instar du paradigme pro-choix, l'approche de justice reproductive offre une analyse critique de la notion de choix. Selon ce point de vue, la notion du choix occulte le contexte social et économique dans lequel celui-ci s'insère et ne tient pas compte des forces structurelles et systémiques qui limitent les choix des individus. La justice reproductive met l'accent sur le fait que l'autodétermination des femmes est affectée par des rapports de pouvoir inhérent aux institutions, à l'environnement, à l'économie, à la société et à la culture (Asian Communities for Reproductive Justice, 2005; Ross, 2011).

Au cœur des injustices reproductives se trouve l'oppression reproductive (Ross, 2011). L'oppression reproductive se définit comme « le contrôle et l'exploitation des femmes et des filles à travers leur corps, leur sexualité et leur reproduction, tant biologique que sociale par les familles, les communautés, les institutions et la société. » (Asian Communities for Reproductive Justice, 2005, p. 3). L'oppression reproductive est une façon sélective de contrôler la destinée de communautés entières à travers le corps des femmes et des individus (Ross, 2011). Cela s'illustre à travers de multiples situations et contextes, notamment, la stérilisation forcée ou contraignante de femmes marginalisées, la surveillance et la punition de femmes enceintes ayant des dépendances aux drogues ou

l'alcool ou encore les restrictions d'accès à la parentalité pour les communautés LGBTQ (Ross, 2011).

Trois grands principes guident la justice reproductive. Chaque femme possède le droit fondamental de (1) décider si et quand elle aura un enfant et sous quelles conditions elle donnera naissance ; (2) décider de ne pas avoir d'enfants et d'avoir des options pour prévenir ou mettre fin à une grossesse ; (3) et d'élever les enfants qu'elle a déjà dans la dignité et avec le soutien social nécessaire dans des environnements et des communautés sains et sécuritaires et sans crainte de violence interpersonnelle ou institutionnelle (Ross, 2011). Finalement, selon cette approche, une justice reproductive est atteinte lorsque les femmes, les filles et les individus ont le pouvoir social, économique et politique et les ressources pour prendre des décisions saines sur leur corps, leur sexualité et leur reproduction, non seulement pour elles, mais également pour leur famille et leurs communautés (Asian Communities for Reproductive Justice, 2005).

Pertinence. Il apparaissait naturel que cette recherche fasse appel aux concepts et principes d'une approche de justice reproductive. En conjugaison à l'intersectionnalité, la justice reproductive ajoute un cadre plus précis pour traiter des enjeux de l'avortement. Enfin, les principes fondamentaux de la justice reproductive ont imprégné et guidé la vision à la base de cette recherche, de la motivation, de la conception, de l'élaboration des questions de recherche et du guide d'entrevue à l'analyse et l'interprétation finales des données.

Conclusion

L'imbrication de ces deux cadres d'analyse apparaît particulièrement féconde pour analyser notre objet de recherche. Une approche féministe générale ne nous semblait pas suffisante pour capter les expériences des femmes des divers systèmes d'oppressions et de rendre compte de leurs réalités matérielles. C'est pourquoi nous avons adopté un cadre théorique féministe intersectionnel. Ainsi, un cadre théorique féministe intersectionnel nous aidera à rendre compte de l'expérience spécifique des femmes de l'avortement au Nouveau-Brunswick. La dernière approche qui compose notre cadre théorique est celle de la justice reproductive. Celle-ci est un complément pertinent au cadre théorique puisqu'elle emploie aussi une analyse intersectionnelle des enjeux d'injustice et d'inégalités. À la différence, les concepts théoriques de la justice reproductive nous fournissent une lentille précise pour mieux cerner les rapports de pouvoirs et les oppressions dans le champ précis de la reproduction.

Méthodologie

Ce chapitre traite de la perspective de recherche qui a guidé cette étude. D'abord, la perspective de recherche adoptée est détaillée. Ensuite, un portrait des femmes qui ont participé à la recherche est dressé. Une troisième section décrit la méthode de collecte de données et le déroulement des entrevues. Par la suite, la méthode d'analyse des données est présentée. Enfin, les questions éthiques ainsi que les limites associées à cette recherche sont adressées.

Perspective de recherche

Cette recherche s'inscrit dans une perspective de recherche qualitative et féministe. La méthode qualitative se définit par « [...] La compréhension de phénomènes et cherche à décrire la nature complexe des êtres humains et la manière dont ils perçoivent leurs propres expériences à l'intérieur d'un contexte social particulier. » (Fortin, Côté, & Filion, 2006, p. 258). Cette perspective de recherche permet une plus grande exploration du phénomène à l'étude puisque les données recueillies ne sont pas délimitées par des catégories d'analyses prédéterminées (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, & Turcotte, 2000). Cela est tout à fait en lien avec cette recherche qui a exploré l'expérience de l'avortement comme un phénomène social et qui a souhaité décrire le vécu subjectif des femmes néo-brunswickoises qui y ont recours (Mayer et coll., 2000).

Une perspective de recherche féministe se déploie également en regard de la méthodologie de recherche choisie. La recherche féministe s'intéresse aux besoins ainsi qu'aux enjeux concernant les femmes opprimées par les systèmes d'inégalité de genre. Elle est motivée par des objectifs de justice et de transformations sociales, à la fois pour les femmes, mais également pour d'autres groupes de personnes opprimées (Kralik & van Loon, 2008 ; Hesse-Biber, 2011).

La recherche féministe est guidée par quelques principes de base. Tout d'abord, la recherche féministe s'ancre dans l'expérience des femmes et de leur vie quotidienne. Elle tient compte de la notion de genre et traite les expériences genrées comme une source pour développer une compréhension des croyances, de la vie en société, des institutions et des inégalités sociales (Wylie, 2007).

Ensuite, il est essentiel que la recherche féministe aille au-delà de la simple production de connaissances et qu'elle génère un engagement envers la justice et le changement social, et ce, dans l'intérêt des femmes (Kralik & van Loon, 2008). En ce sens, il s'agit non pas de produire des connaissances sur les femmes, mais bien pour les femmes. En effet, la recherche féministe veut favoriser l'émancipation et l'autonomisation des femmes et des personnes opprimées, notamment en produisant des connaissances qui peuvent être utilisées par les femmes elles-mêmes (Acker, Barry, & Esseveld, 1983 ; Armstead, 1995). De ce fait, il est important que les résultats de recherche soient largement diffusés auprès des femmes, afin que ces résultats puissent s'incorporer à leur réalité (Webb, 1993 dans Kralik & van Loon, 2008).

Également, la recherche féministe souhaite autonomiser les personnes opprimées et marginalisées auprès de qui les recherches sont conduites. Elle tient donc compte des effets de la position de la chercheuse et de celle des participantes dans le processus de recherche (Acker et coll., 1983), mais elle tient aussi compte des rapports et structures hiérarchiques présents dans la plupart des recherches conventionnelles (Wylie, 2007). Ainsi, la recherche féministe cherche à entretenir des rapports égalitaires entre les chercheuses et les personnes qui y participent (Acker et coll., 1983 ; Armstead, 1995; Kralik & van Loon, 2008 ; Wylie, 2007). Elle veille particulièrement à ne pas reproduire l'exploitation des personnes touchées par l'étude.

Parallèlement, en utilisant la théorie féministe du savoir situé, il est important pour les chercheuses de cultiver une réflexion sur leur propre positionnement vis-à-vis du processus de recherche. Plus précisément, il s'agit de tenir compte des effets de la position sociale, des expériences, des intérêts et des valeurs de la chercheuse sur le processus de recherche et sur la compréhension des données (Wylie, 2007). Ainsi, un aspect crucial a été de me soumettre à un examen réfléchi et franc de ma position sociale et de mes motivations comme chercheuse. À cet effet, je suis née à la fin des années 80 dans la province du Nouveau-Brunswick. En tant que femme jeune, cisgenre, hétérosexuelle, blanche, canadienne d'origine, instruite, de classe moyenne et en pleine capacité physique, je profite de plusieurs privilèges qui ne sont pas tous partagés par les femmes ayant obtenu un avortement avec qui j'ai discuté. Par ailleurs, en tant que Néo-Brunswickoise, francophone et Acadienne, il est probable que j'ai eu de la facilité à créer un lien et à discuter avec des femmes quant à leur vécu personnel et social de l'avortement. Les enjeux

auxquels certaines des participantes se sont confrontées m'ont amenée à reconnaître des privilèges que je possède, mais qui se logeaient dans mon angle mort, par exemple, le fait d'être en bonne santé physique et mentale, de n'éprouver aucun problème de dépendance, d'être dans une relation amoureuse hétérosexuelle, stable et harmonieuse depuis longtemps et finalement de n'avoir jamais eu recours à l'avortement. Ma posture située en tant que chercheuse doit également être mise de l'avant en considérant mes valeurs personnelles et mes perceptions des droits sexuels et reproductifs des femmes. Ainsi, j'ai la profonde conviction que les femmes ont le droit à une sexualité saine et plaisante tout comme celui d'avoir le contrôle total de leur corps et de leur vie reproductive. Ma vision de la sexualité et de la reproduction a assurément influencé le processus de cette recherche et l'interprétation des données. Cette étude s'appuie sur la croyance que toutes les femmes ont le droit de choisir de mettre fin ou de poursuivre leur grossesse et que l'avortement est un acte moralement acceptable, et ce, peu importe les circonstances qui amènent les femmes à prendre cette décision. Également, mon expérience de travail en intervention sur les violences faites aux femmes, plus particulièrement la violence conjugale et sexuelle, m'a amenée à être à l'affût des rapports de pouvoir et d'observer certaines réalités de coercitions reproductives dans le cadre même de l'expérience de l'avortement. Enfin, mes valeurs et mes croyances féministes m'ont permis de nourrir des réflexions sur l'implication des valeurs et normes de genre sur l'expérience de l'avortement.

Recrutement des participantes

Le recrutement des participantes a été réalisé selon la méthode d'échantillonnage non probabiliste. Cette méthode est apparue comme la plus pertinente dans le contexte de la recherche sur l'avortement puisque les femmes qui en ont fait l'expérience sont une population plutôt dissimulée de la société (Astbury-Ward et coll., 2012). Étant donné que les participantes ont été recrutées à partir de critères d'inclusion précis, un échantillonnage par choix raisonné a permis d'assurer une certaine représentativité de l'échantillon en regard du phénomène à l'étude (Fortin et coll., 2006).

L'ensemble du recrutement des participantes s'est réalisé par la publication d'une affiche de recrutement (Appendice A) dans les lieux publics et sur les réseaux sociaux. Notamment, des affiches ont été accrochées dans les bars, les restaurants et les cafés de la région d'Edmundston, de Moncton, de Fredericton et de Caraquet. Aussi, plusieurs affiches ont été accrochées dans les collèges et universités de la province tels que l'université de Moncton, l'université du Nouveau-Brunswick ainsi que le collège communautaire du Nouveau-Brunswick. Ces milieux représentent un bassin de recrutement privilégié puisqu'ils sont fréquentés par une diversité de femmes, tant des étudiantes que des employées. Les affiches ont été accrochées au mur de différents départements, mais aussi dans des endroits plus discrets et intimes comme l'intérieur des cabines de toilette. Cela a permis d'assurer l'anonymat des femmes qui désiraient participer à la recherche. Enfin, une annonce (Appendice B) sur des sites, réseaux sociaux et bulletins d'information tels que Kijiji, Facebook, Instagram a été publiée et partagée, comptant sur l'effet « boule de neige » pour entrer en contact avec des femmes

susceptibles de participer. À ce titre, dix femmes sont entrées en contact avec la chercheuse grâce à ces stratégies de recrutement.

De plus, des groupes provinciaux et nationaux ainsi que des acteurs clés œuvrant auprès des femmes ont été contactés afin d'obtenir leur aide dans le recrutement de participantes. Plus précisément, nous avons demandé à la Coalition pour le droit à l'avortement au Canada, Action Canada pour la santé et les droits sexuels, au Regroupement féministe du Nouveau-Brunswick et à la Clinique 554 de publiciser l'appel à participation. La Clinique 554 a accepté de diffuser l'affiche de la recherche sur le babillard communautaire de leur établissement. Le groupe Justice Reproductive Nouveau-Brunswick a partagé les détails de la recherche sur leur page Facebook et dans leur bulletin d'informations. Il est possible de croire que quatre femmes ont contacté la chercheuse grâce à la diffusion des informations sur la recherche sur la page Facebook du groupe Justice Reproductive Nouveau-Brunswick. Également, des professeures de l'Université de Moncton ont été interpellées afin qu'elles transmettent les détails de la recherche à leurs étudiantes.

En tout, 16 femmes ont manifesté un intérêt à participer à la recherche. Lorsqu'une femme manifestait son désir de participer à l'étude, elle était contactée pour une première fois (Appendice C) à partir du moyen de communication choisie par elle (téléphone, courriel et réseaux sociaux). Lors de ce premier contact, il a été vérifié que les critères d'inclusion étaient satisfaits. Ensuite, le contexte de la recherche, les objectifs et le déroulement des entrevues ont été expliqués. Il a alors été vérifié que la femme maintenait son accord à participer à l'étude. Par la suite, le moment, le lieu et la forme de l'entrevue

(en personne, par téléphone ou par vidéoconférence) ont été déterminés. Le lieu choisi devait être discret afin de ne pas entraver le déroulement de l'entrevue et assurer la confidentialité. Idéalement, les entrevues étaient réalisées en personne. Cependant, plusieurs femmes ont préféré faire l'entrevue par téléphone. L'entrevue par téléphone présentait plusieurs avantages pour les participantes. Un des plus grands avantages est que cette forme d'entrevue permettait de mieux préserver l'anonymat des participantes. Cet aspect a été primordial pour certaines, sans quoi elles auraient refusé de participer à la recherche. Également, par téléphone, les participantes pouvaient se retrouver à l'endroit de leur choix, là où elles se sentaient confortables et en sécurité. Le plus souvent, il s'agissait de leur demeure. Il faut admettre qu'il a été difficile de trouver des lieux de rencontres pour réaliser les entrevues. En effet, plusieurs endroits étaient publics et il s'est avéré difficile de louer de petits locaux gratuitement à des heures qui convenaient à l'horaire des femmes. De plus, les lieux publics risquaient de compromettre l'anonymat et la confidentialité des participantes puisque la majorité des villes du Nouveau-Brunswick sont peu peuplées. Ainsi, les citoyens se côtoient et se reconnaissent fréquemment. Enfin, l'entrevue par téléphone s'insérait plus facilement dans l'horaire des participantes.

Un formulaire d'information et de consentement a été envoyé par courriel aux participantes (Appendice D). Elles devaient le lire, s'assurer de la compréhension du document et consentir en signant le formulaire. Ce dernier a été récupéré au moment de l'entrevue. Dans l'impossibilité de remettre le formulaire en personne, la participante pouvait consentir verbalement avant l'entrevue sur enregistrement audio.

Trois principaux critères d'inclusion ont guidé le recrutement de participantes. Tout d'abord, les femmes devaient avoir fait l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick. Ensuite, elles devaient être âgées de 18 ans et plus au moment de la procédure. En effet, il est possible de croire que l'expérience de l'avortement n'est pas la même pour les femmes mineures que pour celles ayant atteint la majorité, puisque les normes sexuelles et reproductives ainsi que la reconnaissance d'une autonomie diffèrent s'il s'agit d'adolescentes ou d'adultes, d'autant plus que la grossesse à l'adolescence est un phénomène social stigmatisé. Ainsi, ce critère permet d'assurer une certaine homogénéité de l'échantillon. Enfin, l'avortement devait avoir eu lieu au cours des 10 dernières années. Initialement, les participantes devaient avoir fait l'expérience de l'avortement au cours des cinq dernières années afin de limiter l'oubli de détails concernant l'expérience de l'avortement. Puisqu'il était difficile de recruter des participantes et que ce critère d'inclusion semblait davantage limiter la participation à l'étude, le nombre d'années accepté depuis l'avortement a été étendu. Parmi les femmes ayant joint la chercheuse, deux ne satisfaisaient pas les critères d'inclusions puisque leurs expériences de l'avortement avaient eu lieu il y a plus de 10 ans. Par ailleurs, quatre femmes n'ont pas poursuivi la correspondance à la suite du premier appel ou d'un échange par courriel. En tout, dix femmes ont participé à cette recherche et elles ont raconté onze expériences d'avortement différentes. Trois de ces femmes ont été rencontrées en personne alors que les sept autres ont eu un entretien téléphonique.

Description des participantes et caractéristiques de l'avortement

Dans le cadre de cette recherche, dix femmes ont partagé onze expériences de l'avortement. Les entrevues se sont déroulées entre avril 2016 et octobre 2017. Les données sociodémographiques des femmes ainsi que les caractéristiques des avortements ont été récupérées au début de chaque entrevue semi-dirigée. Les données sociodémographiques présentées ici sont celles présentes au moment de l'avortement. Toutes les participantes de notre échantillon étaient des femmes cisgenres, blanches et nées au Canada. Les participantes étaient âgées de 18 à 41 ans au moment de leur avortement. Un peu plus de la moitié des participantes n'avaient aucune appartenance religieuse et se disaient sans religion. Trois femmes ont souligné qu'elles étaient catholiques, non pratiquantes. Une seule participante s'est dite spirituelle. Au moment de la procédure, sept femmes étaient en relation amoureuse avec l'homme concerné par la grossesse et trois femmes étaient célibataires. Aucune question n'a été posée sur l'orientation sexuelle des participantes. Parmi les participantes, deux étaient parents et une était dans une relation amoureuse avec un homme ayant un enfant. En majorité, les participantes résidaient dans les villes les plus peuplées de la province du Nouveau-Brunswick, soit Moncton, Saint John, Miramichi et Edmundston. Enfin, sept francophones et trois anglophones ont été interrogées dans le cadre de cette recherche.

Un peu plus de la moitié des participantes présentaient un niveau de scolarité élevé c'est-à-dire que quatre possédaient ou étudiaient afin d'obtenir un diplôme universitaire alors que deux avaient un niveau d'étude collégial. Deux participantes avaient un diplôme d'études secondaires. Une participante avait abandonné l'école et ne détenait aucun

diplôme d'études au moment de son expérience de l'avortement. La plupart des participantes ont qualifié leur statut socioéconomique de classe moyenne. Six des participantes interrogées occupaient un travail à temps plein. Deux participantes étaient alors inscrites à l'université à temps complet et ne travaillaient pas. Finalement, deux participantes n'occupaient pas d'emploi. Leur source de revenus n'a pas été spécifiée dans le cadre de l'entrevue. Le tableau 1 présente un résumé du profil démographique des participantes.

Tableau 1

Profil démographique des participantes au moment de l'avortement

Participant	Ethnicité	Langue	Religion	Éducation	Emploi	Secteur d'emploi	Statut conjugal	Enfants
* Les données ont été anonymisées et il s'agit de pseudonymes								
Annick	Blanche	Français	Aucune	Université	Temps plein	Services sociaux	En couple	0
Aurélié	Blanche	Français	Spirituelle	Aucune	Sans emploi	S.O.	Célibataire	0
Emily	Blanche	Anglais	Aucune	Collège	Temps plein	Santé	En couple	0
Erika	Blanche	Anglais	Aucune	Secondaire	Sans emploi	S.O.	En couple	0
Joline	Blanche	Français	Aucune	Université	Études à temps complet	S.O.	En couple	0
Megan	Blanche	Anglais	Aucune	Secondaire	Temps partiel	Restauration	Célibataire	0
					Temps plein	Restauration	En couple	0
Noëlla	Blanche	Français	Catholique non pratiquante	Université	Temps plein	Services sociaux	En couple	1
Rachel	Blanche	Français	Catholique non pratiquante	Secondaire	Temps plein	Administrations publiques	Séparée	2
Tina	Blanche	Français	Aucune	Collège	Temps plein	Commerces de détail	En couple	0
Véronique	Blanche	Français	Catholique non pratiquante	Université	Études à temps complet	S.O.	Célibataire	0

Tous les avortements étaient de types chirurgicaux. L'avortement chirurgical est une intervention mineure durant laquelle un dispositif d'aspiration est utilisé pour vider le contenu de l'utérus (Le sexe et moi, 2018). À la différence, l'avortement médical consiste en la prise d'une combinaison de médicaments afin de provoquer l'arrêt et l'expulsion de la grossesse (Fédération du Québec pour le planning des naissances, 2018).

Les avortements ont eu lieu à différentes périodes gestationnelles de la grossesse allant de 6 semaines à 14 semaines. Les expériences de l'avortement ont été vécues entre les années 2008 et 2016. Deux femmes ont vécu plus d'une expérience de l'avortement, mais seule l'une d'elles a partagé ses deux expériences puisque celles-ci ont eu lieu au cours des dix dernières années. Parmi les onze avortements décrits, cinq ont été obtenus au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont de Moncton, deux à l'hôpital Régional Chaleur de Bathurst, deux à la Clinique Morgentaler (fermée depuis 2014) et un à la Clinique 554 à Fredericton. Le tableau 2 présente les caractéristiques liées à l'avortement.

Tableau 2

Caractéristiques liées à l'avortement

Participant	Nombre	Âge	Année	Semaine gestationnelle	Lieu
* Les données ont été anonymisées et il s'agit de pseudonymes					
Annick	1	35 ans	2015	8 semaines	Hôpital Régional Chaleur
Aurélie	1	18 ans	2009	12 semaines	CHU Dr-Georges-L.-Dumont
Emily	1	26 ans	2016	7 semaines	Clinique 554
Erika	1	27 ans	2014	6 semaines	Hôpital Régional Chaleur
Joline	1	20 ans	2015	8 semaines	CHU Dr-Georges-L.-Dumont
Megan	2	20 ans 24 ans	2008 2012	10 semaines 14 semaines	CHU Dr-Georges-L.-Dumont CHU Dr-Georges-L.-Dumont
Noëlla	1	28 ans	2012	9 semaines	Clinique Morgentaler
Rachel	1	41 ans	2008	9 - 10 semaines	CHU Dr-Georges-L.-Dumont
Tina	1	40 ans	2014	7 semaines	Clinique Morgentaler
Véronique	1	20 ans	2015	6 semaines	CHU Dr-Georges-L.-Dumont

Cinq avortements ont été obtenus dans la région habitée par les participantes. Celles-ci ont parcouru une distance de moins de 50 km afin d'accéder à un point de services d'avortement. Cependant, six avortements ont été obtenus à l'extérieur de la région habitée. Ces participantes ont parcouru des distances de 50 km à plus de 400 km pour se rendre à un point de service d'avortement. Le tableau 3 présente la distance parcourue par les participantes pour se rendre à un point de service d'avortement.

Tableau 3

Distance parcourue pour se rendre au point de service d'avortement

Participantes	Trajet	Kilomètres estimés	Distance
* Les données ont été anonymisées et il s'agit de pseudonymes			
Aurélie	Grand-Digue — Moncton	34 km	< 50 km
Joline	Moncton — Moncton	S.O.	
Megan	Moncton — Moncton	S.O.	
	Moncton — Moncton	S.O.	
Véronique	Moncton — Moncton	S.O.	
Erika	Miramichi — Bathurst	78 km	50 — 100 km
Emily	Saint John — Fredericton	113 km	100 — 200 km
Noëlla	Moncton — Fredericton	177 km	
Tina	Moncton — Fredericton	177 km	
Annick	Edmundston — Bathurst	248 km	200 — 400 km
Rachel	Edmundston — Moncton	440 km	> 400 km

Les procédures de collecte de données

Les récits des participantes ont été recueillis à partir d'entrevues semi-dirigées. Cette manière de recueillir les données apparaissait comme l'outil de choix afin d'explorer et d'acquérir une compréhension de l'expérience de l'avortement des femmes vivant au Nouveau-Brunswick. Les entrevues semi-dirigées permettent de recueillir des informations riches et détaillées tout en captant la réalité telle qu'elle est perçue par les participantes (Fortin et coll., 2006). De plus, le choix d'effectuer une entrevue semi-dirigée cadre avec les traditions de la conscientisation et des témoignages mis de l'avant par l'approche féministe (DeVault & Gross, 2011).

Les entrevues ont été enregistrées, avec l'accord de chacune des participantes, par le biais d'un enregistreur vocal numérique et d'un logiciel d'enregistrement audio, Skype Recorder. Les entrevues ont duré en moyenne 1 heure 30 minutes, la plus courte étant 52 minutes et la plus longue, 2 heures 30 minutes. Les enregistrements audios ont été transférés dans Express Scribe, un logiciel de transcription audio.

Le guide d'entrevue. Un guide d'entrevue (Appendice E) a été construit et proposait une série de questions ouvertes dans le cadre de l'entrevue semi-dirigée. L'intention du guide d'entrevue n'était pas que les participantes répondent à chacune des questions, mais il offrait un répertoire de questions sur différents thèmes afin d'inciter la narration et l'émergence d'informations sur l'expérience. Les questions d'entrevue ont été développées à partir de la revue de la littérature sur l'expérience de l'avortement. Les questions du guide d'entrevue ont été organisées en six grands thèmes soit : 1) la

découverte de la grossesse, 2) le processus décisionnel menant à l'avortement, 3) les croyances et attitudes envers l'avortement, 4) l'organisation et l'accès au soin d'avortement, 5) l'obtention d'un avortement, 6) le retour sur l'expérience de l'avortement. Des sous-questions pour chacun des thèmes permettaient de préciser les réponses des femmes.

Comme l'expérience de l'avortement suit nécessairement la survenue d'une grossesse, l'entrevue débute par le thème de la *Découverte de la grossesse*. Ce thème visait à amener graduellement les femmes à raconter leur expérience de l'avortement. Dans le deuxième thème, *Processus décisionnel menant à l'avortement*, il a été demandé aux participantes de décrire le processus pour en arriver à une décision. Ce thème permettait de connaître le contexte social, économique, professionnel et personnel dans lequel les femmes se trouvaient au moment où elles réfléchissaient à l'avortement. Il favorisait aussi l'exploration du soutien dans le cadre de l'expérience de l'avortement, plus particulièrement au moment de prendre la décision et à la suite de la procédure. Les femmes ont également été interrogées sur leurs dynamiques relationnelles avec leur entourage. Une attention particulière a été accordée aux relations de pouvoir et de contrôle dans les récits des participantes. Ensuite, le troisième thème cherchait à recueillir des informations sur les croyances et attitudes des femmes envers l'avortement et les femmes qui y ont recours. Le thème suivant, *Organiser et accéder à un soin d'avortement*, tentait de tracer le trajet des femmes pour obtenir un avortement dans la province du Nouveau-Brunswick. Par la description des façons dont le service d'avortement a été obtenu au Nouveau-Brunswick, les femmes ont pu s'exprimer sur les difficultés et obstacles

rencontrés. Cette partie de l'entrevue a amené les femmes à témoigner des effets de la problématique d'accès de l'avortement et de leurs besoins. Le cinquième thème du guide d'entrevue, *Avoir obtenu un avortement*, mettait l'accent sur les perceptions et l'expérience même de l'obtention d'un avortement. Leurs croyances, leurs émotions et leurs explications de la journée ont été considérées dans le cadre de ce thème. Ce thème souhaitait aussi recueillir les besoins et la satisfaction des participantes envers les soins et les services en contexte d'avortement. Pour ce faire, les interactions avec les professionnels de la santé et le milieu dans lequel l'avortement s'est déroulé ont été discutées. Ce thème se concluait avec des sous-questions sur la divulgation de l'avortement où les expériences de divulgation à d'autres, les motivations à le faire et les réactions des autres ont été documentées. Enfin, le dernier thème, *Retour sur l'expérience de l'avortement*, visait à soulever les sentiments et les pensées actuelles des participantes à l'égard de leur expérience de l'avortement. Ainsi, cette partie couvrait des questions en lien avec les effets de l'expérience de l'avortement.

Au début de chaque entretien, les participantes ont été invitées à répondre à des questions au sujet de leurs caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le statut relationnel, l'appartenance culturelle, ethnique, religieuse, la scolarité, le statut socioéconomique, l'occupation principale et le nombre d'enfants (Appendice F). Également, les participantes ont été questionnées sur certaines caractéristiques de leur avortement comme le nombre d'avortements et pour chacun d'eux, la période gestationnelle de la grossesse, l'établissement des procédures et la date. Ensuite, les femmes ont été invitées à partager leurs expériences de l'avortement à partir d'une

première question ouverte « racontez-moi votre expérience de l'avortement telle que vous l'avez vécue » ou « parlez-moi du moment où vous avez constaté que vous étiez enceinte. » Tout au long de l'entrevue, les participantes ont été encouragées à raconter leur expérience à leur rythme et avec leurs propres mots. Des questions ouvertes et réflexives ont été posées afin d'encourager l'émergence de détails précis sur leur expérience de l'avortement et des clarifications ont été faites au besoin.

Les résumés et notes des entrevues. À la suite de chaque entretien, une synthèse sommaire des entrevues ainsi que des notes sur le processus de collecte de données et l'interprétation des données ont été écrites. Ces notes documentent les thèmes récurrents et les thèmes marginaux qui ressortent des entretiens. Également, des notes ont été prises sur les circonstances des entrevues, les caractéristiques des participantes, les comportements non verbaux exprimés par celles-ci, leurs émotions, la qualité de la communication, les dynamiques de pouvoir ainsi que les impressions initiales sur la collecte de données.

L'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode d'analyse de contenu. De manière générale, l'analyse de contenu peut se définir comme « une méthode de classification ou de codification des éléments d'un message dans des catégories propres à mettre en évidence les différentes caractéristiques en vue d'en faire comprendre le sens » (Nadeau, 1987 cité dans Mayer & Ouellet, 1991, p. 475). Cette méthode est adaptée à des

recherches visant l'exploration et non pas la validation d'hypothèses. Elle est aussi pertinente aux études comportant de petits échantillons offrant une représentation intéressante de la réalité et non la généralisation (Mayer & Ouellet, 1991). L'analyse de contenu des données est ici décrite selon les étapes proposées par L'Écuyer (1987) : la lecture préliminaire et l'établissement d'une liste des énoncés, le choix et la conceptualisation des unités de classification, le processus de catégorisation et de classification et l'interprétation des résultats.

La lecture préliminaire et l'établissement d'une liste des énoncés. Avant d'entamer l'analyse de contenu des données recueillies, le matériel de recherche a été préparé (Mayer et coll., 2000). Plus précisément, le contenu de chaque entrevue enregistrée a été transcrit intégralement. De plus, les enregistrements numériques ont été identifiés par un code associé à une participante afin de maintenir la confidentialité. Dans les transcriptions, tous les prénoms ont été remplacés par un prénom fictif. Toutes autres informations pouvant mener à l'identification des participantes ont été omises ou modifiées dans les transcriptions.

Par la suite, des lectures sommaires des transcriptions ainsi que l'écoute répétée des enregistrements audio de tous les entretiens ont été faites. Cette étape de l'analyse a favorisé l'imprégnation, par la chercheuse, des récits des participantes et aidé à en saisir le sens global de leur expérience de l'avortement. Ainsi, après une analyse sommaire des transcriptions d'entrevue, les premières unités d'analyse ont pu être cernées.

Le choix et la catégorisation des unités de classification. Tout d'abord, les propos des femmes ont été découpés et codés en unité de sens. C'est-à-dire « un élément d'information ayant un sens complet en lui-même. » (Mayer et coll., 2000, p. 165). Pour ce faire, des mots clés ou des phrases capturant le sens le plus complet de l'énoncé ont été inscrits dans les marges des documents de transcription. Cette étape de catégorisation a été abordée selon le modèle mixte où une partie des catégories était préétablie, notamment à partir des questions de recherche, du guide d'entretien et des résumés et notes d'entrevues (L'Écuyer, 1987), alors que d'autres catégories ont émergé de manière inductive à partir des similitudes de sens du matériel analysé (Mayer et coll., 2000). Ainsi, durant cette phase, nous avons recherché certains extraits précis dans les récits des participantes faisant référence à des éléments chronologiques de l'expérience de l'avortement. La présence de ces extraits dans le discours des participantes était anticipée puisqu'ils faisaient partie des thèmes abordés dans le guide d'entretien. Ces éléments incluaient : le doute et la confirmation de la grossesse, la divulgation de son expérience de l'avortement, le processus décisionnel menant à l'avortement, l'organisation et l'accès des soins d'avortement, l'obtention de l'avortement et les effets de l'avortement sur sa vie.

Le processus de catégorisation et de classification. Cette étape consiste en la

« réorganisation du matériel par laquelle sont regroupés en catégories plus larges, sous un titre générique, tous les énoncés dont le sens se ressemble pour en arriver à mettre plus en évidence ces caractéristiques et le sens du phénomène ou du document analysé » (L'Écuyer, 1987, p. 56).

Ainsi, à l'étape subséquente, les unités de sens ont été compilées dans un tableau afin de les comparer et de les regrouper dans des catégories et des sous-catégories. L'Écuyer (1987) définit la catégorie comme un dénominateur commun à qui se relie naturellement un ensemble d'énoncés, sans en changer le sens. Après la compilation des unités de sens et leur regroupement, une opération de réduction et de raffinement a été effectuée (L'Écuyer, 1987). Les sous-catégories jusqu'alors développées ont été révisées afin d'en dégager les relations, les similarités, la diversité, la redondance et la pertinence. À la suite de quoi, de nouvelles catégories ont été modifiées, rejetées ou réorganisées en sous-catégorie.

Puis, une dernière révision des sous-catégories en fonction de la catégorie dans laquelle elles ont été placées a été effectuée. Les catégories et les sous-catégories ont été organisées en suivant l'ordre chronologique lié à l'expérience de l'avortement. Ainsi, les thèmes suivants apparaissent dans cet ordre dans la grille de codification : (1) la survenue de la grossesse (2) la décision d'avorter (3) les croyances et attitudes envers l'avortement (4) l'expérience de l'obtention d'un avortement (5) le soutien dans l'expérience de l'avortement et (6) l'expérience des services d'avortement au Nouveau-Brunswick. Les noms des catégories ainsi que leurs définitions ont également été précisées et nuancées afin de respecter les règles d'exhaustivité, de représentativité, d'homogénéité, de pertinence et d'univocité (L'Écuyer, 1987, Mayer et coll., 2000, p. 167). Cette étape a servi à construire une grille de codification (Appendice G) pour l'interprétation des données.

Enfin, une dernière phase, soit la classification finale de tous les énoncés à partir de la grille de codification, a été réalisée par l'entremise d'un programme d'analyse des données qualitative NVivo. Après y avoir transféré la grille de codification, chacun des énoncés de toutes les entrevues a été découpé et codé à l'aide de ce logiciel, lequel permet de lier les parties d'extraits à sa catégorie correspondante de la grille de codification.

L'interprétation des résultats. L'interprétation des résultats se décortique en plusieurs phases. Tout d'abord, les résumés d'entrevues et les réflexions personnelles des entrevues ont été assemblés et lus pour mieux capturer l'essence de chacune des entrevues. Ensuite, par la lecture rapide, une analyse verticale de chacune des entrevues a été effectuée afin de dégager les principaux thèmes et d'observer leurs présences, leurs récurrences et leurs absences (Mayer et coll., 2000).

Ensuite, une analyse horizontale des entrevues a été réalisée. Cette analyse visait à identifier les principaux thèmes traversant l'ensemble des propos des femmes sur leurs expériences de l'avortement. Il a été possible de comparer et de contraster les expériences de l'avortement en fonction de l'âge, de la langue maternelle, du contexte familial, de la situation intime et amoureuse, de la situation socioéconomique et des expériences reproductives antérieures des femmes. Au cours de cette analyse, des comparaisons entre les expériences de l'avortement selon la période de temps écoulé depuis l'avortement ont aussi été faites. Nous avons prévu de comparer les expériences d'avortement des femmes en fonction de leur origine ethnique et du type d'avortement obtenu (médical, chirurgical). Cependant, ces comparaisons n'ont pas été possibles en raison de l'homogénéité de

l'échantillon. Ainsi, cette phase de l'analyse a permis de rendre compte de la diversité et des significations de l'expérience de l'avortement chez les participantes.

Enfin, nous avons jeté un regard externe aux entrevues où chaque expérience de l'avortement a été considérée dans son intégralité. Cela a permis d'atteindre une interprétation des données reflétant les expériences de l'avortement dans leur contexte social et politique précis tout en tentant de dégager un sens global pouvant représenter les expériences de l'ensemble de l'échantillon (Mayer et coll., 2000).

Les considérations éthiques

Avant d'entamer le recrutement des participantes, la collecte des données et l'analyse des données, cette recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (Appendice H).

Au moment du recrutement, un document d'information et de consentement a été remis aux participantes préalablement aux entrevues. Ce document présentait les objectifs de la recherche, les modalités des entretiens et de l'utilisation des données ainsi que les mesures prises pour assurer la confidentialité. Ce document soulignait également le droit des participantes de refuser de répondre à des questions et de mettre fin à leur participation à la recherche sans avoir à se justifier et sans que cela leur cause des préjudices. Avant l'entrevue, ce formulaire d'information et de consentement a été révisé avec les participantes et leur consentement à participer à l'étude a été validé. Afin d'obtenir le consentement des participantes, celles-ci devaient signer ce document et le remettre à la chercheuse, soit en personne, par la poste ou de manière électronique.

Lorsqu'il s'est avéré impossible d'obtenir le consentement écrit, le consentement des participantes a été recueilli de manière verbale. Dans ces cas, des mesures ont été mises en place afin de documenter avec le plus de détails et de précision l'obtention du consentement. Entre autres, le processus a été enregistré par le biais d'un enregistreur vocal numérique et d'un logiciel d'enregistrement audio, Skype Recorder. Lors de l'obtention d'un consentement verbal à la participation de cette recherche, le prénom et nom de la personne ainsi que la date de l'obtention du consentement ont été nommés et enregistrés. Les enregistrements numériques des consentements obtenus verbalement ont été conservés dans un dossier distinct sur un ordinateur personnel protégé par mot de passe, seulement accessible par la chercheuse. Également, les participantes ayant donné leur consentement de manière verbale ont reçu et pris connaissance du document d'information et de consentement de cette recherche.

Les données ont été conservées de manière à préserver la confidentialité des participantes en leur assignant un code basé sur la date et le lieu de l'entrevue. De plus, les participantes ont été désignées par un pseudonyme. La liste des codes d'entrevues, les coordonnées des participantes, les notes d'entrevue et d'analyses ainsi que les formulaires de consentement ont été conservés électroniquement sur un ordinateur personnel protégé par mot de passe, seulement accessible par la chercheuse. Les enregistrements numériques des entretiens et leur transcription ont aussi été conservés électroniquement sur un ordinateur personnel protégé par mot de passe, seulement accessible par la chercheuse. Les documents en format papier ont, quant à eux, été conservés dans des fichiers séparés et verrouillés à clé dans un classeur du bureau personnel de la chercheuse. Les identités

des participantes ne seront discernables dans aucune publication écrite ou présentation verbale de cette recherche.

Enfin, des ressources d'aide et de soutien social (Appendice I) ont été proposées aux participantes qui en ressentaient le besoin à la suite des entrevues.

Les limites de la recherche

Cette étude comporte quelques limites qui sont discutées dans cette section. Entre autres, les résultats de cette recherche s'appliquent aux femmes qui y ont participé et peuvent aussi être transférés à d'autres femmes ayant aussi fait l'expérience de l'avortement. La taille de l'échantillon de cette recherche (N = 10) permet de soulever des détails riches au sujet de l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick. Cependant, la taille relativement petite de cet échantillon limite aussi la généralisation des données. De plus, il est possible que l'étude d'un phénomène dans un contexte social et géographique précis comme le Nouveau-Brunswick rende la transférabilité des résultats difficile à réaliser, ce qui peut être considéré comme une limite à la recherche.

Les femmes ayant vécu un avortement représentent une population cible extrêmement dissimulée, de sorte que le recrutement est l'un des grands défis à la recherche sur l'avortement (Aléx & Hammarström, 2004 ; Astbury-Ward et coll., 2012). À cet effet, les difficultés de recrutement des femmes souhaitant parler de leur expérience de l'avortement ont été l'une des principales limites de cette recherche. Le processus de recrutement a pris plus de temps qu'initialement prévu et les participantes se sont ajoutées lentement à la recherche. Cette limite a eu pour effet de prolonger la période de collecte

de données et de retarder le processus de recherche. Aussi, il a été difficile d'entrer en contact avec certains groupes et établissements qui luttent pour les droits sexuels et reproductifs au Nouveau-Brunswick afin d'obtenir leur aide dans le recrutement de participantes. La difficulté de recrutement et de mobilisation d'informateurs clés met précisément en lumière l'absence des voix des femmes sur leur expérience de l'avortement et témoigne du stigma entourant cette expérience reproductive. Néanmoins, cette recherche a bénéficié du soutien et de l'aide d'acteurs et de groupes clés, sans qui le recrutement de participantes pour cette recherche aurait été autant plus ardu.

Toutes les femmes qui ont participé à cette recherche ont obtenu un avortement chirurgical. Les résultats de cette étude risquent donc de ne pas s'appliquer aux femmes qui ont fait l'expérience de l'avortement médical. Il faut également noter que seules des femmes ayant réussi à accéder à un service d'avortement au Nouveau-Brunswick ont été interrogées. De ce fait, les expériences de femmes ayant cherché à obtenir un service d'avortement, mais qui ont été incapable d'y accéder, n'ont pas été recueillies dans le cadre de cette étude. Leurs récits auraient assurément contribué à dresser un portrait plus complet de l'accès à l'avortement au Nouveau-Brunswick.

Finalement, toutes les femmes ayant participé à cette recherche étaient caucasiennes et de descendance européenne. Par conséquent, leur expérience de l'avortement ne peut représenter l'expérience de l'avortement des femmes racisées et d'une autre origine ethnique. Dans le même ordre d'idée, la recherche présente un biais cissexiste en ce sens que le processus de recrutement a fait appel à la participation de femmes. Ainsi, l'utilisation du mot « femme » omet d'inclure toutes personnes dont

l'identité de genre ne correspond pas au sexe biologique assignée à la naissance. À cet effet, seules des femmes cisgenres ont pris part à cette recherche. Par conséquent, les expériences de l'avortement rapportées et interprétées dans cette recherche ne peuvent pas être considérées comme une représentation de l'expérience de l'avortement chez les personnes trans ou non binaires.

Résultats

Ce chapitre porte sur les résultats de la recherche. Pour ce faire, nous présentons les principaux thèmes qui ressortent du discours des participantes. Le premier thème porte sur la survenue de la grossesse et de la réaction des participantes à celle-ci. Nous abordons ensuite la réflexion à la base de la décision des femmes de mettre fin à la grossesse. L'expérience émotionnelle et psychologique de l'avortement de même que les effets de cette expérience font l'objet du thème suivant. Un quatrième thème est consacré à la divulgation de l'avortement et au soutien perçu et reçu de la part du réseau formel et informel. Enfin, il est question des services d'avortement au Nouveau-Brunswick où l'analyse des témoignages des femmes sur la trajectoire d'accès à l'avortement est présentée. Ce thème aborde les obstacles rencontrés à l'accès des services, leur qualité, de même que les suggestions recueillies afin de favoriser l'accès au soin d'avortement dans la province et faciliter l'expérience de l'avortement.

La survenue de la grossesse

Les récits des participantes sur leur expérience de l'avortement s'amorcent inévitablement avec la survenue de la grossesse. Bien que ce thème ne soit pas au cœur des récits des femmes, la survenue d'une grossesse non planifiée représente le point d'origine de l'expérience racontée par les femmes. Dès les premières minutes des entretiens, les femmes ont décrit le contexte entourant la survenue et la confirmation de la

grossesse et ce qu'elles ont ressenti à ce moment. Si aucune participante n'avait planifié et anticipé la grossesse, elles ont rapidement remarqué et reconnu les signes et symptômes qui y sont associés. De manière générale, c'est l'absence de menstruations au moment prévu, de même que certaines manifestations physiologiques — nausée, fatigue — ou psychologiques — irritabilité — qui ont éveillé leurs soupçons. La confirmation de la grossesse, par la passation d'un test acheté en pharmacie, fut un moment difficile pour toutes les femmes. L'anxiété, la peur et la détresse sont parmi les termes qu'elles ont utilisés pour décrire leur réaction initiale.

I was terrified. Absolutely petrified. Like I was so scared and nervous. Like “what am I going to do? How am I going to tell my mom?” (Emily)

Puis là, j'ai appris au mois d'octobre que j'étais enceinte. Puis c'était la panique. La panique parce que là j'étais comme : « OK, je ne suis pas prête à ça. [...] J'ai fendu à brailler. J'ai fait comme : « *Oh my God*, ça se peut-tu ? C'est vraiment vrai ? Comme là, je suis là-dedans. Qu'est-ce que je vais faire avec ça ? » [...] J'ai crié. J'ai vraiment fait une petite crise (Annick).

Outre ces premières réactions, la majorité des participantes ont témoigné d'un état de choc associé au fait qu'elles ne croyaient pas qu'une telle situation pouvait leur arriver. Ce qui explique leur grande stupéfaction. Certaines ont également nommé vivre une période de déni où elles ont retardé la confirmation de la grossesse.

Et comme on dirait que --. Comment dire ça ? Je le déniais. Comme je n'en revenais pas que ça m'arrivait comme à moi ! Tu sais quand tu te dis : ça ne m'arrivera pas, mais ça m'est arrivé. C'est pas mal ça que j'ai ressenti comme sur le coup (Joline).

J'ai commencé à penser : « Bien, oui ça se peut. Effectivement. » Donc j'ai un peu évité ou déplacé la confirmation de mes doutes jusqu'à, je pense, le

13 juin. [...] J'ai décidé : « OK, je n'en peux plus de vivre dans l'incertitude. » Je retourne au bureau et j'ai pris le test et c'était positif. Et ce n'était pas un bon moment (Noëlla).

À l'opposé, quelques participantes ont réagi plus calmement devant la confirmation de la grossesse. Certes, elles se sont senties préoccupées par la situation, mais envisageaient déjà un plan d'action.

Tu te pognes la tête et tu te dis bon, OK. C'est certain qu'on va chez le médecin et on fait faire d'autres tests, mais non, c'était clair (Rachel).

La décision d'avorter

Il a été demandé aux participantes de décrire le moment où elles ont pris la décision d'obtenir un avortement et ce qui a influencé leur choix. On constate que la décision de mettre fin à la grossesse n'est pas simple. Certaines ont su immédiatement qu'elles voulaient un avortement, d'autres étaient plus ambivalentes. Parfois prise par la femme elle-même, d'autres fois faisant l'objet d'une discussion en couple, le moment de la prise de décision est, sans contredit, un moment charnière.

La prise de décision immédiate. La décision de se faire avorter a été considérée dès la confirmation de la grossesse pour la moitié des participantes. Leur décision d'obtenir un avortement a été décisive et déterminée de manière instantanée. Celles dont la décision s'est confirmée facilement expliquent qu'il s'agissait pour elles d'un processus logique et pragmatique, assez éloigné des émotions.

Ça fait que pour moi, il n'y avait pas --. Tu sais, il n'y avait pas questions. Il n'y avait pas question de rien. Il n'y avait pas de : je devrais-tu ? Je ne devrais-tu pas ? J'envisage-tu ça ou non ? Non. En dedans des prochaines 24 heures, 48 heures le médecin était appelé (Rachel).

La prise de décision caractérisée par de l'ambivalence. À l'inverse, quelques participantes se sont dites ambivalentes quant à la poursuite ou non de leur grossesse. Ces participantes se sont senties désorientées et ont hésité longuement entre l'idée de poursuivre la grossesse ou d'y mettre fin, parfois même, jusqu'au moment de la procédure. C'est notamment le cas de Noëlla. Ne se sentant pas prête à aller de l'avant au moment de sa première rencontre avec une intervenante de la clinique d'avortement, elle a choisi de différer le moment de la procédure, le temps de s'assurer que c'était réellement la meilleure décision pour elle.

C'est sûr, on a eu la réflexion. J'allais entre au rêve d'avoir un autre enfant, à vouloir faire comme j'ai fait pour ma première grossesse et vivre cet excitements, cette joie-là. À faire un 180 complet et être comme : « Mais qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce qu'on fait avec ça ? [...] Et puis là, j'ai été rencontré la conseillère et la stagiaire qui était avec elle. Et j'ai commencé à parler et je réalisais que je n'étais pas prête tout de suite. [...] J'avais réservé, mais je n'avais pas pu aller de l'avant avec cette journée-là (Noëlla).

La prise de décision conjointe ou solitaire. Les femmes en relation amoureuse ont souhaité impliquer leur partenaire dans la prise de décision. Celles-ci ont souligné à quel point la participation de leur partenaire dans le processus décisionnel était importante puisqu'elle avait pour effet de partager le poids de la décision d'avorter, de contrer le sentiment de culpabilité associé à l'avortement, et par le fait même, de valider le

raisonnement ayant conduit à leur décision.

Ça enlève de la culpabilité et ça enlève tout ça. Parce que la décision était prise à deux. Fais que je n'étais pas toute seule non plus là-dedans. À dire : « c'est juste moi qui prends cette décision-là. » Je suis égoïste. Je suis comme : « non, on l'a fait à deux. » (Annick)

Même si l'opinion des hommes concernés a été recherchée par les participantes, il n'en reste pas moins que l'ensemble des parties a soutenu que la décision ultime appartient aux femmes puisqu'elles sont les premières concernées quant aux impacts associés à la grossesse.

Il dit : « À la fin de la journée, c'est ta décision. » Il dit : « Je vais te supporter et on va faire n'importe quoi que tu veux. » C'est certain qu'il n'aurait pas voulu mettre fin à la grossesse, mais étant un homme pratique, très rationnel : « On ne peut pas se permettre ça. Qu'est-ce qu'on doit faire ? Je ne vois pas comment. » (Noëlla)

Il m'a tout le temps dit : « Tina, moi je vais te dire, je ne sais pas comment je serais comme père. » Patrick ne parle pas beaucoup. Fait que ç'a plus été comme moi et ma décision. Lui m'avait dit son opinion, mais c'était moi qui prenais ma décision parce que c'était moi, c'était mon corps (Tina).

Dans le même ordre d'idée, deux participantes ont choisi de ne pas annoncer la grossesse et leur décision d'y mettre fin à l'homme concerné. D'une part, parce qu'il s'agissait, pour elles, d'une simple fréquentation sans engagement. Elles n'ont donc pas vu l'importance de l'en informer. D'autre part, l'une d'entre elles a eu peur qu'en annonçant la grossesse, cela octroie au partenaire un pouvoir sur la décision de poursuivre ou non la grossesse.

Bien, je ne voulais pas lui dire itou parce que j'avais peut-être bien peur qu'il fasse comme : « ne va pas te faire avorter. » Parce qu'astheure qu'il le sait c'est comme un petit peu de sa faute itou aussi tant que la mienne, fait que là, s'il le sait il aurait probablement eu choix sur ma décision (Véronique).

La prise de décision conflictuelle. La remise en question ou l'opposition manifestée à l'encontre de la décision des femmes d'interrompre leur grossesse peut bouleverser le processus décisionnel en semant doute et confusion, particulièrement lorsque cela provient de personnes importantes pour les femmes. Dans le cadre de cette étude, des participantes ont décrit un processus décisionnel complexe en raison de désaccords avec des proches quant à la poursuite ou non de la grossesse. Si la majorité des partenaires ont respecté les souhaits et les intentions des participantes, trois femmes ont rapporté avoir vécu une forte pression de la part de leur partenaire. Plus précisément que celui-ci s'est fortement opposé à la poursuite de la grossesse et a ordonné qu'elles se fassent avorter. Pour une participante en particulier, la coercition exercée de la part du partenaire à obtenir un avortement s'est manifestée par des menaces verbales de lui faire du mal physiquement dans le but de provoquer une fausse couche. Ce partenaire a eu recours à de la violence afin de manipuler et d'exercer un contrôle sur la décision de mettre fin ou non à la grossesse, ce qui constitue de la coercition reproductive. Cette forme de violence se définit comme l'exercice de contrôle ou de force afin d'interférer ou d'orienter la trajectoire contraceptive et reproductive de l'autre partenaire (Institut national de santé publique du Québec, 2018).

Ouf, il était vraiment enragé. Comme il ne voulait pas. Il était comme : « quoi ? Non ! » Il dit comme : « Non ! Tu ne peux pas être ! Je ne peux pas avoir un enfant *right now*. Je ne peux pas. » Il a comme *overreacté*. Il dit : « Il faut que tu fasses un *abortion*. Si tu ne fais pas un *abortion*, je te pousse en bas des escaliers. » (Aurélie)

So, I took that extra test and it said positive. And I told my ex that night and he was like “well if you don't get an *abortion* I'm leaving you. (Emily)”

Les femmes dont le conjoint n'avait pas de désir de devenir père n'ont pas considéré l'option de poursuivre la grossesse. La crainte d'être rejetées est l'élément qui les a convaincues de se faire avorter.

C'est sûr qu'après ça, comme je disais : « Oui je vais l'avoir. Non, je ne vais pas l'avoir. » *But*, comme, vraiment je savais que j'allais le faire. À cause de cet instant-là, je savais. La manière qu'il a réagi. Il y a quelque part qu'il a réagi que j'étais comme : « OK, j'en fais un avortement. » Si qu'il aurait dit vers la fin : « Je le veux. » Je ne l'aurais pas fait (Aurélie).

I'm like completely prochoice, but I did not want to do that, and he was like “this is an accident, we're not prepared for this. I'm not ready to be a father, I'm not going to force you to do anything, but if you're don't, I can't do this.” which kind of is forcing me right? Like not really but anyway. At the time I loved him so much. At the time that I was like “you mean more to me than this.” (Emily)

Deux participantes ont témoigné du fait que leur conjoint a émis un avis contraire et aurait souhaité la poursuite de la grossesse. Bien que cela n'ait eu aucune incidence sur leur décision d'interrompre leur grossesse, elles ont néanmoins pris un temps de réflexion plus long. Elles ont accueilli le point de vue de leur partenaire sur son désir de voir la grossesse se poursuivre, tout en considérant que leur propre point de vue sur la situation devait être priorisé.

The second time, my boyfriend at the time wanted to have the child. So that probably made me think about it a little bit longer. But ultimately, I realized that it didn't matter. It matters because he wanted, but not as much as it matters what I wanted (Megan).

Juste le fait que mon chum lui je savais que dans le fond il ne voulait pas que je fasse ça. Mais vraiment ce n'est pas plus que ça. Moi ça ne me dérangeait pas ce qu'il pensait. C'était quand même un petit : peut-être. Mais non, je ne vais pas juste faire ça pour lui (Joline).

Des désaccords quant à la poursuite ou la fin de la grossesse ne sont pas seulement survenus entre partenaires amoureux, mais aussi dans la relation familiale, notamment la relation parents-enfants. Ainsi, Érika vivait avec son conjoint chez ses parents au moment de la survenue de la grossesse. Lorsque ceux-ci l'ont appris, ils ont exigé qu'elle ait recours à l'avortement. Même si c'était ce que cette participante souhaitait faire, la réaction de ses parents ainsi que leur insistance sur le sujet l'ont fortement bouleversée.

I thought about keeping it but then my mom told me basically that I couldn't. Even though that it is not her choice, but she is a mom. I am 30 and she still thinks that she can tell me what to do (Erika).

Facteurs considérés dans la décision d'avorter. Les femmes de cette étude ont pris la décision d'avorter en évaluant et en considérant de multiples facteurs qui sont interreliés. Elles ont notamment tenu compte de leurs aspirations personnelles, familiales et professionnelles. Elles ont envisagé les conséquences qu'aurait la poursuite de la grossesse pour elles, mais aussi pour leur famille. Elles ont réfléchi aux impacts de leurs conditions de vie sur l'enfant à venir. Ainsi, elles ont évalué leurs capacités physiques et psychologiques à répondre aux besoins et au bien-être de l'enfant, mais également à la disponibilité des ressources sociales et économiques dont elles disposaient pour le faire.

Elles ont analysé l'ensemble de leurs relations sociales, particulièrement leur relation amoureuse, en vue de déterminer de quelle façon elles seraient appuyées, dans les soins et l'éducation de l'enfant. Tout de même, certains facteurs ont eu un plus grand poids dans leur décision de mettre fin à la grossesse comme l'incapacité financière à fonder une famille, l'instabilité de la relation amoureuse, l'impossibilité de concilier étude, travail et famille et la présence de problèmes de santé physique et mentale chez les femmes.

L'incapacité financière à fonder une famille. Le facteur le plus fréquemment rapporté a été l'incapacité financière des participantes à s'engager dans un projet parental. Ainsi, et malgré des situations économiques variées, quatre femmes ont affirmé qu'elles n'avaient pas les moyens financiers pour subvenir à leurs propres besoins et, conséquemment, aux besoins d'un éventuel enfant.

Maybe the baby would have come out healthy and wonderful, but I own two pieces of furniture, and no money and saving and no head on my shoulder. So, I knew it wasn't a good way to have a child. So I decided that one pretty much immediately (Megan).

On peut se permettre d'avoir un parent au foyer. Et puis parce qu'en jouant avec ce salaire ici, on peut jouer avec tant d'argent à la maison, donc on est correct. Nous autres on savait qu'un enfant c'était vraiment la limite pour l'instant (Noëlla).

L'instabilité de la relation amoureuse. Un autre élément tout aussi central que les capacités financières dans la décision d'avorter a été l'instabilité de la relation amoureuse. Pour plusieurs participantes, l'harmonie entre les partenaires, la durabilité et la stabilité de la relation amoureuse auraient été des éléments qui auraient pu motiver la poursuite de

la grossesse. Or, comme elles étaient plutôt au début d'une relation amoureuse, qu'elles venaient de se séparer de leur conjoint ou encore, comme leur relation était conflictuelle, les femmes concernées ont plutôt opté pour l'avortement. En outre, les participantes ont souligné qu'elles ne souhaitaient pas devenir mères sans l'engagement du père auprès d'elles. C'est la raison pour laquelle la stabilité de leur relation a pesé lourd dans la décision. Ainsi, certaines femmes ont craint de se retrouver en situation de monoparentalité et ont considéré sérieusement la possibilité qu'elles soient les principales à assumer les soins et l'éducation de l'enfant. Sans la certitude de l'engagement du père en ce qui a trait à la garde et aux soins à donner à l'éventuel enfant, la décision des femmes d'interrompre la grossesse s'en est trouvée facilitée. À ce propos, Emily explique :

Well I want children and I would have kept the baby, but I didn't want to do --. Like the lack of support. And I think that the reason quite a few people do this is because they don't have the support or the means or whatever. Like I could have the means. I could manage. But the support is a huge part. Because my mom is an older lady. She had me quite late and she still works so she's like "I couldn't afford --. I can't take it overnight. I would do what I could, but I can't." and I know she would have. And my dad, is not like all there so I wouldn't leave it with him. And my sister would have been alright, but you know, I didn't want to have to rely on anybody but the father because it is his responsibility too (Emily).

Certains discours des participantes sur les facteurs ayant influencé leur décision ont témoigné d'une certaine idéalisation de la famille nucléaire. Ainsi Annick qui, sans douter du fait que son partenaire aurait pu être présent auprès de l'enfant, souhaitait néanmoins avoir un enfant dans le contexte d'une relation conjugale unie par le mariage.

Comme ça ne me tentait pas qu'un enfant n'ait pas un père dans la vie. Moi j'ai eu mes deux parents toute ma vie. Ils sont encore ensemble, ça fait 30 ans, 40 ans même. Fais que je ne me voyais pas là-dedans, d'avoir garde partagée. Et lui a déjà une fille qui a 14 ans et c'est ça qu'ils vivent eux autres, la garde partagée et la jeune et na, na, na. Je trouve ça compliqué (Annick).

L'impossibilité de concilier travail-famille-études. La perception de ne pas être en mesure de concilier le travail, les études avec l'arrivée éventuelle d'un enfant a été un autre facteur mis de l'avant par les femmes pour expliquer leur décision de mettre fin à la grossesse. Ainsi, deux femmes ont expliqué occuper des emplois à horaires atypiques alors que deux autres étaient aux études au moment de la grossesse. Pour ces femmes, la poursuite de la grossesse aurait eu un impact négatif sur leurs objectifs personnels, familiaux, académiques et professionnels.

But the only other things that I could think of would be childcare. Because I work shifts work. I work evening shift and overnight. And that was the only other thing that I was thinking about in terms of should I do this or not. [...] I can't say I would have gone through with that. What I probably would have done, because I had been debating, you know before I decided if I was going to do it, I was going to move in with my dad. But the only problem there is his house is on the other side of the city from my work and I'd need to get a car to be able to take the kid to daycare kind of thing (Emily).

Présence de problèmes de santé physique et mentale. Les problèmes de santé mentale et physique des femmes ou de leur conjoint ont aussi été des facteurs considérés dans la décision d'avorter. À ce propos, deux participantes ont plutôt mentionné qu'elles avaient une santé mentale précaire préalablement à la grossesse, l'une ayant un antécédent de santé d'alcoolisme et l'autre, d'anxiété accompagnée d'épisodes psychotiques. Si ces

problèmes de santé mentale n'ont pas représenté le facteur principal dans la décision d'avorter, ils ont néanmoins été un élément de réflexion non négligeable parce qu'ils mettaient en lumière le contexte de vie particulier des participantes concernées.

Si j'avais voulu l'avoir, j'aurais pu arrêter de boire et tout ça. Comme ça n'aurait pas été un --. Pas comme un effet, mais un --. J'aurais changé ma vie (Aurélié).

I had a psychosis. I am not living with that now, but I had anxiety and stuff. But it started like years ago. It was during the time that I got pregnant and after. When I found out, I was getting better, you know what I mean. Like that stuff wasn't happening anymore but it was just still --. I had gone through a lot and then that happened (Erika).

Ces difficultés vécues par les femmes, de même que certains comportements à risque, ne sont pas sans conséquence sur le fœtus qu'elles portent. La consommation de drogues, d'alcool, de tabac ou la prise de médicaments prescrits au moment où elles sont tombées enceintes ont été mentionnées comme autant de facteurs ayant influencé leur décision de se faire avorter.

Je me suis dit s'il y a de quoi, avec tout ce que je me suis fait dire, s'il y a de quoi qui fait que mon enfant a une lacune, un défi, qu'il y a plus de besoins qu'un enfant qui est complètement en santé. [...] C'était plus à l'avenir de l'enfant, que pour mon avenir. Ç'a n'a jamais été pour moi. C'était plus le bien de l'enfant (Tina).

Puis, au début de ma grossesse, quand je ne savais pas que j'étais enceinte, j'avais pris des antibiotiques pour je ne me souviens pas quoi. Et ça itou ça me stressait. Le médecin ne pouvait pas me garantir que ça n'aurait pas affecté. Même si ça faisait deux semaines. On a déjà plein de jeunes qui viennent au monde autiste, puis si, puis ça, puis ça. Puis là, je ne lui donne pas de chance en partant ? Non, non, non (Annick).

L'expérience émotionnelle et psychologique de l'avortement

Le quatrième thème de ce chapitre porte sur l'expérience émotionnelle et psychologique de l'avortement. Lors des entretiens avec les femmes, celles-ci ont raconté leur vécu émotionnel et partagé leurs réflexions au sujet de leur avortement. Elles ont également abordé les effets de cette expérience. Ainsi, les femmes ont décrit comment elles ont vécu personnellement leur expérience de l'avortement en mettant l'accent sur les principaux sentiments associés à l'expérience de l'avortement et elles ont discuté des effets de cette expérience sur elles-mêmes, leur sexualité, la contraception et les relations interpersonnelles.

Les sentiments associés à l'expérience de l'avortement. Préalablement à l'avortement, plusieurs femmes s'étaient préparées à des scénarios catastrophiques dans lesquels elles devraient affronter le regard des autres, la désapprobation sociale, le harcèlement et subir de la douleur et un traumatisme. Elles ont donc été surprises de constater que leur expérience de l'avortement a été simple, rapide, peu douloureuse. Elles ont été surprises de constater la banalité de l'expérience et relatent qu'elles ne se sont pas senties bouleversées à la suite de la procédure.

Mais à part de ça, dire avoir mal, ce n'était pas plus pire que des crampes menstruelles. Et moi je m'attendais à pire que ça. Le monde conte ça assez épeurant. Ils sont comme : « C'est la fin du monde. Tu vas être traumatisé quand tu sors de là. » Non. Je n'étais pas traumatisée. Pas pantoute (Annick).

Ce n'était pas le terrible que je m'étais imaginé dans ma tête. Je pensais que j'allais être consciente quand ils allaient faire ça Je pensais vraiment que ça allait être comme une journée horrible. Que tout le monde allait être de

mauvaise humeur ou je ne sais pas. Mais ce n'était pas si pire que ça. Peut-être que je m'étais attendu à pire et j'ai été agréablement surprise (Véronique).

Ainsi, pour plusieurs femmes, cette expérience a été bénéfique en plus d'être caractérisée par des sentiments de liberté, d'indépendance et d'agentivité corporelle. C'est ce que raconte Joline, qui a témoigné d'une fierté certaine d'avoir maintenu le cap malgré les pressions subies à poursuivre sa grossesse.

Parce que j'ai toujours été une personne qui est une *follower*. Comme je suis beaucoup les autres et je trouve que pour ça j'ai vraiment bien *stander up* à mes choix. Et je suis pas mal fière de ça (Joline).

Le sentiment généralement ressenti à la suite de l'avortement est le soulagement, et ce, d'autant plus que le processus pour y avoir accès est compliqué, du fait qu'il nécessite plusieurs démarches, et que le délai entre la décision d'avorter et la procédure à proprement dit apparaît comme une éternité. Tout cela n'a pas été sans mobiliser beaucoup d'énergie émotionnelle en plus de bouleverser le quotidien des femmes rencontrées. Elles se sont donc senties soulagées une fois l'expérience terminée.

J'ai trouvé ça long. Je trouve que c'est long. Ils m'avaient dit que mon rendez-vous était à 10 h 50, je pense. C'est parce qu'il y a tellement d'affaires. Oui, je comprends qu'ils veulent être certains que tu sois certaine. Je trouve ça bien. Mais je trouve que quand tu sors de là tu es assez fatiguée. Faut dire qu'il y avait beaucoup de filles quand je suis allée là. Il y avait comme une dizaine de filles dans la clinique. Tu passes en premier, tu t'en vas rencontrer la secrétaire. Tu remplis tes papiers. Tu vas lui porter tes papiers. Après ça tu t'en vas passer ton échographie. Après ça tu reviens. Après ça tu t'en vas rencontrer la psychologue. Après ça tu reviens puis là il faut que ton calmant fasse effet. [...] Hey ça veut dire que je suis rentrée dans la clinique pour l'opération, il devait être comme 3 heures (Tina).

Comme moi, veut, ne veut pas, il y a eu un soulagement là-dedans que : « OK je reprends ma vie normale. » Je fais plein, plein, plein de choses dans la vie. Comme je te dis, je suis hyperactive. Je n'arrête pas. Mais ça aurait tout chamboulé ça (Annick).

Dans le même ordre d'idée, la très grande majorité des femmes interviewées pour la recherche ont affirmé avoir pris la meilleure décision en obtenant un avortement. Elles estiment qu'elles se retrouvent aujourd'hui dans de meilleures conditions de vie que si elles avaient poursuivi la grossesse et elles constatent les impacts qu'aurait eus sur elles le fait d'avoir un enfant à charge

I feel great about it. I know that I made the right decision both times. I know that I wouldn't be where I am right now if I hadn't made that decision and I am really really glad that I did. I am so much further in my career right now. I am extremely independent. I have a great place to live, I have some savings. I have freedom that I wouldn't have if I had two children right now or even one. And I know, knowing how happy I am right now, I wouldn't have been happy having those children. I feel that it was the best decision for me (Megan).

Je sais que j'ai pris la bonne décision. Et plus que je vieillis, plus que je me dis qu'on n'a pas la même patience que même il y a deux ans. Tu comprends ? Patrick n'a pas la même patience. On a réaménagé par ici. Je me dis qu'on vit tellement de choses et on est juste deux. (Tina)

De ce fait, la majorité des participantes soutiennent ne pas avoir de regret ou de remise en question à la suite de leur avortement. Cela ne veut pas dire que tout s'est bien déroulé et qu'elles n'ont eu aucun écueil à surmonter. Lorsque des participantes ont exprimé du regret, celui-ci se rattachait à l'ambivalence ressentie avant la procédure. Une participante ayant ressenti une grande ambivalence au moment de prendre la décision a

affirmé avoir des difficultés à accepter l'avortement et a continué à réfléchir aux solutions qui auraient permis la poursuite de la grossesse à la suite de la procédure.

Je me dis qu'on aurait pu, en *retrospect*, en regardant ça après, qu'on aurait pu vendre la maison. Qu'on aurait pu, peut-être, réorganiser nos vies. Mais c'est certain que ce n'était pas des solutions garanties. [...] Tu te dis : « Ça aurais-tu été difficile ? » je ne veux pas dire que je veux me punir avec cette pensée, mais je vois mes amis qui ont eu des enfants un peu de la même façon, si proche, et c'est vrai que c'est intense comme bébé (Noëlla).

Également, des réactions émotionnelles négatives à l'avortement étaient plus susceptibles de se présenter lorsque les femmes estimaient que la décision d'avortement n'était pas entièrement la leur, notamment lorsque des pressions avaient été exercées par des personnes significatives de leur entourage pour avorter.

I'm just starting to feel like better about like the all abortion thing now. And I think part of the reason I was so incredibly down about it it's because he was here, and I was resentful towards him. Because of what the position he kind of put me in. [...] I definitely felt tricked or feel tricked now. But I am not letting that ruin my life anymore. [...] So it's wasn't fun but like now I feel it was the right decision because I'd have a child on my own at 26 years old with one income (Emily).

Malgré la présence de sentiments positifs, des sentiments de honte et de culpabilité ont quand même pris une place importante pour certaines participantes. Si la poursuite de la grossesse à un jeune âge est particulièrement critiquée — les jeunes femmes étant perçues trop immatures pour être de bons parents — il est plus difficile d'accepter l'avortement lorsqu'il est le fait de femmes plus âgées ou installées dans la vie. Ces sentiments sont souvent associés au fait que les participantes concernées avaient l'âge où

il est normalement attendu que les femmes deviennent mères et qu'elles possédaient la maturité, les capacités et les ressources nécessaires à le devenir.

C'était en même temps un peu une gêne, rendue à l'âge que j'étais. [...] là, je me disais : « Mon dieu j'ai 40 ans. Ils vont se dire pourquoi qu'elle ne garde pas son enfant. » C'était plus ça qui m'avait traversé la tête un peu. C'est pour ça que j'étais comme plus gênée (Tina).

Je me trouvais lâche à cause de ça. Je suis lâche de ne pas vivre ça et de ne pas élever mon enfant quand qu'eux autres sont dans la grosse misère. Il en a une qui est rendue au troisième et elle a 20 ans. Elle a trois enfants à 20 ans. J'ai un char, j'ai de l'argent, je vais en vacances. J'ai tout qu'est-ce que j'ai de besoin, mais moi, je ne me sentais pas prête dans ce temps-là (Annick).

Ensuite, certaines participantes se sont senties coupables et se sont grandement reproché la survenue d'une grossesse non planifiée, estimant qu'elles auraient dû savoir éviter la grossesse. À ce titre, trois participantes ont expliqué s'être senties coupables de l'échec du moyen de contraception ou encore de leur non-utilisation. Même si la contraception est vue comme étant une responsabilité partagée entre les partenaires, les participantes concernées se jugent néanmoins plus sévèrement qu'elles ne jugent leur partenaire du fait de la grossesse imprévue.

Je me suis sentie vraiment coupable. Ça, c'était probablement le pire. Parce que je le sais. Je sais quelles actions mènent à la grossesse avec quand même assez de certitude. Donc je me suis sentie coupable du coup, parce qu'en sachant tout ça, je n'ai quand même pas pris toutes les précautions je pense que j'aurais dû. Donc il y avait la culpabilité (Noëlla).

Fait que ce n'est pas la faute à personne, ce n'est pas la faute à lui. S'il y a de quoi, c'est plus ma faute à moi. On le sait les femmes là (Rachel).

Par leurs propos, ces femmes ont rendu compte de l'attribution sociale aux femmes à gouverner et réguler leur fertilité. Aussi subtil soit-il, le langage qu'elles adoptent en discutant de la survenue de la grossesse non prévue témoigne d'une importante responsabilisation, et par le fait même, d'une culpabilisation face à cet événement. À cet effet, même si Véronique s'est sentie irresponsable, elle se montre très critique envers ce discours qui impute aux femmes la responsabilité de leur fécondité et celui représentant celles qui deviennent enceintes sans le vouloir comme faisant preuve d'insouciance ou encore, d'une sexualité débridée.

J'étais fâchée après moi. Je *feélais* irresponsable. On associe souvent ça avec les gens qui ne se protègent pas ou qui couchent à gauche et à droite. Fait que c'était comme le *feeling* que j'avais, même si je savais que ce n'était pas vrai. C'est stigmatisé beaucoup, fait qu'on *feel* de telle manière, mais on ne devrait pas, mais c'est juste qu'on dirait que la société nous encourage à *feeler* comme ça (Véronique).

Également, cette perception sociale répandue selon laquelle l'avortement équivaut à un meurtre a été soulevée à plusieurs reprises lors des entretiens. Quelques femmes ont ainsi éprouvé de la culpabilité en raison de cette idée. Plus précisément, elles se sont responsabilisées et culpabilisées par le fait qu'un être n'est pas eu droit à la vie en raison de leurs choix et désir personnels.

Parfois, on a honte de ça, mon conjoint et moi, mais financièrement... La fatigue aurait peut-être passé. Notre santé mentale bien, elle se serait soignée après cette première année, mais au niveau des finances... La culpabilité et c'est ça, savoir que j'avais enlevé ce potentiel de l'univers ou de notre réalité. Que j'avais mis fin à ce potentiel-là. Ça m'a vraiment fait de quoi (Noëlla).

À cause, tu sais, ce n'est pas à prendre à la légère quand même. Parce que ça aurait été un enfant. Ce n'est pas juste une relation que finalement il n'y a rien qui retourne de ça. Tandis que là, qu'est-ce qui en retourne de ça c'est que c'est un autre être humain. C'est probablement la seule raison pourquoi je me sens mal par rapport à ça (Véronique).

Par ailleurs, les femmes font preuve de précaution lorsqu'elles discutent de leur rapport à la maternité et aux enfants, puisqu'elles sont conscientes que l'avortement est perçu comme déviant des normes de genre et valeurs associées à la féminité. Notamment, elles ont insisté sur le fait qu'elles aiment les enfants ou encore qu'elles ont les habiletés pour être de bonnes mères. Comme quoi, même si elles avaient refusé cette maternité, elles correspondent tout de même aux normes de genre et valeurs liées à la féminité et qu'elles ne ressemblent en rien à cette idée que les femmes qui ont des avortements n'aiment pas et ne souhaitent pas avoir d'enfants.

Ce n'est pas que je ne voulais pas avoir d'enfant, je savais que j'avais l'instinct maternel (Tina).

Comme j'ai dit, j'ai toujours adoré les enfants. J'étais celle-là qui gardait tous les enfants du quartier, tous les enfants de la famille. Ma mère avait une famille de 8 enfants et elle était la plus vieille donc il y avait beaucoup de petits à jouer avec. J'ai toujours voulu des enfants (Noëlla).

Sans surprise, la très grande majorité des participantes ont attesté des tabous entourant toujours l'avortement. En effet, plusieurs ont affirmé que l'avortement est toujours socialement inacceptable que cela suscite encore des réactions sociales antagonistes et litigieuses. Par conséquent, l'avortement demeure une expérience stigmatisée et stigmatisante. Une seule s'inscrit en faux avec cette façon de percevoir

l'avortement. Elle croit que la perception sociale sur le sujet a grandement évolué et que l'avortement est désormais socialement accepté.

Ça reste encore un sujet tabou, même si on est en 2016. Tout le monde n'accepte pas encore ça et il y a encore gros de monde contre. Il y a encore des manifestations que je ne comprends même pas pourquoi qu'il y a des manifestations encore là-dessus (Annick).

Je trouve qu'il y a beaucoup moins de stigmas. C'est moins mal regardé que quand j'étais jeune. Tu peux prononcer le mot avortement sans te sentir super mal. [...] Maintenant, je trouve qu'il y a moins de stigmas (Tina).

Les effets de l'expérience de l'avortement. Lors des entretiens, il a aussi été question des effets perçus de l'avortement. Ainsi, les femmes ont raconté en détail comment cette expérience les a affectés émotionnellement, psychologiquement, physiquement et socialement.

Les effets sur soi. Parmi les participantes, très peu ont perçu des effets de l'expérience de l'avortement sur soi. Paradoxalement, le fait de ne pas ressentir d'effets négatifs a pu générer, chez certaines, l'impression d'être des femmes froides et insensibles.

Moi, je dis tout le temps que des fois je n'ai pas de cœur parce que je fais de quoi, je me vire de bord et je suis correcte. Comme j'ai passé au travers : « Bon c'est fait, c'est ça, moi je m'en vais par-là. » C'est fait astheure (Annick).

L'une d'elles a fait remarquer que cette représentation de l'avortement comme étant un événement tragique et horrible est véhiculée dans les médias et la culture

populaire et contribue à prescrire les réactions jugées appropriées à la suite de l'avortement.

On dirait que c'est l'image qu'ils essaient de nous véhiculer, que c'est vraiment grave. Mais moi je prenais juste ça comme --. Pas comme si ce n'était pas sérieux, mais comme si c'était --. Je ne voyais pas les effets négatifs (Véronique).

Toutefois, il importe de préciser qu'une participante a rapporté des effets significatifs et persistants de l'avortement sur sa santé mentale. Déjà vulnérable avant la survenue de la grossesse, Noëlla affirme avoir traversé une période caractérisée par une perte d'estime de soi et de la détresse psychologique, et ce, pendant plusieurs mois à la suite de la procédure. Sa souffrance a été telle qu'elle a généré des pensées suicidaires. Cela s'explique peut-être par le fait qu'elle aurait souhaité poursuivre sa grossesse si les conditions économiques avaient été favorables.

Je ne dirais pas que j'étais suicidaire, *but I did entertain thoughts of*. [...] Je ne dis pas que j'étais prête à passer à l'acte, mais j'y ai réfléchi. Puis à un point, le soir j'ai juste commencé à pleurer, et j'ai expliqué ça à mon conjoint, ces moments pendant la procédure. [...] Mais juste j'ai pu me questionner davantage et en apprendre sur moi-même. [...] J'ai été forcée à vraiment regarder ça. Et puis on a tous une santé mentale qu'on doit soigner. J'ai réalisé que pour plusieurs années, j'avais négligé la mienne. Là c'était devenu critique (Noëlla).

Les effets sur la sexualité et la contraception. Plusieurs femmes ont mentionné que l'avortement a eu des impacts sur leur sexualité, notamment sur leur libido pendant une certaine période où elles se sont volontairement abstenues d'avoir des relations sexuelles. Certaines participantes ont témoigné que les relations sexuelles provoquaient

alors une anxiété reliée à la crainte qu'une grossesse non désirée survienne à nouveau. D'autres ont attribué la diminution du désir sexuel aux effets de la méthode de contraception utilisée à la suite de l'avortement, plutôt qu'à la procédure en tant que telle.

I went on the needle, the birth control needle too and it takes away my sexual desire. So yeah, no, for a long time, no I didn't. It just gave me anxiety to have sex, I guess. So I didn't want to (Megan).

L'expérience de l'avortement a aussi amené plusieurs participantes à discuter et parfois renégocier les pratiques contraceptives au sein de leur couple. Certains partenaires ont proposé de subir une vasectomie, même si au moment de l'entrevue aucun d'entre eux n'a été de l'avant. La contraception est donc restée du ressort des participantes.

Mon mari avait dit qu'il allait se faire vasectomiser. Mais là, il n'y allait pas et il n'y allait pas. Là j'ai dit : « écoute, je m'excuse, mais j'ai acheté une boîte de condom, mais je ne commencerai pas à en acheter tous les mois, tout le temps, parce que tu ne veux pas aller te faire opérer. Moi, surtout pour une femme, je n'avais pas eu d'enfants et de moins en moins ils font d'opérations pour les femmes (Tina).

Les effets sur les relations interpersonnelles. Les participantes ont aussi soulevé des effets de l'expérience sur leurs relations interpersonnelles. La plupart n'ont rapporté aucun effet négatif de l'avortement sur les relations amoureuses, mais ont plutôt constaté que l'expérience les avait rapprochés de leur partenaire amoureux tout en solidifiant leur relation.

Vivre ça ensemble, ça nous a vraiment rapprochés à plein. Puis on sait qu'il n'y aura pas de limite à qu'est-ce qu'on peut se dire et qu'est-ce qu'on peut passer au travers après ça (Annick).

D'autres ont plutôt constaté une fragilisation de la relation amoureuse à la suite de l'avortement. Ainsi, comme explicitée précédemment, Noëlla s'est sentie grandement affectée par l'interruption de sa grossesse au point où cela s'est répercuté sur sa vie de couple.

Comme j'ai mentionné tout à l'heure c'était un temps où pour les 4, 5 mois suivants où je me détestais profondément et je pense qu'il y avait peu de choses qui me motivaient dans la vie, peu de choses qui m'intéressaient dans la vie. Donc ça, c'était une période très difficile à vivre pour lui, je pense, pour ma fille. Donc il questionnait un peu où la relation pouvait aller (Noëlla).

La divulgation et le soutien perçu dans l'expérience de l'avortement et soutien perçu et reçu de la part du réseau formel et informel

L'avortement représente une expérience reproductive sensible et particulièrement solitaire. De ce fait, le soutien social est susceptible de jouer un rôle important dans la perception et l'adaptation à cette expérience. Les femmes ont rapporté avoir reçu deux types de soutien, soit informel et formel, provenant de diverses sources telles que le conjoint, les amis, la famille de même que les professionnels de la santé. Or, afin d'être soutenues durant l'expérience, les femmes doivent inévitablement se dévoiler aux autres. C'est pourquoi cette section débute par le thème de la divulgation de l'avortement.

Les enjeux de la divulgation de son expérience de l'avortement. La divulgation de son expérience de l'avortement a représenté un enjeu pour plusieurs participantes. Toutes les femmes ayant participé à cette recherche ont discuté de leur avortement avec

au moins une personne de leur entourage. Cependant, elles l'ont fait prudemment, choisissant judicieusement les personnes recevant leurs confidences, de crainte de se faire juger et rejeter par les membres de leur entourage. C'est pourquoi elles ont été très sélectives lors de leur divulgation. Elles ont limité cette information aux personnes en qui elles avaient confiance et en ont parlé que lorsqu'elles étaient assurées de ne pas être critiquées, blâmées ou culpabilisées d'avoir eu recours à l'avortement.

J'ai vraiment de bonnes chums. Probablement qu'elles ne me jugeraient pas, mais juste le regard de ça, non ça ne me tentait pas de vivre ça fait qu'on a gardé ça entre nous autres (Annick).

One of my main concern was being judged and shunned by my friends. And I mean, I know my very, very best friend was not going to do that, and I knew another friend of mine wasn't like the rest of them like the other four, five people that I told what I was going to do. I was unsure. I kind of thought they were going to be good, but I never had that discussion about their views on it with them, so I wasn't sure how they were going to take it. So, I was just worried about losing all my friends or whatever and not having anyone there to support me because I wasn't feeling supported from my boyfriend at the time, really (Emily).

Cette crainte d'être stigmatisée fut telle que des participantes ont dissimulé leur grossesse et tenté de préserver le secret entourant leur avortement, notamment en mentant à leur entourage sur l'issue de la grossesse ou en choisissant de se faire avorter à l'extérieur de leur communauté, là où personne ne les reconnaîtrait.

Like a couple of my coworkers, the ones that know don't exactly know the truth because they are not prochoice. I just said, "I lost it." and that's like all I said. And I feel like crap for lying about it. Like, that's one of the things that I feel so guilty about, but they are not prochoice, and I have to work in an already contentious environment, and I didn't want to make it worse for myself. And that's just kind of what it stayed at and nobody knows still. And

I'm never going to tell either because I just don't talk about with anyone at work because I don't want to have to lie again (Emily).

Puis il le faisait avant à Fredericton dans un bureau privé, je pense, et puis là c'est fermé ou en tout cas. J'ai checké sur internet et quand j'ai vu : Moncton, à l'hôpital, j'ai fait : « OK c'est là que je vais. » Ça ne paraîtra pas. [...] Puis même ma *roomate* qui est venue me mener à l'hôpital. Tu sais, moi j'ai le diabète de type 1, fait que ça paraissait comme si j'avais juste un rendez-vous sur le médecin [...] Je n'avais pas vraiment envie de lui dire non plus parce qu'elle ne le savait pas dans ce temps-là (Véronique).

D'autres raisons expliquent la discrétion de certaines femmes quant à la divulgation, notamment le fait de ne tout simplement pas ressentir le besoin de parler de la situation. Pour les femmes concernées, l'avortement relève du domaine privé qui ne concerne personne d'autre qu'elles. Avoir à gérer et à recevoir les réactions des autres est alors apparu pour le moins rébarbatif.

Je n'en ai pas parlé à mes parents. Mais je sais que je vais leur en parler. Mais le fait est que la seule raison pourquoi je n'en ai pas parlé, c'est parce que je pense que je ne voulais pas faire la grosse affaire avec ça. Comme ma mère, je sais qu'elle me supporterait, mais je ne veux pas. Parce que pour moi ce n'est tellement pas la grosse affaire que comme je ne voulais pas l'inquiéter pour ma santé mentale. Parce que pour moi ce n'est pas quelque chose qui m'a dérangé. Mais pour elle, elle aurait probablement voulu plus que j'en parle et blablabla, mais moi j'étais correct (Joline).

Ce n'est pas le premier sujet de conversation. Je n'en parlerai pas avec n'importe qui. Je vais faire attention parce que pour moi c'est personnel. Pas parce que je me suis fait avorter, parce que pour moi ce n'est pas l'affaire de l'avortement, c'est que pour moi c'était quelque chose de personnel (Tina).

Malgré tout, la moitié des femmes interviewées ont affirmé avoir de la facilité à parler de leur expérience à d'autres et ne pas se préoccuper du regard que les gens

pourraient poser sur leur vécu. Celles-ci se sont dites particulièrement à l'aise de parler de leur avortement lorsque cette expérience pouvait servir à éduquer, sensibiliser ou défendre le droit à l'avortement. D'ailleurs, quelques participantes sont depuis intéressées et même engagées dans des activités pro-choix.

I talk about it a lot. I was a member of the Abortion Right Coalition of Canada for a few years. So, I did a lot of work with them. Anyone of my friends, a lot of my friends, most of my friends know that I had one, so if they end up pregnant they need some information on it "here is my number, give your friend my number." So I have talked to a bunch of strangers about it and it's never to convince them to do anything either way, it's "it's not as scary as you think it is. I've been through it. I've done it twice or one." depending on when I talked to them (Megan).

I would speak out about it. I would tell my experience to help other people for sure. Like I am following all these women's marches and everything that has been going on and different groups. I was talking to one woman about a reproduction group in Fredericton. So, I would totally go to protest. I would tell people about my experience. I wouldn't care if people knew. (Because it would help.) Yes (Erika).

Le soutien de l'entourage. Malgré les craintes et les appréhensions de départ quant à la divulgation, il n'en reste pas moins que les participantes s'entendent pour dire que le soutien de leurs proches a été primordial. La majorité estime avoir été soutenue par leurs amis, les membres de la famille et leur partenaire amoureux. Ces extraits illustrent l'importance pour les femmes d'avoir été validées dans leur décision de mettre fin à la grossesse.

Ça prend quelqu'un qui ne juge pas. Ça prend quelqu'un qui est capable d'accepter ta décision. Quand ce n'est pas ton conjoint, ça prend quelqu'un qui est capable de t'aider là-dedans et que tu sais que tu peux parler à (Annick).

Just to reassure me that I was doing the right thing. You know you can tell yourself as much as you want to that this is the right thing to do, but sometimes you just want someone else to go “you know you're doing the good thing. You are going to be ok.” just reassurance, I guess (Megan).

Le soutien du partenaire amoureux. Plus de la moitié des femmes ayant participé à cette recherche était en relation de couple avec l’homme impliqué dans la grossesse au moment de l’avortement. Ainsi, ces participantes ont souhaité et jugé important d’obtenir du soutien de la part de leur partenaire amoureux durant cette expérience. Le soutien recherché par les participantes s’est traduit par de l’écoute, de la compréhension ainsi que la participation dans les démarches pour obtenir un avortement. Pour ces femmes, puisque leur conjoint est concerné par la grossesse et en est également responsable, il était important qu’il s’engage dans le processus conduisant à son interruption. Par ailleurs, du fait de l’engagement mutuel l’un envers l’autre, de l’amour ressenti et de l’intimité partagée, le soutien du conjoint est apparu comme étant particulièrement primordial.

Qu’il soit avec moi du début jusqu’à la fin, pour moi ç’a été vraiment l’important. Parce que dans le fin fond c’est lui mon meilleur ami. C’est mon confident, c’est mon mari maintenant. C’est ma famille, c’est sûr (Tina).

I did want him to go because at the time I still loved him, and all that stuff and I wanted him there and I believed what he had been saying to me as the truth. So, I trusted him. And so, I wanted him there because I was like “this is half your problem too.” it's my body, but this is sort of on you as well kind a say. So no, I wanted him there with me (Emily).

D’ailleurs, pour plusieurs des femmes, le partenaire amoureux a fréquemment représenté la seule source de soutien dans cette expérience. Les femmes interviewées ont

cru qu'aucune autre personne n'aurait pu mieux combler ce besoin de réassurance émotive que leur conjoint a comblé. Cela explique que les participantes se confient à très peu de gens sur leur expérience de l'avortement, si ce n'est le partenaire amoureux.

Super bien parce que j'étais appuyée et moi je ne voulais pas en parler à personne et c'était le seul que je pouvais en parler avec, c'était lui. Fait qu'une chance qu'il était là. Une chance que je l'ai eu avec moi (Annick).

Le soutien je l'avais avec mon chum. J'ai eu des petites journées que j'avais plus de peine que d'autres, mais lui était là pour m'aider avec ça. Fait que je n'ai pas eu besoin d'autres ressources, de consulter, de rien d'autre parce que mon chum était là (Tina).

D'autres ont plutôt exprimé une certaine réserve quant au soutien offert par le partenaire. C'est notamment le cas des participantes qui ont voulu exprimer leurs émotions et discuter de l'expérience avec leur conjoint alors que ce dernier semblait détaché de la situation et plus orienté vers la recherche de solutions. Cette disparité entre les besoins des unes à se confier et des autres à se centrer sur l'action a généré frustrations et déceptions.

Mais mon chum, je ne sais pas s'il comprend ces affaires-là. Je ne sais pas. C'est un gars, je ne sais pas. Il était jeune. Il *dealait* de sa propre manière *I guess*. Mais il ne faisait rien pour ne pas me supporter, mais il ne faisait pas rien non plus, de plus pour me supporter. Il n'a jamais été quelqu'un qui comprend les problèmes mentaux. Il n'est pas ouvert au fait de comment les autres se sentent ou comment même lui-même se sent. [...] Dans ma tête je savais que j'allais lui expliquer et que j'allais juste être déçue par sa réaction, fait que je ne le faisais pas (Joline).

I was starting to feel not supported because it's almost like as soon as it was over, he didn't have to think about it anymore, so he didn't want to deal with it. He would tell me things like "you got to figure out a way to deal with it. You got to deal with it. Not just sitting around crying all the time." it's like he wasn't even trying to understand. He just wanted me to stop being emotional, you know (Emily).

Enfin, deux participantes ont attesté d'une absence de soutien de la part de l'homme concerné par la grossesse. Une des participantes n'a pas été crue par son partenaire lorsqu'elle lui a annoncé la grossesse et a été accusée d'inventer cette situation afin de maintenir la relation. Alors que l'autre relate que son ex-copain s'est montré désintéressé et insensible face à la situation.

It was a really bad decision. I felt that it was half his responsibility and he should take me to my appointment and help me out with it. You know this is something that we both did. And we both had to deal with it. Just because it wasn't his body doesn't mean he gets to sleep in and partly because he doesn't have to. If I could go back and change it, I would. He wasn't helpful. He didn't care. He wasn't mature. He didn't understand the gravity of the situation. Not that I wanted him to pick a cross and carry it or whatever. I just wanted you know some compassion. I realize we weren't together anymore, but you know we almost had a child together (Megan).

Mais lui avec qui j'ai eu un avortement avec, croit que je n'ai pas eu. Il ne croit pas que c'est vrai. Il croit que j'ai juste fait semblant que j'étais tombée enceinte pour l'avoir. So, au jour d'aujourd'hui, il ne croit vraiment quand même pas que j'étais enceinte (Aurélie).

Le soutien des amis. Plusieurs des participantes ont recherché du soutien auprès d'amis en majorité des femmes, mais aussi des hommes, au moment de l'avortement. Le soutien reçu se traduit de multiples façons et apparaît à divers moments durant l'expérience, notamment par leur présence, leur écoute, les conseils prodigués, l'accompagnement offert au moment de la procédure et l'aide apportée dans la planification de l'avortement. Leur compréhension et leur non-jugement ont également été soulignés et grandement appréciés par les participantes. D'ailleurs, en dépit de recevoir du soutien auprès de leur partenaire, certaines femmes se sont tournées vers leur réseau

d'amitié. Elles ont affirmé que sans le soutien moral de leurs amis, elles auraient eu de la difficulté à traverser l'expérience. C'est ce que racontent Megan et Emily.

I was never made to feel like I was doing anything wrong in the entire procedure. I ran into a couple of those people on the way. They don't bother me because of the friends that I do have, the people that are close enough to me, supported me the entire way (Megan).

They were great. Like anytime I needed to talk they'd be there, anytime I needed to go out for coffee, just get out of the house. It's not the same type of support as it would have been coming from partner. It's just different coming from friends and them but it's just as well. I am really --. I don't know what I would have done without them. Like I would have gone crazy probably. If he was the only one around, I don't know what I would have done (Emily).

Cependant, le soutien provenant des amis n'a pas toujours été présent. À certaines occasions, des participantes ont vécu des situations dans lesquelles elles se sont senties incomprises, jugées et rejetées par des amis en raison de leur avortement. Dans le cas d'une participante en particulier, la relation d'amitié s'est rompue à la suite de l'avortement.

Et pour mon autre amie, je me suis aperçu - pas au moment, mais dans les années depuis, j'ai pris ma distance d'elle par moment. Puis j'ai dû me questionner : « C'est-tu parce que je pense qu'elle me juge ? C'est-tu parce que j'ai cette période de ma vie que parfois je préfère mettre de côté ? » Je me suis dit toutes ces choses-là. Donc je me suis aperçue que j'ai dû faire un effort pour cette amitié par la suite. En tout cas, je n'en ai pas tiré des conclusions définitives, mais c'est une réflexion que j'ai eue (Noëlla).

She is like "why would you be doing this? Why wouldn't want it?" she has two kids, but she wanted more, and she lost a tube or something. Anyway, so she was having an extra hard time getting pregnant around that time, because she wanted a third one. So, she pretends to be supportive at first but then she just stops talking to me. Like completely and like blocked me on

Facebook and all the stuff. I just kind of automatically figure out why. But the rest of my friends were great (Emily).

Le soutien de la famille. Le soutien de la famille a été peu recherché parmi les femmes ayant participé à cette recherche. De nombreuses femmes ont affirmé qu'elles n'en ont parlé à aucun membre de leur famille et qu'elles n'ont pas l'intention de le faire en raison de leurs perceptions négatives de l'avortement. Cela explique que seule une minorité de participantes a recherché du soutien auprès des membres de leur famille.

Ma mère ce n'est jamais la première personne que je vais voir quand je veux discuter de dequoi, de toute façon. Mon père n'aurait pas été, je pense, à l'aise. Même si je sais qu'il voudrait être un soutien, je ne pense pas qu'il aurait pu vraiment se positionner là d'une façon confortable. Puis la mère à mon conjoint n'aurait pas compris, c'est certain qu'elle aurait pleuré, qu'elle n'aurait pas lâché le sujet et je pense que ça aurait été l'horreur (Noëlla).

Parmi les participantes, seulement trois femmes se sont confiées à des membres de leur famille. Tout comme avec les partenaires amoureux et les amis, le soutien recherché auprès des membres de la famille a été de type émotionnel. Ce soutien est alors offert par des femmes telles que la mère ou une sœur.

Ma sœur, elle étudie en études des femmes. Fais qu'elle était vraiment zéro jugement là-dedans. Puis c'est elle qui m'a vraiment aidé à prendre ma décision pour sûr. Pour moi, on dirait que j'étais encore comme sur la méthode de penser que ce n'était pas bien vu se faire avorter et c'est elle qui était comme : bien non, on est en 2015 quand même. Ce n'est plus l'affaire. Tu peux le faire. J'étais comme OK. C'est vrai (Joline).

Parmi les participantes qui se sont confiées à leur famille, une femme a rapporté une absence de soutien lorsqu'elle s'est confiée à un membre de la famille au sujet de son

avortement. De prime abord, les commentaires et les questions de sa mère ont semblé traduire de la désapprobation envers l'avortement, mais par la suite, elle a cru que celle-ci s'était inquiétée et avait voulu s'assurer du bien-être de sa fille.

So, when I first told her I was pregnant, her reaction was just curse words "oh shit.". Not yelling at me or anything. Then when I was first talking to her about what I wanted to do she was just like "are you sure you really want to do that? Do you really want to do that?" and looking back now, I think she was just looking out for me to make sure that I really wanted to do it and wasn't being pressured because she knows what my ex was like. He was very controlling, kind of in a nice way, so it didn't really come across like that. Anyway, I think she really was just looking out for me. Because she let us use her car to go up. She brought me stuff afterwards like pads and ice cream and all that stuff. But at the time, her constantly asking me, before it happened "Are you sure you want to do this?" that sucks. I felt judged even if that was not her intention because her choices of words were not the best (Emily).

Le soutien des réseaux formels. La plupart des établissements qui offrent la procédure d'avortement permettent de consulter une intervenante sociale ou un médecin lors du suivi de l'intervention. Cette rencontre a permis aux femmes de discuter et d'obtenir de l'aide, mais a surtout permis d'affirmer leur certitude à mettre fin à la grossesse. Si plusieurs ont apprécié cette opportunité, d'autres l'ont plutôt jugée inutile.

Elle a dit : « tu es sûr que tu veux faire un avortement ? » et blablabla. J'étais comme oui, oui ! Je voulais juste décoller. C'est comme *blurred*, mais je m'en rappelle qu'elle me demandait : « tu es sûre ? Peut-être que tu vas le regretter. » Mais j'étais assez sûre de ma décision. Je n'étais pas open à rien (Aurélie).

Il y avait une infirmière qui est venue pour : « vous êtes Mme, bla, bla, bla. » et puis : « Vous êtes consciente de qu'est-ce qui se passe aujourd'hui ? » Puis il me semble qu'elle m'avait demandé si je voulais parler avec quelqu'un. Puis j'ai dit : « non, je suis correcte. » (Rachel).

Tout de même, certaines participantes ont fortement ressenti le besoin de se confier à quelqu'un de neutre et de professionnel avant leur avortement. Ces extraits illustrent comment cet espace de discussion et de relation d'aide offerte avant l'avortement a été bénéfique et crucial pour ces participantes qui ont cherché à être rassurées et éclairées sur leur choix.

Parce que je n'en avais pas parlé à personne fait que ça débordait. Ça voulait juste sortir. J'avais envie de le dire à quelqu'un. Elle m'a dit d'arrêter de *feeler* coupable et que tout était correct et que je devrais en parler. Elle m'a juste pas mal réconforté parce que j'avais de la peine. C'était pas mal juste ça. C'était bizarre un petit peu au téléphone, mais après quand je l'ai vu en vrai j'avais de la facilité à lui parler. Elle m'a posé les questions que tu me poses à peu près et elle me réconfortait. C'était pas mal ça que c'était. Ça l'a juste fait du bien et après ça j'étais comme ouf. J'ai pu partir en paix, après (Véronique).

J'ai été rencontrer la conseillère et la stagiaire qui était avec elle. Et j'ai commencé à parler et je réalisais que je n'étais pas prête tout de suite. J'avais réservé, mais je n'avais pas pu aller de l'avant avec cette journée-là. Ce qu'elle m'avait dit, et c'était resté avec moi : « *Can you afford to do it? Or is too much not to do it?* » Comme vraiment : c'est quoi qui pèse le plus ? Puis je lui avais dit que je n'y avais pas réfléchi assez (Noëlla).

Également, à la suite de la procédure, les établissements suggèrent aux femmes de contacter un médecin afin d'effectuer un suivi médical. Plusieurs participantes n'ont pas écouté cette consigne puisqu'elles ne se sont pas senties à l'aise de parler de leur expérience avec leur médecin de famille ou encore, n'ont pas senti le besoin d'en discuter avec lui.

Un moment donné ils disent -- pas pendant qu'ils te le font, mais la première rencontre ils te disent : « Mème l'avortement soit fini, trois semaines après faut que tu ailles rencontrer ton médecin de famille pour faire un suivi. »

Là, j'ai fait comme : « Je vais être obligé d'y dire ça moi. » Puis moi mon médecin me suit depuis que je suis toute petite (Annick).

Ils m'avaient donné un rendez-vous avec un médecin, mais je ne suis pas allée. Si émotionnellement je ne me sentais pas bien, pas bien assez forte et que j'avais besoin vraiment d'un appui, j'aurais été voir (Tina).

À la connaissance des participantes, aucune autre ressource d'aide formelle, pro-choix et spécifique aux femmes ayant vécu un avortement n'existe. Entre autres, une participante a cherché à obtenir du soutien professionnel à la suite de son avortement. Or, elle a constaté que les ressources d'aides existantes sont très limitées, informelles et privées - donc coûteuses, qu'elles présentent une longue liste d'attente ou encore, sont à vocation anti-choix ou religieuse ou ne concernent pas l'interruption de grossesse.

Je ne réalisais pas qu'il y avait peu de soutien par après. Comme tu n'as pas comme un groupe de soutien [...] c'est plutôt des réseaux informels qui existent ou aller en pratique privée, qu'il n'y a pas beaucoup de monde qui peut se permettre. Pour les suivis en communauté avec santé mentale, quelqu'un avec un trouble psychiatrique important peut attendre un an et demi pour un suivi [...] Je sais qu'il y a un centre de santé sexuelle dans la région. Cette conseillère de la clinique était certainement ouverte à me donner son information. Je sais que dans la communauté il y a aussi un *Birth Right* et le *Pregnancy Resources Center*. Mais ils n'encouragent certainement pas l'avortement [...] Je trouve que les ressources, en termes de thérapeute ou quelqu'un qui travaille uniquement sur ça, moi je ne suis pas au courant de quoi que ce soit. Le plus près que j'ai pu trouver c'est des thérapeutes qui travaillent sur le deuil périnatal (Noëlla).

L'expérience des services d'avortement en contexte néo-brunswickois

Le dernier thème de ce chapitre porte sur l'expérience des services d'avortement au Nouveau-Brunswick. Lors des entrevues, les participantes ont parlé de leur trajectoire pour accéder à un avortement dans la province et des obstacles qu'elles ont dû surmonter

pour obtenir le soin, notamment la méconnaissance des services d'avortement, la loi 84-20, soit l'approbation de deux médecins, le coût de l'avortement, les déplacements considérables pour obtenir un avortement et la présence de groupes et individus anti-choix autour des points de service d'avortement. Ce thème porte également sur la qualité des soins en contexte d'avortement. Enfin, la présentation des résultats se termine par les propositions des femmes sur ce qui devrait être fait pour améliorer l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick.

Les trajectoires de services. Comme il a été mentionné dans la problématique, le règlement provincial du Nouveau-Brunswick, 84-20, annexe 2 (a.1), adopté en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux prévoit que les services d'avortement soient remboursés par l'assurance-maladie seulement si les trois conditions suivantes sont réunies : 1) l'avortement est réalisé dans un hôpital ; 2) par un spécialiste en gynécologie ou en obstétrique ; et 3) deux médecins ont confirmé par écrit que l'avortement est médicalement nécessaire. Depuis le 1er janvier 2015, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a abrogé deux conditions de l'annexe 2 (a.1) du règlement 84-20, soit que l'avortement soit effectué par un spécialiste en gynécologie ou en obstétrique et que deux médecins aient confirmé par écrit que l'avortement étant médicalement nécessaire. Depuis ce changement législatif, il est désormais possible d'obtenir un avortement dans la province sans l'obligation que la demande soit approuvée pas quiconque. De plus, les femmes ont la possibilité d'organiser par elles-mêmes leur avortement en communiquant directement avec les milieux hospitaliers. Néanmoins, sept participantes ont obtenu un

avortement au moment où le règlement 84-20 était en vigueur et ont discuté de ces impacts sur leur expérience de l'avortement. Par ailleurs, la province interdit toujours le financement public des avortements réalisés en clinique privée et la condition de l'annexe 2 (a.1) du règlement 84-20 selon laquelle pour être couvert, l'avortement doit être effectué à l'hôpital demeure. Les hôpitaux offrant le service d'avortement imposent aussi des conditions d'accès qui se résument par des limites gestationnelles de 13 semaines et, à l'hôpital de Bathurst, à notre connaissance, un rendez-vous obligatoire préavortement. Compte tenu de ces conditions d'accès, les femmes doivent naviguer à travers une trajectoire de services peu compréhensible et souvent incohérente.

La majorité des participantes s'étant fait avorter avant le 1er janvier 2015 ont d'abord rencontré leur médecin de famille, puisque c'était la procédure obligatoire à suivre pour avoir de l'aide. Les femmes ont rencontré un médecin dans le but de recevoir de l'information sur les services d'avortement et obtenir de l'aide dans la planification de la procédure. Les médecins ont alors joué le rôle d'intermédiaire entre les femmes et les milieux hospitaliers en se chargeant de les contacter et de prendre rendez-vous pour la procédure.

Again, I was coming in to ask for this simple procedure. There wasn't "are you sure you want to do this?" I said, "you know, I am pregnant." and she saw that I looked really scared. And I said, "what can I do?" she said, "well there is a lot of things." we can start prenatal vitamins, we can send you to a counselor, we can get you to the George Dumont for an abortion." I said, "that's why I am here to talk about." and she said, "if you are sure?" and "I said yes I am sure." she said, "don't worry I'll make a call." and she referred me and then I went from there to George Dumont (Megan).

L'ensemble des participantes a dû attendre en moyenne 2 à 3 semaines avant d'obtenir l'avortement, ce qu'elles ont jugé comme étant un délai d'attente raisonnable, à l'exception d'une d'entre elles. Toutefois, plusieurs participantes avaient entamé la planification de leur avortement très tôt durant la grossesse et elles n'ont pas pu obtenir un rendez-vous immédiat. Puisque les hôpitaux effectuent des avortements jusqu'à 14 semaines de grossesse, les femmes ont eu l'impression qu'ils gèrent les priorités en fonction du stade d'avancement de la grossesse, priorisant celles plus avancées.

They based my wait time on how far along I was, and it was explained to me very well. You know you can't do it at 6 weeks because they wouldn't be able to tell if they got everything from the uterus. They also can't do it past 14 so the first time I was so far along it was really rushed up. And the second time they had an opening in they put me in based on how far along I was, and it was explained to me very well and the wait time seemed very reasonable to me (Megan).

Les obstacles rencontrés. L'accès au service d'avortement a été un aspect déterminant de l'expérience de l'avortement pour les participantes. La moitié d'entre elles a décrit un accès facile et sans obstacle à l'avortement. Tout de même, l'autre moitié des participantes parle d'un accès compliqué où elles ont dû suivre un processus laborieux afin d'obtenir la procédure. À travers les récits des participantes, il se dégage cinq principaux obstacles à l'accès à l'avortement, soit : la méconnaissance des services d'avortement, l'obtention de l'approbation de deux médecins (pour les participantes ayant obtenu leur avortement avant 2015), des déplacements considérables pour obtenir un avortement, la présence de groupes et individus anti-choix autour des points de service d'avortement et le coût du service de l'avortement.

La méconnaissance des services d'avortement. Une des premières difficultés rencontrées par les participantes est la méconnaissance des services d'avortement dans la province. Entre autres, certaines ont cru que l'avortement n'était pas gratuit et ne savaient pas où sont situés les points de services. De plus, quelques participantes ont noté la difficulté de trouver des informations véridiques et à jour sur les services d'avortement, notamment sur internet.

J'ai premièrement été au médecin à l'université et j'ai demandé comment ça se faisait à eux parce que je savais que sinon je savais que je n'avais probablement pas trouvé les bonnes affaires. Parce qu'il avait des informations qui devaient être datées des années passées. Fait que j'étais comme : ce n'est probablement plus comme ça. [...] C'est parce que la seule chose que j'ai trouvée c'est qu'il me fallait une référence du médecin et une référence du gynécologue pour pouvoir me faire un rendez-vous. Mais dans le fond, c'était plus simple que ça. J'avais juste besoin d'appeler moi-même et faire le rendez-vous (Joline).

Cette méconnaissance est exacerbée lorsque des professionnels de la santé sèment la confusion dans l'organisation du service d'avortement en raison de leur ignorance. En effet, deux participantes rapportent que les professionnels de la santé consultés ne semblaient ni connaître les services d'avortement ni savoir comment y accéder. C'est notamment le cas pour Tina qui s'est fait erronément référer par un établissement de santé vers un organisme anti-choix.

J'ai regardé le bottin et --. Ce n'est pas facile de trouver quelqu'un quand tu n'as pas de médecin de famille et que tu es toute seule. J'ai appelé un numéro. Je ne me rappelle même plus. Elle m'a référé à quelqu'un et c'était pro-vie. [...] (Tina).

Selon une participante, l'information sur l'avortement n'est pas suffisamment diffusée auprès de la population. Selon elle, de telles informations erronées sur les services d'avortement risquent de créer du stress et de décourager inutilement les femmes à poursuivre leur démarche pour obtenir un avortement en raison de la complexité à y accéder.

Ce qui me dérange, c'est que s'il y avait des filles qui aurait été : c'est peut-être trop compliqué. Je sais que si tu as une décision de faite, tu vas toute faire pour, mais il y aurait pu avoir quelqu'un qui se dit que c'est trop compliqué et qui ne va pas s'informer plus. Il y a encore des gens qui pensent qu'il faut payer pour. Que ce n'est pas *free*. Le monde ils ne sont pas informés (Joline).

La loi 84-20 : l'approbation de deux médecins. Plusieurs participantes se sont senties nerveuses et découragées à l'idée de devoir trouver deux médecins. Si la plupart des femmes avaient accès à un médecin de famille, mais n'en connaissaient pas un deuxième pour avoir un second avis favorable, d'autres n'avaient même pas accès au premier avis, n'ayant pas de médecin de famille. Ainsi, il est apparu incroyablement compliqué, voire irréaliste, de répondre, dans ce contexte, à l'exigence de ce règlement. Plusieurs participantes ont partagé leur crainte que cette obligation ne retarde le moment de l'avortement ou les empêche même de l'obtenir en raison des limites gestationnelles des hôpitaux.

I was 14 weeks and in New Brunswick and what do I do if I am further along than that and what do I do if I can't get in and I heard all of these horror stories online about needing two doctors to refer you. I only have one. And just a bunch of things. And I was so worried that I would end up with this child that I couldn't take care of and who might not be healthy just because of what it takes. So that was my biggest concern (Megan).

En raison de ce règlement, des participantes ont affirmé avoir obtenu leur avortement à la clinique Morgentaler afin d'échapper à ce processus et ces conditions. Comme mentionné ci-dessus, les soins d'avortement réalisés en clinique ne sont pas couverts par l'assurance-maladie de la province. De ce fait, les femmes obtenant un avortement en clinique doivent elles-mêmes payer le soin.

Puis après ça quand j'ai vu comme quoi que j'avais tellement de misère à trouver, même pour essayer de me diriger parce que dans ce temps au Nouveau-Brunswick tu avais besoin de deux docteurs pour pouvoir avoir un avortement. Si c'était gratuit. Puis moi qui n'avais pas de docteur de famille je me suis dit : « mon dieu, comment je vais faire pour avoir juste un docteur. » Ça prend une éternité voir juste un docteur. Fait que là j'ai dit : « non. Je ne peux pas risquer prendre autant de temps que ça. » J'ai fait une recherche sur internet et c'est là que j'ai trouvé la clinique à Fredericton (Tina).

Il n'est donc pas surprenant que Tina se montre très critique de cette exigence, qu'elle associe à l'absence de reconnaissance de l'agentivité reproductive des femmes et qui vise à maintenir un contrôle de la médecine sur leur corps.

Je ne sais pas premièrement pourquoi ils ont mis ces lois : avoir deux docteurs. C'est quoi ? Un contrôle de l'avortement. Un contrôle pour la femme. [...] Pour moi je trouve que c'est poussé. Ce n'est comme pas toutes les femmes qui veulent rencontrer deux médecins et leur raconter toute leur histoire. [...] On va penser à nous autres même et on va penser à notre santé. Ça ne te tente pas de dire et de dévoiler toutes tes affaires à tout le monde. Surtout côté sexualité (Tina).

Comme mentionné précédemment, quelques participantes ont rencontré leur médecin de famille afin d'obtenir un avortement. Pourtant, lors de cette première visite, aucune participante n'a été informée du Règlement 84-20 exigeant l'approbation de deux

médecins attestant que l'avortement était médicalement nécessaire. Aucune des participantes ayant rencontré leur médecin n'a obtenu un deuxième avis sur leur demande de service d'avortement. D'ailleurs, certaines d'entre elles ignoraient complètement l'existence de ce règlement et l'ont apprise durant leur participation à cette recherche. Ainsi, même si en vigueur, il semble que cette mesure a été appliquée de manière disparate puisque certaines ont dû payer pour le service en l'absence de médecin de famille, d'autres, au contraire, ont pu aller de l'avant en demandant un service d'avortement à un seul médecin, sans deuxième avis.

Écoute si tu me dis que ça prenait deux médecins, tu m'en apprends une bonne là. J'ose croire que dans son cabinet de médecin il a demandé à l'autre médecin où je n'ai aucune idée (Rachel).

I think she had another doctor as a friend, and she knew. I don't know I wasn't sure if she had a friend doctor that just signed off when it is for her cause she works in a building with other doctors. Or if the doctor I went to at the George Dumont count as the second doctor or how it works. (So, did she even mention it to you?) No. She didn't. She just said I'm going to refer you, and everything is fine, and I didn't say anything because I was just so relieved that it was that easy (Megan).

Le coût de l'avortement. En vertu du règlement 84-20, le paiement de l'avortement par l'assurance-maladie n'est autorisé que si la procédure est effectuée dans l'un des trois hôpitaux désignés de la province. Par conséquent, les avortements obtenus ailleurs notamment à la Clinique 554 (anciennement clinique Morgentaler) ne sont pas remboursés. Le Nouveau-Brunswick demeure la seule province où les avortements en clinique ne sont pas couverts par l'assurance-maladie. Parmi les femmes ayant participé à cette étude, trois ont obtenu leur avortement en clinique et ont dû payer entre 700 à 850 \$

pour la procédure. Une somme d'argent qu'elles ont jugé importante et qu'elles n'avaient pas prévue dans leur budget.

Mais je trouve que c'est de valeur qu'il faut que tu payes pour avoir un service comme ça. Je comprends. Ç'a coûté cher. Ça nous a coûté 800 \$ (Tina)

Malgré tout, ces deux participantes ont insisté sur le fait que l'avortement est un choix personnel et que cela peut être justifié d'avoir à payer pour le service. Qui plus est, l'une d'elles a exprimé que puisqu'elle avait les moyens de payer, elle ne voulait pas utiliser les services publics et, conséquemment, risquer de restreindre l'accès aux services gratuits à une femme moins fortunée qu'elle. Quant à Tina, elle a fait le choix de ne pas perdre mettre davantage de temps et d'énergie à trouver deux médecins pour obtenir les autorisations nécessaires.

C'est un service que j'ai eu à aller. Je trouve ça pire que ça nous coûte plus cher pour notre vision. Je comprends que ce n'est pas un service normal que j'ai eu. C'est moi. J'aurai eu d'autres options. Si vraiment j'avais voulu attendre, j'aurais été voir les deux médecins (Tina).

C'est un choix personnel. Oui, ça va me coûter. Je pense que ça nous a coûté 700 \$, plus notre temps, congé du travail. C'était une période qui était *tight*, mais moi, dans ma tête [...] J'ai dit : « Il y a des femmes qui ont besoin de ce service. Il y a des femmes qui doivent passer par là. Je laisse ça pour ceux qui doivent passer par là. » Moi je sais que je peux me le permettre. J'ai les moyens et ce n'est pas thérapeutique. Je sais que c'est ma décision. Donc je vais passer par Fredericton (Noëlla).

Les déplacements considérables pour obtenir un avortement. Si plusieurs participantes ont affirmé que le service d'avortement a été facilement accessible, cela s'explique par le fait qu'elles habitaient dans une région possédant un point de service d'avortement. Ceci a, bien évidemment, considérablement facilité l'accès aux services et de fait, favorisé une expérience positive.

Having the George-Dumont so close, I have nothing but praising things to say for it. It wasn't difficult for me, but I didn't have to travel. I didn't have to make up excuses while I was leaving for a weekend. I didn't have to have a hotel room and travel. So, for me, in the area that I'm right in town, it was very simple for me to do what I had to do (Megan).

En revanche, quelques participantes résidaient dans des villes ne réalisant pas d'avortement et se trouvaient à des centaines de kilomètres du point de service le plus près. Celles-ci ont donc dû parcourir des distances considérables afin d'accéder à un service d'avortement. L'obligation de voyager une grande distance a causé certaines complications supplémentaires telles que de devoir s'absenter pour quelques jours, prendre congé du travail, trouver un service de garde, conduire longuement ainsi que des inconvénients importants comme la perte de salaire, l'absence au travail, les coûts de l'hébergement, de l'essence et de la nourriture. Plus encore, les déplacements considérables vers les points de services d'avortement ont obligé des participantes à divulguer leur avortement à plus de personnes qu'elles n'auraient souhaité le faire.

Fait qu'on a monté la soirée d'avant. On a couché à l'hôtel. [...] Nous autres, on s'en est revenu après ça. Fait qu'on avait trois heures de route à faire après ça (Annick).

Ma collègue de travail le sait, parce que j'ai été obligée de lui dire. Il fallait que je monte à Bathurst deux fois, prendre off. Je n'ai pas le choix, faut que je lui explique qu'est-ce que je fais et je ne sois pas une conteuse de menteries déjà d'avance, moi. Fait qu'elle le sait, je lui ai dit et c'était ça (Annick).

De plus, les difficultés associées au déplacement ont été amplifiées pour les femmes n'ayant pas de permis de conduire ou ne possédant pas de voiture puisqu'il existe peu de transports publics pour se rendre aux endroits où se trouvent les services d'avortement. À cause de cela, plusieurs femmes ont dû emprunter une voiture ou demander à quelqu'un de leur entourage de les accompagner.

Yes. So, it's not --. If you have a vehicle it's not far. It's like 45 minutes from Miramichi. But if you don't have a vehicle and some save money it's almost impossible. [...] My parents had to drive me. They paid for the gaz (Erika).

We just took my mom's car because my ex can drive, and I can't drive. So, we borrowed my mom's car because at the time we didn't have a car. And we just drove up. Like we got the car from her the night before and drove up and back the same day (Emily).

Sans compter que les femmes obtenant un avortement en milieu hospitalier au Nouveau-Brunswick doivent généralement se présenter à plus d'une visite avant d'obtenir la procédure. En effet, une première rencontre est requise afin de réaliser l'échographie, de valider la décision à mettre fin à la grossesse et de recevoir les informations sur l'avortement et la contraception et une seconde pour l'avortement en tant que tel. Ces rencontres préavortement ont généralement lieu à une semaine d'intervalle. Cette exigence a alourdi inutilement l'accès au service pour les femmes habitant dans une région où celui-ci n'est pas offert.

J'ai trouvé compliqué d'être obligé d'y aller deux fois. Je trouvais ça comme : « Là, vous me faites perdre deux journées d'ouvrage. » Mais tu sais, j'ai des congés de maladie. Ce n'est pas ça, mais c'est juste que d'être obligé de me déplacer à Bathurst deux fois. Ce n'est pas à côté. C'est une journée aller-retour. Ça, j'ai trouvé ça déplaisant. Comme moi, je trouve qu'ils pourraient faire ça tout dans une journée. Ton rendez-vous (Annick).

La présence de groupes et individus anti-choix autour des points de service d'avortement. Des groupes et individus anti-choix sont fréquemment présents près des lieux où s'offrent les services d'avortement au Nouveau-Brunswick. Entre autres, des individus anti-choix protestent chaque année devant l'hôpital George-Dumont de Moncton. Également, un centre de crise à la grossesse à vocation anti-choix est voisin de la clinique d'avortement à Fredericton. Quelques participantes ont mentionné avoir été préoccupées par leur présence. Elles ont cru qu'elles allaient se faire intimider et harceler et elles ont voulu éviter d'entrer en contact avec eux. Quelques femmes ont justement croisé des individus anti-choix manifestant tout près des lieux où elles ont obtenu leur avortement. Leur présence les a affectées émotionnellement et psychologiquement en suscitant des sentiments de honte et de culpabilité.

On est arrivé à la clinique. On s'est stationné plus loin parce que Patrick ne voulait pas que le monde voie notre auto. C'est parce qu'à côté de la clinique à Fredericton le groupe de pro-vie a loué un local à côté et ils protestent à côté de la clinique. [...] Mais moi, ce qui m'a plus marquée et ce qui m'a plus gênée c'est quand je suis allée à la clinique et qu'il y avait ceux qui faisaient le piquetage (Tina).

J'ai passé avec ma voiture et on dirait que la pancarte c'était pour moi. C'est juste parce que quand tu le sais que tu es coupable tu *feel* encore plus coupable, même si ça ne s'adresse pas vraiment à toi. Si le chapeau te fait, mets-le. Bien moi le chapeau me faisait (Véronique).

La qualité des soins en contexte d'avortement. Au cours de leur expérience de l'avortement, les femmes ont reçu plusieurs services autres que l'intervention en tant que telle — échographie, intervention psychosociale, consultation de santé sur les méthodes contraceptives — offerts par différentes intervenantes du domaine de la santé, telles que médecins, infirmières, techniciennes en échographie, travailleuses sociales, psychologues, secrétaires médicales, etc. Dans l'ensemble, les participantes ont parlé des soins et interventions reçus de manière très positive. Elles font état de l'approche respectueuse des intervenantes durant l'avortement, de l'absence de jugement ou encore, d'interventions moralisantes. À ce titre, elles ont souligné le fait que la décision d'avorter avait toujours été respectée et que leur autonomie corporelle avait été priorisée par les intervenantes.

They were great. They were so nice and like they just wanted you to be comfortable and to be sure that it was what you wanted. There was no pressure either way. I didn't feel pressure. I felt comfortable if I had changed my mind before I got in to just get up and leave. Like, that they wouldn't, you know, say anything to me, kind of thing. I could have turned my back at anytime, sort of deal (Emily).

Également, plusieurs femmes sont reconnaissantes du fait que les intervenantes ont témoigné une grande sensibilité à leur égard tout en démontrant une bonne compréhension de ce que peut signifier l'avortement comme expérience personnelle, conjugale ou familiale. De nombreuses participantes ont souligné la gentillesse des intervenantes, leur accueil sensible et réconfortant. Elles ont aimé l'attitude positive et la bonne humeur des intervenantes, notamment le fait que certaines d'entre elles faisaient preuve d'humour lors de la procédure. Cela a amené les femmes à se détendre durant cette expérience.

Bien, les infirmières sont vraiment apaisantes, sont vraiment calmes. Tu vois qu'elles sont habituées. Ce n'était pas leur premier avortement et ce n'était pas la première femme qu'elles voyaient. Tu ne *feel* pas jugée. Fais que je les ai trouvés vraiment *nice* ces petites madames. Les deux qui étaient là sondaient vraiment gentilles et ça aurait pu être une infirmière qui te flatte le bras. Comprends-tu ? Sondaient fines de même. Eux autres, je vais me souvenir d'eux autres (Annick).

Elles me contaient des blagues et elles me faisaient sourire. Ça ne m'a pas fait sentir vraiment terrible. J'étais correcte. Il y en a une qui était vraiment drôle. Elle lâchait des blagues et c'était elle qui me tenait la patte. Je ne sais, elle avait juste l'air vraiment trop de bonne humeur et ça m'a fait rire. Surtout que j'étais un petit peu droguée. Fais que je trouvais ça encore plus drôle (Véronique).

Le travail des intervenantes en contexte d'avortement a aussi été souligné. Quelques participantes reconnaissent qu'elles offrent un soin de santé polarisé socialement, mais qui est aussi une expérience triste et difficile à vivre psychologiquement pour certaines femmes.

The nurse that had to just talk to me the whole time. She was so great at her job. You know, you could tell that she was so prepared if I was sobbing and losing my mind to just talk me down. So, I figured that that was probably the hardest job there is. Because I know that I felt fine with it and I wasn't upset that day, but again, like I said, just being in the same room with all the other girls and all the other ones were really upset so it must be a pretty hard thing to do all day (Megan).

L'aspect le plus critiqué par les participantes est l'attente qui peut avoir lieu la journée de la procédure. De nombreuses participantes ont mentionné que leur rendez-vous a été repoussé de plusieurs heures, représentant un inconvénient notable pour elles. Cette situation a été d'autant plus éprouvante pour les femmes venant de l'extérieur de la région

et qui ont dû parcourir plusieurs heures afin de retourner chez elle. Cette critique a été relevée autant pour les milieux hospitaliers que pour la clinique d'avortement.

Ç'a été long. Je ne sais pas s'ils étaient en retard dans leur rendez-vous ou quoi, mais moi mon rendez-vous était comme dans l'avant-midi. Et là, tu ne peux pas manger. Faut que tu sois à jeun et j'ai passé dans l'après-midi. C'est ça. Fallait que je sois prête. Moi je pense que c'était comme à 11 h mon rendez-vous et j'ai passé comme à 1 h (Annick).

J'étais vraiment fatiguée. J'étais fatiguée parce que j'étais arrivée là à 10 heures le matin. Premièrement, on est parti de Moncton il était comme 7 heures le matin. On est arrivé à la clinique pour 10 heures et demie. Je suis sortie de là et j'étais la dernière. Mon rendez-vous était vers 11 h. Je suis sortie de là, il était 4 heures. Fais que j'étais drainée. En plus d'avoir vécu vraiment de quoi, côté physique, j'étais drainé de ma journée, j'étais drainé émotionnellement. Je pense que je ne pensais plus. J'avais faim. Ça, je savais que j'avais faim. Les deux petits toasts que j'ai eus n'avaient pas --. J'avais faim. Je voulais m'en aller chez nous. J'étais fatiguée (Tina).

Toutefois, aucune participante n'a témoigné de situations problématiques en ce qui a trait aux services ou encore aux professionnels de la santé. Lorsque des expériences négatives ont été soulevées, elles ne sont pas nécessairement reliées au fait d'obtenir un service d'avortement, mais plutôt en lien avec la dispensation générale des soins de santé.

Je n'ai pas vraiment aimé ça parce qu'en plus du docteur il y avait une infirmière et un étudiant en médecine résident et il y avait une autre personne. J'étais comme : « bien là, allez-vous sortir ? » j'étais vraiment mal à l'aise. Parce qu'en plus c'était la première fois que je vivais ça [échographie] (Véronique).

Moi, je n'aime pas les piqûres et je plaque bleu de rien. J'avais une plaque bleue grosse de même ici. Puis, elle m'a piqué là, elle m'a piqué là et elle m'a piqué là. Un moment donné j'ai fait : « Peux-tu aller chercher quelqu'un d'autre ? Parce que là tu me fais mal. » [...] Mais j'étais comme olé, elle, débarque-la de mon visage. Parce que tu es déjà sur les nerfs

d'avance et l'autre est en train de te frustrer parce qu'elle te manque et elle te pique (Annick).

Ce qui devrait être fait pour améliorer l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick. Pour clore les entretiens, il a été demandé aux participantes leurs perceptions et recommandations quant aux services d'avortement dans la province du Nouveau-Brunswick. Si elles ont reconnu que l'avortement était un sujet stigmatisé, il n'en reste pas moins que les participantes constatent une certaine évolution des attitudes et des croyances sociales à ce sujet. Notamment, le fait que l'avortement soit plus discuté publiquement et mieux perceptible, entre autres par la présence de points de services dans l'espace public, ce qui aide à la normalisation et à la déstigmatisation du soin.

In general, I think it's improving. It's talked about a little more in the media and stuff. But I found it funny when the Prince Edward Island abortion clinic opened, I mean it's not New Brunswick but it's kind on the same line, they released a statement, there was a news conferences or something and they wouldn't say the word abortion. They would not say the word. They just kind of skimmed over it like women's health care. That is what they would say instead of abortion. And I am just like ok it's great that they opened it but there is a little bit way more to go (Emily).

I think having the clinic and having the George Dumont and knowing that there is --. You know you have a really good chance of meeting somebody here who's had one at the hospital it changes people's mind a little bit more. And even just seeing the protesters I think a lot of people will see them and have a lot of distaste for what they are doing and just leaning towards the other side, just for that one reason (Megan).

La majorité des participantes estime que l'avortement est un enjeu concernant le droit des femmes à s'autodéterminer et à contrôler leur corps. Leur discours fait référence au slogan emblématique du mouvement pro-choix : mon corps, mon choix. À ce titre,

plusieurs participantes ont employé des mots tels que droit, choix et corps pour expliquer leurs attitudes face à leur avortement. Conformément à cette perception de l'avortement, la plupart ont qualifié leurs attitudes de pro-choix et ont affirmé appuyer le recours à des soins d'avortement en toutes circonstances.

But again, it's my body, my choice at the end of the day and it's nice to know you have those options and that's how I feel about it. It doesn't matter what options you have but you should still know that you have them, no matter what you want to choose [...] Someday I am going to get pregnant and have a child and it's going to be great, but I am still going to have that option, no matter what, no matter what situation I am in, I am still going to be able to go and have that procedure if I want it. And it's good to know (Megan).

Toutefois, il ne suffit pas de simplement demander aux participantes si elles sont pour ou contre l'avortement. Puisque même si la majorité a appuyé le droit à l'avortement, leurs discours ont révélé différents degrés d'acceptabilité de l'avortement. Par exemple, si certains éléments rendent l'avortement acceptable, d'autres, au contraire, suscitent de nombreuses critiques et reçoivent l'appui de mesures restrictives à ce soin. C'est notamment le cas lorsqu'une femme recourt à l'avortement à plusieurs reprises au cours de sa vie, lorsqu'elle met fin à une grossesse alors qu'elle est établie dans la vie, lorsqu'elle en est à une période gestationnelle avancée.

Cela dit, les participantes ont proposé des pistes de solutions visant à améliorer les services ainsi que l'expérience des femmes qui reçoivent ce soin. Entre autres, plusieurs sont d'avis qu'il n'y a pas suffisamment de milieux qui réalisent gratuitement des avortements. Non seulement la quantité des points de service d'avortement est restreinte,

mais aussi leur répartition est inégale dans la province, de sorte que ce n'est pas l'ensemble de la population qui peut être rejointe facilement. Ainsi, deux femmes ont exprimé leur désaccord envers la mise en œuvre d'un deuxième point de service d'avortement en milieu hospitalier à Moncton, alors que plusieurs régions de la province, tout aussi peuplées, n'y ont pas accès et sont situées à des distances considérables du point de service le plus près.

I think, it would be nice if there were more spots you could get them. Like in the major cities at least like Saint John, Fredericton, Moncton, I don't really know, Bathurst maybe. Something like that. If there were accessibility, really. Because some people can't afford to travel that much. And if they have to be there at 8 in the morning, they might not be able to afford a hotel (Emily).

I do know that both hospital in Moncton, now, provide abortion services that nowhere else in New Brunswick really does and I do think that something that is useless. One hospital is enough. If they want to do it somewhere else, it should be somewhere up north, especially how French everybody is up there. Cause in the English hospital it won't work very well, at all. So, I guess grouping the two hospitals that do it so close together it doesn't make sense. Not on paper and not in practice (Megan).

Les participantes croient aussi que les informations sur les services d'avortement devraient être plus accessibles, c'est-à-dire davantage diffusées à des endroits ciblés et pertinents.

Ici faut que tu appelles trois, quatre places. C'est un organisme là, un organisme là, un autre organisme là. Tu ne sais pas où aller. [...] Que le monde sache où aller. J'ai appelé à des endroits, je me suis débrouillée, mais quelqu'un qui est même nouvel arrivant tu sais faut que tu saches te débrouiller parce que sinon... (Tina).

Je sais que dernièrement tout le monde est sur les médias sociaux. Peut-être plus d'annonces là-dessus. Je ne sais pas de quelle manière, mais des articles ou même des pamphlets dans les cliniques. Je ne sais pas s'il y en a. Je ne vais pas souvent dans les cliniques. Mais plus d'information juste là, comme accessible. À la place que c'est nous qui sommes obligés de chercher pour. Comme si qu'elle serait là, même si tu n'en as pas de besoin (Joline).

Enfin, les participantes ont également partagé leur opinion sur ce qui pourrait être fait afin de faciliter l'expérience de l'avortement. Elles souhaiteraient qu'il y ait davantage de ressources d'aide formelles et gratuites concernant l'avortement. Certaines ont proposé que divers professionnels de la santé soient formés à intervenir et guider les femmes dans leur expérience, particulièrement en ce qui a trait à la période d'adaptation à cet événement à la suite de l'avortement.

Je me dis que ça serait bon d'avoir des gens à l'hôpital ou des infirmières en santé sexuelle qui ont aussi une formation. Donc peut-être pour des gens qui n'ont pas les moyens de se payer une visite à Fredericton et du counseling qu'il y a quelqu'un qui peut peut-être juste leur donner ces questions et réflexions. De guider la personne. Mais vraiment, juste avoir quelqu'un qui peut t'aider avec cette réflexion et d'être certain que tu es bien entourée. Et du *follow up* après. Du *follow up*, ça, ça serait très important ici. Je ne trouve pas qu'il en a beaucoup. Ça peut être changé, dans 4 ans, mais pour l'instant, pas que je sache (Noëlla).

Discussion

Cette étude a comme objectifs de mieux comprendre l'expérience des femmes souhaitant obtenir un avortement au Nouveau-Brunswick. Plus précisément, elle vise à documenter l'expérience émotive et sociale ainsi que l'expérience de l'accès et de l'obtention d'un soin d'avortement au Nouveau-Brunswick. Les questions de départ, quant à elles, visaient à comprendre 1) Quelles sont les particularités de l'expérience des femmes de l'avortement au Nouveau-Brunswick ? 2) Comment les aspects du contexte social et politique teintent-ils l'expérience des femmes de l'avortement au Nouveau-Brunswick ? 3) Quels sont les besoins des femmes envers les soins et services d'avortement au Nouveau-Brunswick ? Les résultats ont permis de poser un regard nuancé de l'expérience de l'avortement pour les femmes vivant dans la province du Nouveau-Brunswick. En effet, l'analyse des récits dévoile un éventail d'émotions vécues dans le cadre de cette expérience, que ce soit la peur, la honte, la culpabilité, l'anxiété ou encore le soulagement, la joie et la fierté. Les participantes rappellent que l'expérience de l'avortement n'est pas homogène et qu'il y a diverses façons de la vivre. Les différences entre les vécus des participantes sont le reflet de leurs valeurs personnelles, de leurs perceptions et croyances de l'avortement, mais également, des réalités matérielles et du contexte sociopolitique dans lesquelles s'insère leur avortement. Ainsi, les résultats qui ont été présentés permettent de mieux comprendre l'expérience personnelle des femmes rencontrées, mais aussi de soulever les particularités de ce vécu qui s'ancre dans des conditions bien spécifiques.

Le présent chapitre se structure autour de la réponse aux questions de recherche et la discussion des résultats est exposée en trois parties. La première partie situe les obstacles dans l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick dans la matrice de domination telle que pensée par Collins (2002). En regard de cette première partie, la deuxième propose une discussion sur les besoins des femmes dans le cadre de l'expérience de l'avortement. Puis, ce chapitre se conclut par les implications de cette recherche pour les interventions, les pratiques et les recherches liées à l'avortement.

Situer l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick dans la matrice de domination

À la lumière de l'analyse des propos rapportés par les participantes, l'expérience de l'avortement recèle des particularités issues du contexte social et politique du Nouveau-Brunswick. Ces particularités ont façonné, à des degrés divers, l'expérience des femmes rencontrées. L'analyse intersectionnelle permet alors de mieux rendre compte de la spécificité du vécu des femmes.

Tel qu'il a été présenté précédemment, l'intersectionnalité s'appuie sur l'idée que les expériences de marginalisation et de privilèges ne sont pas seulement définies par le genre, mais aussi par d'autres facteurs intégrés dans des systèmes d'oppression qui s'entrecroisent et s'imbriquent les uns aux autres. Par exemple, l'expérience de l'avortement d'une jeune femme défavorisée sur le plan socio-économique sera façonnée par l'exclusion sociale et la marginalisation, de manières différentes qu'une jeune femme de classe moyenne et issue d'un milieu familial traditionnel. Dans les deux cas, leur

expérience risque d'être marquée par des rapports de pouvoir et une oppression reproductive, mais pour l'une, l'oppression risque d'être davantage guidée par des préjugés sur les habiletés parentales des femmes en situation de pauvreté, ce qui encourage l'avortement, alors que pour l'autre, l'oppression pourrait s'appuyer sur des valeurs traditionnelles de genre et de la famille de telle sorte à décourager l'avortement. Ainsi, ce cadre théorique nous permet de tenir compte de l'intersection des différents systèmes d'oppressions à l'œuvre dans l'expérience de l'avortement.

C'est la matrice de domination, introduite par Collins (2002), qui nous aide à appliquer une analyse intersectionnelle de l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick. Selon Collins (2002), c'est à travers la matrice de domination que se met à l'œuvre l'intersectionnalité des systèmes d'oppressions. À partir de cette matrice, il est possible de rendre compte de l'articulation des différents domaines de pouvoir, ce qui nous permettra, dans les parties suivantes, de mieux saisir les effets des axes de domination dans l'expérience de l'avortement.

Le domaine structurel et le règlement 84-20. L'analyse des résultats démontre que l'accès à l'avortement au Nouveau-Brunswick a été principalement freiné par des politiques et des procédures institutionnelles. En effet, les données de la recherche montrent comment les procédures des établissements, de concert avec le Règlement provincial 84-20 annexe 2 (a.1) et de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, ont manifestement pénalisé les femmes recherchant un service d'avortement. En ce sens, ce règlement est le parfait exemple du domaine structurel de la matrice de domination décrite

par Collins (2002). Retenons que le domaine du pouvoir structurel fait référence aux lois, aux politiques, à la religion et à l'économie. C'est dans ce domaine que s'organisent les oppressions. Il concerne les façons dont les systèmes et les institutions travaillent de concert afin de perpétuer et maintenir les inégalités pour ainsi exclure les populations marginalisées à travers des politiques et des procédures institutionnelles qui les désavantagent.

Approbaton de deux médecins. Rappelons que, jusqu'en 2015, un règlement de la province exigeait que pour obtenir un avortement, deux médecins devaient approuver le soin en affirmant qu'il était médicalement nécessaire. Si cette condition est désormais abrogée, il n'en reste pas moins que des participantes ont obtenu leur avortement alors qu'elle était en vigueur. Les récits de ces participantes témoignent en particulier des effets de cette réglementation sur leur expérience en ce sens où pour certaines femmes rencontrées, le fait de devoir obtenir ces autorisations a compromis l'accès à ce soin de santé. Nos résultats corroborent ceux de Foster et collaborateurs (2017) à savoir que la réglementation 84-20 a entraîné des défis logistiques pour les femmes concernées, ne serait-ce que devoir prendre contact avec deux médecins, ce qui entraîne des délais dans la planification du soin d'avortement, en plus de générer du stress supplémentaire. Bien que cette exigence n'ait servi en rien à dissuader les femmes d'obtenir un avortement, elle a tout de même eu pour effet de complexifier l'accessibilité de l'avortement en plus de teinter négativement leur expérience de celui-ci. Dans le contexte du Règlement 84-20, les femmes étaient appelées à justifier leur avortement et les médecins détenaient le

pouvoir de juger, à la place des femmes, si leur choix de mettre fin à une grossesse est légitime ou non. Conséquemment, cette exigence positionnait les femmes dans un rapport de subordination à l'autorité médicale où elles étaient traitées en mineures (Leask, 2015). Ce règlement projetait l'avortement comme un soin exceptionnel, risqué et exigeant une surveillance présentée comme bienveillante (Leask, 2015).

Il est possible d'argumenter que cette exigence visait à accompagner les femmes afin de s'assurer qu'elles étaient certaines de leur choix et qu'elles se sentaient confortables avec cette décision. Selon ce point de vue, on pourrait prétendre que ce règlement s'inscrivait dans une logique de protection de la santé et du bien-être des femmes. Or, cette exigence ne s'appuyait sur aucun fondement scientifique et relevait plutôt d'idéologies dominantes. D'ailleurs, des recherches ont démontré qu'une faible proportion de femmes recherche l'aide de leur médecin pour prendre la décision de se faire avorter. Ainsi, lorsqu'elles consultent leur médecin, elles ont déjà pris leur décision et elles souhaitent être dirigées rapidement vers un service d'avortement (Ekstrand, Tydén, Darj, & Larsson, 2009 ; Kumar, Baraitser, Morton, & Massil, 2004). Ce fut le cas pour la majorité des participantes de cette étude. L'abrogation de ce règlement est donc un élément facilitant l'accès à l'avortement. De permettre aux femmes de planifier elles-mêmes l'avortement facilite le processus et réduit les délais d'attente. Également, cela évite aux femmes d'être exposées à des attitudes anti-choix ou à des médecins qui refuseraient de les référer (Foster et coll., 2017). Cette différence est notamment observable auprès des participantes qui ont eu recours à l'avortement après l'abrogation du règlement. Celles-ci ont pu consulter directement les points de services d'avortement

sans passer par des médecins de famille. Une manière de procéder qui leur convenait et qu'elles ont trouvé simple et facile.

Ces restrictions témoignent des représentations sociales à l'égard de l'avortement, mais également des idées dominantes sur les femmes. Selon Abrams (2015) les lois qui privent les femmes du droit de faire des choix qui les concerne reposent sur un ensemble de stéréotypes de genres et reflètent une vision essentialiste et réductrice des femmes. Par exemple, le Règlement 84-20 rend compte d'une absence de confiance en la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leur propre corps et ne les représente pas comme des sujets égaux, autonomes et libres de faire leur propre choix (Leask, 2015). Autrement dit, quand les femmes ne sont pas « autorisées » à prendre des décisions qui concernent le soin d'avortement, l'État et la société leur disent qu'elles n'ont pas les capacités ou la maturité nécessaire pour prendre des décisions éclairées les concernant (Abortion Rights Coalition of Canada, 2017). Conséquemment, cela fait d'elles des citoyennes n'ayant pas les mêmes droits à la sécurité, à la liberté et à l'autodétermination que d'autres personnes. Elles sont, pour ainsi dire, une sous-classe de citoyennes aux yeux de l'État, renforçant du coup les représentations négatives rattachées à l'avortement ce qui a pour effet de stigmatiser encore davantage les femmes qui y ont recours.

Couverture de l'avortement par l'assurance-maladie de la province. Ensuite, le Règlement 84-20, en vertu de l'annexe 2 (a.1), prévoit que le financement de l'avortement par l'assurance-maladie n'est autorisé que si la procédure est effectuée dans les hôpitaux désignés de la province. Il nous semble ici important de répéter que le Nouveau-

Brunswick est la seule province canadienne où les avortements réalisés en cliniques d'avortement ne sont pas couverts par l'assurance-maladie et dont les femmes doivent elles-mêmes déboursier les frais associés à la procédure (CBC News, 2019).

Les raisons de mettre fin à une grossesse sont multiples et diversifiées. Cela étant dit, il est intéressant de constater que les motifs liés à la situation économique des participantes prédominent dans la décision de se faire avorter. Ainsi, nos résultats vont dans le même sens de plusieurs autres études qui ont aussi démontré que les considérations financières constituaient une motivation majeure dans la décision d'avorter (Biggs et coll., 2013). Il est possible que ces considérations aient plus de poids pour les femmes qui sont majoritairement touchées par les inégalités socio-économiques. Entre autres, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à vivre en situation de pauvreté. Au Nouveau-Brunswick, le constat est le même, où un peu plus de la moitié des femmes (52 %) du Nouveau-Brunswick ont un revenu médian de 23 720 \$ soit 66,6 % du salaire médian des hommes. Ils sont également plus nombreux que les femmes à disposer d'un revenu supérieur à 60 000 \$ (Direction de l'égalité des femmes, 2016). En même temps, l'écart observé entre le revenu des femmes et celui des hommes s'accroît à différents moments, notamment lors de la naissance d'un enfant (Cool, 2010 ; Drolet, 2011 ; Statistique Canada, 2011). Par conséquent, les femmes se trouvent plus fragilisées économiquement que les hommes, notamment lorsqu'elles sont cheffes de famille monoparentale. En effet, parmi les familles monoparentales ayant une femme comme cheffe de famille, c'est près d'une famille sur deux qui vit sous le seuil de faible revenu (Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec, 2011).

Les femmes de notre étude qui ont eu recours à l'avortement en clinique ont dû déboursier une importante somme d'argent afin de se prévaloir d'un soin de santé essentiel, et ce, dans un contexte de fragilité économique déjà présente. L'analyse de nos données nous amène à reconnaître que ce refus du gouvernement de financer les soins d'avortement dans les cliniques a davantage affecté les femmes ayant des moyens financiers restreints. De plus, certaines des participantes ont nécessité de l'aide financière de la part de leur conjoint ou de leurs parents afin de payer le coût élevé de la procédure, ce qui les a placées dans une position de dépendance économique. Même celles n'étant pas nécessairement en situation de précarité économique ont indiqué avoir dû utiliser leurs économies pour couvrir les frais d'avortement. Également, ce règlement est susceptible de contraindre les femmes à poursuivre la grossesse plus longtemps afin d'amasser l'argent nécessaire pour payer ce soin de santé, les mettant à risque de dépasser les limites gestationnelles des établissements de la province et augmentant les probabilités de complications durant la procédure. Avec cette restriction, le fardeau associé à l'obtention d'un avortement pèse plus lourdement sur les femmes socialement et économiquement défavorisées et conséquemment, contribue à creuser les disparités socio-économiques entre les femmes. Entre autres, les femmes provenant de milieux plus riches, qui occupent des emplois bien rémunérés, qui ont des partenaires ou familles disposant de plus de ressources économiques peuvent accéder plus facilement aux soins d'avortement. Elles auront aussi probablement les ressources sociales et financières nécessaires pour s'absenter de leur travail, trouver et payer des services de garde et de voyager de longues distances si nécessaire vers un point de service d'avortement couvert, ou payer pour un

avortement non couvert par l'assurance-maladie, mais plus près de chez elles. Les femmes économiquement défavorisées n'ont pas les mêmes opportunités (Beckman, 2017). Or, bien que les femmes de tous les horizons puissent avoir recours à l'avortement à un moment ou un autre de leur vie, ce sont néanmoins les femmes en situation de pauvreté et à faible revenu qui connaissent des taux disproportionnés de grossesses non désirées (Jones & Finer, 2012 ; Paul & Norton, 2016).

Par conséquent, le refus de financer publiquement les soins d'avortement en clinique, s'il nuit à l'ensemble des femmes, impose un fardeau disproportionné à celles qui disposent de très peu de ressources (Jones, Upadhyay, & Weitz, 2013 ; Paul & Norton, 2016).

Organisation et dispensation de l'avortement comme relevant du domaine disciplinaire. Le domaine du pouvoir disciplinaire gère les oppressions. Il y arrive par le contrôle, la bureaucratie et la surveillance. Cela ne se manifeste pas par des politiques sociales explicitement racistes ou sexistes, mais s'observe surtout à travers les façons dont sont gérées les organisations (Foucault, 1979 dans Collins, 2002). Par conséquent, les rapports de pouvoir se trouvent dissimulés à travers des idéologies d'efficacité, de rationalité et du traitement équitable (Harper, 2012).

L'expérience des participantes avec le système de santé relève du domaine disciplinaire de la matrice du pouvoir, en ce sens que l'organisation et la dispensation des soins d'avortement dans le système de santé participent de pair avec le domaine structurel à limiter l'accès à l'avortement à certaines femmes en maintenant des rapports de

pouvoirs. Ainsi, le manque et l'emplacement des points de service gratuits à l'avortement ont représenté un autre obstacle important à l'expérience des participantes. Rappelons qu'il est possible d'obtenir un avortement gratuitement dans trois hôpitaux de la province, situés soit à Bathurst ou à Moncton, ce qui couvre seulement le nord-est et le sud-est du Nouveau-Brunswick. Ce faisant, les points d'accès gratuits à ce service peuvent être localisés à des centaines de kilomètres du lieu de résidence des femmes. De plus, on constate que lorsque des points de services sont ajoutés, ceux-ci ne sont pas nécessairement distribués équitablement sur le territoire de la province pour faciliter leur accessibilité. À preuve l'ajout d'un service d'avortement à Moncton en 2015 situé à trois kilomètres seulement de celui qui existait déjà. Or, des villes tout aussi peuplées comme Fredericton et Saint-Jean n'offrent pas de service d'avortement gratuit dans leurs hôpitaux. Cette répartition inégale des ressources sur le territoire, comme l'explique McTavish (2015), s'inscrit dans une logique néo-libérale où les considérations financières sont primordiales et où les principes d'efficacité prévalent l'amélioration à l'accès à l'avortement dans la province. En effet, en 2014, le ministre de la Santé, Victor Boudreau, a affirmé qu'un meilleur accès à l'avortement coûterait de 500 000 \$ à 700 000 \$ de plus par an (CBC News, 2014c). Utilisant ce même raisonnement, le président et directeur général du réseau de santé anglophone Horizon, John McGarry, explique sa décision d'ouvrir un seul point de service d'avortement à Moncton. Parmi les raisons invoquées est le fait que d'offrir le soin dans un seul hôpital permettrait au réseau de santé Horizon d'économiser au moins 500 000 \$ par année (CBC News, 2015). Il admettait aussi être

préoccupé par les réactions des communautés religieuses catholiques irlandaises très présentes dans des villes comme Saint-Jean (The Globe and Mail, 2018).

La province et le réseau de santé auraient pu pallier l'accès limité au service d'avortement de la province en ajoutant des services de manière stratégique dans ces régions. Parmi les participantes, cela a nettement défavorisé les plus jeunes femmes, celles présentant les conditions de vie les plus précaires alors qu'elles ont dû obtenir de l'aide pour accéder à des services situés loin de chez elles. Pour les participantes qui ne possédaient pas de permis de conduire ou de voiture, faire plusieurs heures de route afin d'accéder à un service d'avortement s'est alors avéré compliqué. Ainsi, la présente étude confirme ce que plusieurs autres recherches ont avancé, c'est-à-dire que la possibilité d'obtenir un avortement ainsi que l'effort nécessaire pour organiser ce soin est tributaire de l'endroit géographique où vit une femme (Beckman, 2017 ; Foster et coll., 2017 ; Purcell et coll., 2014 ; Sethna & Doull, 2013). La répartition inégale relève du domaine disciplinaire de la matrice du pouvoir, qui elle, contribue à l'aliénation des femmes cherchant à obtenir un avortement dans la province à travers des idéologies d'efficacité et de rationalité.

Par ailleurs, certaines participantes ont été confrontées à l'exigence de devoir subir une rencontre préalable à l'avortement, et ce, avant d'y avoir accès. Cette rencontre avait généralement lieu une semaine avant la procédure, à l'hôpital où devait être effectué l'avortement. Non seulement ces participantes ont ainsi été contraintes à se déplacer plus d'une fois pour obtenir leur avortement, mais cela a eu comme conséquence de les obliger à subir une période d'attente non désirée. Ce type d'organisation, telle que rapportée par

certaines participantes, fait fi des besoins et des préoccupations rapportés par les femmes recherchant un avortement alors que la rapidité à accéder à un soin d'avortement est ce qui est généralement valorisé lorsqu'il est question d'accessibilité du service (Wiebe & Sandhu, 2008). Cette préoccupation était aussi grandement partagée par les participantes de cette recherche. Une participante ayant été contrainte à de multiples visites avant la procédure a d'ailleurs déclaré à quel point cette situation a été difficile à vivre, d'autant plus que cela n'ajoutait, à ses yeux, aucune plus-value. Les recherches dont nous disposons à ce sujet lui donnent raison alors qu'elles démontrent que les visites multiples et l'imposition de période d'attente ont peu d'influence sur la décision d'avortement, mais augmentent plutôt les coûts associés à l'avortement et les déplacements à faire, ce qui complexifie l'organisation du soin et le retarde jusqu'au 2^e trimestre (Jones & Jerman, 2014 ; Roberts et coll., 2017). En comparaison, la clinique d'avortement de la province offre aux femmes la rencontre de consultation préalable ainsi que les examens requis le jour même de la procédure d'avortement. Il semble donc tout à fait faisable pour les milieux hospitaliers du Nouveau-Brunswick de se conformer aux bonnes pratiques et de faciliter l'accès à l'avortement.

Selon McTavish (2015), le fait que le Nouveau-Brunswick puisse continuer de restreindre l'accès à l'avortement et de résister aux critiques publiques, est en partie attribuable à la stigmatisation persistante de l'avortement, lequel est fréquemment associé à des comportements sexuels insoucians, imprudents et égoïstes des femmes. Elle ajoute aussi que la peur bien ancrée que les femmes soient incapables de prendre des décisions éclairées est un reliquat de la résistance des gouvernements et des institutions à traiter

l'avortement comme tout autre soin médical essentiel. Ainsi, à travers cette mascarade organisationnelle se trouvent les idéologies dominantes sur l'avortement. Ce qui nous conduit à examiner le domaine du pouvoir suivant, le domaine hégémonique.

Domaine hégémonique : les idéologies dominantes dans l'expérience de l'avortement. Le troisième domaine de pouvoir est le domaine hégémonique. Ce domaine fait le pont entre le domaine structurel, le domaine disciplinaire et le domaine interpersonnel. Il a aussi pour rôle de justifier les oppressions. Collins (2002) mentionne que pour maintenir leur pouvoir, les groupes dominants créent et maintiennent une logique de bon sens qui soutient leur domination. Ces idéologies dominantes sont, entre autres, diffusées dans les milieux scolaires, les institutions religieuses, les médias, mais aussi à travers des pratiques d'interventions, des discours et des débats. Le domaine du pouvoir hégémonique œuvre donc particulièrement à travers le langage, les images auxquelles la société répond, les valeurs et les idées entretenues. Enfin, pour pouvoir fonctionner, le domaine hégémonique doit avoir l'appui de groupes subordonnés. Pour y arriver, ce domaine façonne la conscience des individus par la manipulation des idéologies, des symboles, et de la culture. Dans ce contexte, certaines caractéristiques rattachées aux femmes sont utilisées pour justifier l'oppression, pensons notamment aux stéréotypes négatifs acculés aux femmes ayant recours à l'avortement (ex. ayant une forte sexualité, irresponsable, égoïste, qui n'aime pas les enfants, etc.). Ceux-ci ont été fondamentaux dans l'oppression des femmes.

C'est sans surprise que les récits des femmes de cette étude ont révélé la stigmatisation de l'avortement qu'elles ont ressentie dans la société dans laquelle elles vivent. Au cœur de la stigmatisation de l'avortement se trouve un ensemble de croyances et d'idéologies concernant les femmes, la sexualité et les rôles de genres. Cette recherche a permis d'examiner les manières dominantes dont les femmes parlent d'avortement. À cet effet, les participantes ont parlé d'un ensemble de croyances à l'égard de l'avortement ayant pour effet d'influencer leur expérience émotionnelle de l'avortement. Les croyances sur l'avortement sont un exemple qui relève du domaine hégémonique de la matrice de domination de Collins (2002). Ce domaine réfère aux rôles joués par les idéologies dominantes notamment sur le genre, la race et la classe, dans la justification des oppressions. Dans la matrice, le domaine hégémonique se met à l'œuvre à travers les interactions sociales par le biais du langage, des images, des valeurs et des idées. Les idéologies dominantes vont servir de liaison entre le domaine structurel disciplinaire et interpersonnel (Collins, 2002).

Tout d'abord, la majorité des participantes interrogées ont témoigné d'une croyance que le recours à l'avortement doit être justifié par les circonstances entourant la grossesse, transcendant ainsi les pôles pro-choix et pro-vie. C'est d'ailleurs ce qu'avance Leask (2015) dans une étude qui indique que le discours des femmes sur l'avortement est complexe et dépasse largement le débat pro-choix/pro-vie qui caractérise généralement ce débat. Elle soutient que les étiquettes de « pro-choix » et de « pro-vie » ne reflètent pas nécessairement la vision qu'ont les gens de l'avortement (Leask, 2015). C'est ce qui a été remarqué chez les participantes de cette étude. Malgré le fait que l'ensemble des

participantes se sont dites pro-choix, certaines tenaient à certains égards des discours qui stigmatisaient l'avortement et les femmes qui y avaient recours, selon des circonstances ou des raisons invoquées. Les représentations et l'acceptation de l'avortement décrites par les participantes de notre étude peuvent être hiérarchisées selon les trois catégories proposées par Leask (2015). Il s'agit des avortements jugés légitimes (ex. une grossesse mettant en danger la santé des femmes, une grossesse survenant à la suite d'une agression sexuelle ou la présence d'anomalies fœtales), des avortements jugés contentieux (ex. selon l'âge de la femme ou sa situation financière et les avortements tardifs), et ceux perçus comme étant illégitimes (mauvaise utilisation de la contraception, avortements multiples et avortement sélectifs en fonction du sexe). Ces résultats rejoignent aussi ceux d'autres études qui ont démontré que la stigmatisation ne se présente pas de manière simple et peut s'exercer différemment en fonction des différentes catégories identitaires des femmes (Bommaraju et coll., 2016 ; Cowan, 2017).

Toutefois, comme soulevé par ces mêmes auteurs (Bommaraju et coll., 2016), dans un contexte où les femmes blanches — la totalité de cet échantillon — doivent incarner les rôles traditionnels de genre au sein du système patriarcal, elles sont plus susceptibles de subir de la stigmatisation lorsqu'elles refusent de se conformer à ces rôles. L'avortement, en constituant une violation notoire des idéaux féminins, se voit donc stigmatisé (Duerksen & Lawson, 2017). La plupart des croyances tenues par les participantes en regard de leur expérience de l'avortement reflètent cet ancrage dans les idées dominantes quant aux rôles des femmes et de la féminité. Entre autres, les participantes de cette étude percevaient certaines femmes recourant à l'avortement comme

étant égoïstes, irresponsables, profiteuses ou vulnérables, lorsqu'elles choisissaient « volontairement » de mettre fin à leur grossesse (Abrams, 2015), alors que l'avortement était représenté de manière plus acceptable lorsque la femme était devant des circonstances qui étaient hors de son contrôle. Les femmes qui ont décidé de mettre fin à la grossesse pour des raisons personnelles ou même économiques se sont senties moins acceptées parce qu'elles refusaient la maternité pour des raisons perçues comme étant égoïstes.

Nous avons aussi constaté que la stigmatisation liée à cette expérience ne se limite pas au choix de l'avortement, mais s'étend aussi aux comportements des femmes avant et après la procédure, en particulier en ce qui concerne les pratiques contraceptives menant à une grossesse non désirée. À titre d'exemple, plusieurs participantes ont perçu négativement l'absence d'utilisation de contraception, et ce particulièrement chez les jeunes femmes ou les femmes économiquement défavorisées. Elles ont aussi fortement condamné les personnes qui — de leur point de vue — utilisaient l'avortement comme un moyen de contraception en y ayant recours à plusieurs reprises. Or, la catégorisation de l'avortement selon des critères d'acceptabilité ou d'inacceptabilité marginalise des groupes de femmes et occulte des enjeux de justice reproductive, dont l'accès à la contraception, l'éducation sexuelle et la planification familiale. Des enjeux qui sont fortement liés aux conditions de vie des femmes (Leask, 2015).

Enfin, une dernière idéologie hégémonique qui ressort de l'expérience de l'avortement est que celui-ci entraîne des sentiments accrus de tristesse, de culpabilité, de regret ainsi que des dommages psychologiques. En effet, les femmes de notre recherche

ont témoigné d'une pression sociale à se sentir affectées, sur le plan émotionnel et psychologique, par leur expérience de l'avortement. Lorsque les femmes ont eu des réponses émotionnelles et psychologiques contraires à celles qui sont attendues et jugées adéquates à la suite d'un avortement, elles se sont dévaluées et senties marginalisées. D'une part, cette dimension de l'expérience de l'avortement peut se lier à la socialisation de genres et aux stéréotypes sexuels, notamment en ce qui a trait à l'aspect genré de la psychologie et de l'expression des émotions. En effet, les femmes seraient plus sensibles, émotionnelles, douces, fragiles et attentives aux autres, surtout en relation avec les enfants. Ces injonctions sont importantes à dénoncer puisque l'apriori de souffrance psychologique et de regret est susceptible de justifier l'imposition de réglementations restreignant l'accès à l'avortement, afin de soi-disant protéger le bien-être et la santé des femmes, ce qui est en fait un prétexte pour assurer une surveillance et un contrôle des femmes et de leur corps (Abrams, 2015 ; Côté, 2013 ; Purcell et coll., 2014).

Divulgateion silencieuse de l'avortement, un regard dans le domaine interpersonnel. Le domaine du pouvoir interpersonnel fait référence aux relations interpersonnelles du quotidien. Ce domaine influence les interactions et les perceptions des individus, qui sont modulées selon leur position et les différentes hiérarchies dans les relations (Collins, 2002). Il renvoie donc aux pratiques et attitudes discriminatoires et aux relations interpersonnelles subordonnantes.

Nous avons constaté, avec un certain étonnement, que les femmes ayant rencontré un médecin pour planifier l'avortement n'ont pas toutes été informées par ceux-ci du

Règlement 84-20. De plus, aucun des médecins rencontrés par les participantes n'a refusé de les aider à organiser ce soin et toutes ont discuté positivement de leur consultation avec leur médecin au sujet de l'avortement. Il faut reconnaître que les médecins ont historiquement joué un rôle dans la promotion et la dispensation des soins d'avortement sans risque (Paul & Norton, 2016). Il nous apparaît donc possible que certains médecins soient conscients du contexte restrictif du Nouveau-Brunswick et aient voulu faciliter l'accès à l'avortement pour leurs patientes. Cette donnée distingue l'expérience des femmes du Nouveau-Brunswick de celles relatées dans d'autres études canadiennes menées en contextes restrictifs qui ont rapporté des refus de médecin à fournir des informations sur l'avortement ou à diriger les patientes vers ce service (Foster et coll., 2017 ; MacQuarrie et coll., 2014).

La majorité des femmes ayant fait l'expérience admettent que l'avortement est un sujet peu discuté publiquement et dont elles-mêmes n'osaient pas parler. Une importante littérature scientifique (Astbury-Ward et coll., 2012 ; Foster et coll., 2012b ; Gelman et coll., 2017 ; Kimport et coll., 2011) attribue une grande part au silence collectif entourant les expériences de l'avortement à sa stigmatisation. De sorte que de nombreuses femmes en parlent très peu et vivent souvent cette expérience de manière isolée. Ce qui fut le cas pour les participantes de cette étude. Que de nombreuses femmes ayant eu recours à l'avortement gardent le silence au sujet de leurs expériences est tout à fait normal et compréhensible. Le silence peut être une stratégie de résistances efficace, amenant une protection contre les conséquences que leur expérience de l'avortement pourrait avoir sur leur statut, notamment au sein de leurs réseaux sociaux et de leur communauté ainsi que

sur leurs relations interpersonnelles (Gelman et coll., 2017 ; Kimport et coll., 2011 ; MacQuarrie et coll., 2014). Cependant, la dissimulation et le secret sur l'expérience d'avortement comportent des coûts (Gelman et coll., 2017).

Les idéologies dominantes négatives liées à l'avortement ont aussi eu pour effet de freiner la recherche de soutien et d'aide dans le contexte d'une expérience de l'avortement. En effet, dans le cadre de cette recherche, la stigmatisation de l'avortement a été un obstacle à la recherche de soutien auprès de leur proche. Or, le silence sur l'expérience de l'avortement empêche les femmes de valider leurs sentiments et de recevoir l'acceptation et la compréhension qu'elles recherchent lors de cette expérience. Elles ne peuvent donc pas bénéficier d'une forte mobilisation des réseaux de soutien social. D'ailleurs, de nombreuses études relèvent que le soutien social est susceptible de jouer un rôle bénéfique dans la perception et l'adaptation à cette expérience, en plus d'atténuer les effets de la stigmatisation sociale de l'avortement (Kumar et coll., 2009). Bien qu'elles reconnaissent les bienfaits de briser le silence et de se confier, il demeure que les participantes de cette étude, tout comme celles de plusieurs autres études, se confient à un réseau très sélectif de personne (Gelman et coll., 2017 ; Kimport et coll., 2011). Par le fait même, ce silence contribue à isoler les femmes les unes des autres et l'absence de soutien social peut faire en sorte qu'il sera plus difficile de traverser cette expérience. De plus, la stigmatisation de l'avortement a contribué à les vulnérabiliser lorsqu'elles se trouvaient dans des relations de pouvoir inégalitaire avec d'autres. Certaines femmes de cette étude ont d'ailleurs discuté de la manière dont des personnes proches d'elles (des membres de la famille ou leur partenaire) ont exercé de la coercition reproductive, voire de la violence, afin

d'imposer leur choix de l'avortement alors qu'il ne s'agissait pas de ce que la femme désirait à ce moment.

Finalement, cette grande discrétion contribue à perpétuer les mythes sur cette pratique, comme quoi elle est rare, marginale et différente des autres ainsi qu'a préserver un système de valeurs qui marginalise les femmes qui ont recours à l'avortement. Conséquemment, le mutisme général sur les expériences d'avortement soulage la pression à offrir des soins d'avortement équitables et accessibles et par conséquent justifie le maintien des restrictions à l'avortement. Ainsi, l'interaction entre le domaine du pouvoir hégémonique et interpersonnel œuvre ensemble pour maintenir les femmes dans une culture du silence.

Les besoins des femmes dans l'expérience de l'avortement

La présente section met en lumière les besoins des femmes dans l'expérience de l'avortement qui ont été identifiés dans notre analyse des données. Ces besoins sont discutés et des recommandations quant aux interventions liées à l'avortement sont proposées. L'analyse des données nous a permis de constater que plusieurs des besoins identifiés dans le cadre de l'expérience des femmes sont liés à des éléments issus du contexte propre à la province du Nouveau-Brunswick en matière d'avortement. Nous avons donc défini les besoins qui ressortent des entrevues des participantes en regard du contexte précis dans lequel s'insère leur expérience de l'avortement, soit les besoins d'éliminer les restrictions au soin d'avortement, d'en faciliter l'accès, d'offrir des services en français, d'accès à l'information, de soutien et d'accompagnement.

Éliminer les restrictions et faciliter l'accès à l'avortement dans la province. Il

ressort de cette étude que le fait de devoir payer pour les coûts associés à un soin d'avortement non dispensé en milieu hospitalier risque de vulnérabiliser davantage les femmes en situation de pauvreté, les femmes cheffes de famille monoparentale, celles qui dépendent économiquement d'un partenaire amoureux ou de leur famille ou encore, celles aux études. Mentionnons aussi que cette restriction risque de retarder le moment de l'avortement sans compter tout le stress qu'elle ajoute à la planification du soin.

Le refus de la province de couvrir les avortements réalisés en clinique est une restriction qui relève du gouvernement provincial. Certes, des actions visant directement à améliorer l'accessibilité de l'avortement ont été posées ces dernières années, afin d'éliminer les obstacles à l'accès à l'avortement, mais le refus de couvrir les soins d'avortement en clinique est toujours maintenu. Or, pour réellement accroître l'accessibilité à l'avortement dans cette province, cela n'est pas suffisant. Il est grand temps que le gouvernement du Nouveau-Brunswick reconnaisse que son refus à couvrir les avortements effectués à la seule clinique de la province cause du tort aux Néo-Brunswickoises en plus d'aller à l'encontre du jugement de la Cour suprême, de la Charte canadienne des droits et libertés ainsi que de la Loi canadienne sur la santé. La province du Nouveau-Brunswick doit assurer le financement public des services de santé reproductive partout dans la province. Les femmes ont besoin que cette dernière restriction (alinéa 2,01 b) de la Loi sur le paiement des services médicaux, qui empêche le financement public des services d'avortement dans les cliniques, soit abrogée et que les

avortements réalisés en clinique soient couverts par l'assurance-maladie.

Un autre enjeu d'accessibilité découle de l'accès limité de l'avortement sur l'ensemble du territoire de la province. Notre recherche démontre que les trois points de service d'avortement actuellement offerts en milieu hospitalier rejoignent difficilement une bonne partie de la population. Il est recommandé que les réseaux de santé, de concert avec le gouvernement multiplient les points de service d'avortement sur le territoire afin de favoriser l'accès à ce soin de santé reproductive. L'ajout de points de service d'avortement doit respecter une répartition logique et équitable afin d'atteindre un plus grand nombre de personnes et aussi mieux répondre aux besoins des personnes vivant dans les régions moins densément peuplées.

Par ailleurs, les rencontres avant la procédure de l'avortement ne sont pas exigées par tous les établissements de santé offrant l'avortement. Par conséquent, des femmes se voient contraintes à certaines exigences non fondées alors que d'autres ont la chance d'accéder rapidement et avec facilité à un soin d'avortement. Il est recommandé que des procédures de dispensation d'un avortement soient uniformes à travers l'ensemble des services qui le dispensent tout en plaçant les femmes au cœur du soin de telle sorte à ce que cela soit le moins contraignant possible pour elles.

Dans cet ordre d'idée, la disponibilité de la pilule abortive, le Mifegymiso a le potentiel d'augmenter l'accès à l'avortement dans la province et particulièrement pour les femmes habitant dans les régions rurales et éloignées des points de services d'avortement. Même si le médicament peut être prescrit par un médecin de famille ou une infirmière praticienne et qu'il est couvert par l'assurance-maladie de la province, il peut être

administré que jusqu'à 49 jours de gestation (7 semaines). Il est recommandé d'explorer des manières innovantes et créatives d'augmenter l'accessibilité de l'avortement par le biais de la pilule abortive, entre autres, par la télémédecine et des ententes collaboratives afin que divers professionnels puissent prescrire ce médicament.

Des soins d'avortement en français. Un troisième besoin identifié porte sur l'importance que les soins en contexte d'avortement soient offerts en français. À ce sujet, des participantes ont noté que la rencontre de consultation préalable à la procédure, avec un professionnel de la santé, s'est réalisée en anglais parce que le professionnel de la santé ne parlait pas français. Or, cette rencontre de consultation est obligatoire et des thèmes importants comme le processus décisionnel, les moyens de contraception, la période gestationnelle du fœtus et le déroulement de la procédure de l'avortement y sont abordés. Le fait de devoir s'exprimer en anglais pourrait avoir affecté de manière négative l'expérience de l'avortement et la qualité des soins reçus pour les personnes incapables de s'exprimer en anglais. Rappelons aussi que la province du Nouveau-Brunswick est officiellement bilingue et doit fournir des services de santé dans les deux langues officielles, soit le français et l'anglais.

Par ailleurs, il faut mentionner qu'il existe d'importants défis à former et à recruter du personnel souhaitant travailler en contexte d'avortement. Il est donc fort probable que l'on sacrifie la question linguistique pour offrir un soin d'avortement de qualité et sécuritaire. Cela étant dit, il est recommandé que les consultations réalisées par les médecins avant ou après la procédure de l'avortement devraient s'assurer de pouvoir offrir

des solutions afin de permettre aux femmes d'obtenir des soins et des informations qui concernent leur santé dans leur langue de choix, notamment par l'assistance d'un autre professionnel de la santé qui parlerait français.

Assurer l'accès aux informations sur les services d'avortement. Les données de cette recherche rapportent que les participantes étaient peu informées sur l'avortement. Notamment en ce qui touche la légalité, les lois, les sites d'avortement et les conditions d'accès. Par ailleurs, cette étude révèle que les professionnels de la santé méconnaissent aussi les services. Elles et ils expriment une difficulté à dessiner la trajectoire de soins et ont donc eu du mal à bien diriger les femmes dans l'organisation de leur avortement. D'ailleurs, quelques-unes des participantes ont été dirigées vers des groupes anti-choix plutôt que des services offrant l'avortement. L'absence d'information, de même que les informations erronées qui ont été transmises ont eu pour effet de compliquer l'accès à l'avortement, ce qui a eu des impacts non négligeables sur l'expérience des femmes. Notre recherche témoigne de l'importance que les prestataires de soins de santé et autres personnes impliquées disposent — ou soient en mesure de rechercher — les informations précises et à jour sur les soins d'avortement. Tout comme les participantes de l'étude de Wiebe et Sandhu (2008), les femmes que nous avons rencontrées ont expliqué l'importance qu'elles accordent à la facilité de prendre rendez-vous pour un soin d'avortement.

Il apparaît donc important d'informer davantage la population sur le soin d'avortement. En effet, les informations concernant le soin d'avortement dans la province

requièrent une meilleure diffusion et une plus grande transparence. Cela permettrait de mieux définir les trajectoires d'accès à l'avortement et ainsi, d'améliorer son accessibilité. Ceci implique que les systèmes de santé doivent déployer plus d'effort pour engager une diffusion active de ce soin auprès de la population néo-brunswickoise. En plus, les divers intervenants et professionnels œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux et dont les pratiques touchent de près ou de loin la santé sexuelle et reproductive doivent assurer l'accès à des informations appropriées sur toutes les options possibles à une grossesse non planifiée. Enfin, les normes sociales qui condamnent et stigmatisent l'avortement comme soin essentiel à l'atteinte de l'égalité et l'émancipation sociale et économique des femmes doivent être confrontées. En tant que société, il faut transformer les perceptions de l'avortement et valoriser l'autonomie des femmes.

Besoin de soutien et d'accompagnement. Bien que les femmes qui ont participé à notre étude aient majoritairement reçu le soutien de leur entourage durant l'avortement, notre analyse des données relève la présence de sentiments de solitude et d'isolement chez elles. En effet, dû à la stigmatisation de l'avortement, les femmes vivent majoritairement leur expérience en secret. À cet effet, le besoin de briser leur isolement et de partager leur expérience avec d'autres qui ont aussi vécu un avortement est ressorti. De ce fait, il pourrait être pertinent de développer des services complémentaires, qui s'appuient sur une approche de justice reproductive en vue de soutenir et d'accompagner les femmes dans leur expérience avant, pendant et après la procédure. Par exemple, la possibilité d'être accompagnée par une doula reproductive ou des activités comme des cafés-rencontres,

des ateliers au sujet de l'expérience de l'avortement ou de manière générale, sur la santé sexuelle et reproductive pourraient être offerts. Ces services permettraient de fournir aux femmes du soutien, des ressources et des informations supplémentaires, mais aussi engendreraient une collectivisation d'une expérience souvent faussement présentée comme marginale et rare.

Implications pour les recherches futures et les pratiques sociales

La présente démarche de recherches qualitative a permis de dégager des implications pour la recherche ainsi que les pratiques sociales, institutionnelles et politiques quant à l'expérience de l'avortement et au Nouveau-Brunswick. Celles-ci sont présentées dans cette section.

En ce qui concerne la recherche, il serait intéressant de répliquer la présente étude auprès d'un plus grand échantillon de femmes afin d'explorer davantage toutes les dimensions de l'expérience de l'avortement. Également, il pourrait être intéressant de mener une recherche similaire afin d'inclure des expériences d'avortement qui ont eu lieu dans d'autres provinces ou territoires où l'accès à l'avortement est également limité. Une telle recherche permettrait une comparaison de l'influence de la société, de la culture et du domaine politique sur l'expérience de l'avortement. De surcroît, davantage de recherches sur l'avortement devraient inclure les réalités des hommes trans, des personnes non binaires et intersexuées. Certes, les femmes cisgenres subissent une oppression spécifique qui est liée au fait d'être perçue et reconnue comme femme. Cependant, comme les femmes cisgenres, les personnes trans, non binaires ou intersexuées, subissent le

contrôle et l'exploitation de leur corps, sexualité et reproduction, notamment à travers l'avortement. C'est précisément sur ce point que leur réalité est en intersection avec celles des femmes cisgenres. C'est-à-dire que l'autonomie corporelle devrait être un droit pour toutes les femmes, de même que pour les personnes trans, non binaire et intersexuée. De ce fait, leur vécu de l'avortement mérite d'être inclus dans les recherches scientifiques. Dans le même ordre d'idées, peu d'études recensées ont examiné l'expérience de l'avortement sur la base de la race ou de l'appartenance ethnique. La présente étude n'y fait pas exception. Nous en savons donc peu sur l'expérience d'avortement des femmes qui ne sont pas blanches, alors que les femmes racisées sont plus susceptibles d'avoir un avortement, puisqu'elles sont plus nombreuses à vivre des grossesses non désirées (Bommaraju et coll., 2016). Une des études recensées, celle de Bommaraju et collaborateurs (2016), a bien démontré que l'identité raciale a un effet sur l'expérience de l'avortement. Il est donc primordial que les futures recherches incluent des femmes racisées ou ethnicisées afin de mieux contribuer à l'ensemble des données sur l'expérience de l'avortement et d'émerger de nouvelle connaissance sur l'avortement en fonction de ces catégories identitaires.

Comme les participantes ont mentionné le besoin de se regrouper et de discuter avec d'autres sur leur expérience de l'avortement, il serait intéressant d'appliquer un devis de recherche qui incorpore des groupes focus où les femmes pourraient échanger entre elles sur leur expérience de l'avortement. Cela aiderait à enrichir les connaissances sur cet événement reproductif en plus de contrer la culture du silence qui l'entoure. Enfin, l'avortement médical est offert depuis 2017 au Nouveau-Brunswick et couvert par

l'assurance-maladie de la province. Il serait intéressant que les futures recherches se penchent spécifiquement sur l'expérience de l'avortement médical, notamment dans des régions ou endroits où l'accès à l'avortement chirurgical est difficile. L'expérience de l'avortement médical et chirurgical pourrait être comparée et contrastée. Cela permettrait d'explorer les effets de cette nouvelle méthode sur l'accessibilité et sur l'expérience personnelle qu'en font les femmes. Aussi, de nombreuses répondantes ont impliqué leur partenaire amoureux dans leur expérience et ont indiqué que ceux-ci représentaient la source de soutien principal, il paraît alors pertinent d'explorer dans les recherches subséquentes l'impact de la présence des partenaires dans l'expérience de l'avortement.

En ce qui concerne les pratiques sociales, cette recherche nous amène à poser un regard sur une réalité peu explorée et à éveiller les consciences quant aux enjeux sociaux qui s'imbriquent à cette expérience, telle que la perception sociale de la sexualité des femmes, la pauvreté des femmes, la dépendance économique, l'isolement social, la violence conjugale et l'oppression reproductive, etc. Le fait de mieux comprendre l'expérience de l'avortement et de tenir compte de la vulnérabilité associée au contexte socio-économique permettra d'améliorer l'accessibilité à l'avortement, mais aussi d'éviter de reproduire les inégalités en matière de santé reproductive, en plus d'adapter les interventions aux besoins des femmes. En ce sens, cette recherche offre aux intervenants qui œuvrent dans la justice sociale et en santé reproductive, des pistes quant aux interventions bénéfiques de manière à mettre les femmes au cœur de ce soin, de respecter leurs droits et de favoriser leur autonomie corporelle. Par ailleurs, la recherche rend compte d'un accès difficile à un soin de santé essentiel à la santé, au bien-être et à l'égalité

des femmes. Cette recherche témoigne des effets collatéraux de la piètre accessibilité de l'avortement au Nouveau-Brunswick. Ainsi peut-on dire que la recherche contribue à la lutte sociale pour le droit à l'avortement et la justice reproductive.

En terminant, cette recherche a eu des implications pour les femmes qui y ont participé. Entre autres, elles ont aimé pouvoir parler librement et franchement de leur expérience de l'avortement. Pour plusieurs, il s'agissait d'un rare moment où elles prenaient parole et brisaient le silence sur leur avortement. Ainsi, de participer à la recherche était une façon pour elles de briser le silence sur l'avortement. La recherche s'allie au mouvement narratif visant à déstigmatiser l'avortement.

Conclusion

Cette étude cherchait à mieux comprendre l'expérience des femmes de l'avortement dans la province du Nouveau-Brunswick. Pour répondre à l'objectif de cette recherche, nous avons rencontré 10 femmes qui ont vécu une expérience d'avortement au Nouveau-Brunswick. À partir d'une approche qualitative exploratoire et féministe de la recherche, nous avons pu pousser la réflexion et approfondir les compréhensions sur l'expérience de l'avortement en contexte social et politique restrictif. Nous avons offert une description détaillée du contexte entourant cette expérience et des obstacles rencontrés par les participantes ainsi que l'influence sur leur expérience. Pour mieux discerner et prendre en compte les besoins des femmes, les entrevues ont accordé une grande importance au point de vue des participantes en ce qui a trait aux services, systèmes et politiques qui participent à l'organisation et à la dispensation des soins d'avortement dans la province. L'analyse des obstacles rencontrés dans l'accès à l'avortement par les participantes ainsi que leurs impacts aide à mieux comprendre l'expérience de l'avortement en contexte restrictif. Cette étude a permis de constater comment les difficultés d'accès à l'avortement vont à l'encontre de l'autonomie corporelle et reproductive des femmes. Ainsi, avec les témoignages des participantes, nous avons pu soulever les différentes manières dont s'exerce l'oppression reproductive. Plus encore, situer l'expérience de l'avortement des femmes dans la matrice de domination (Collins, 2002) nous a amenées à une analyse détaillée de ce vécu.

Tout d'abord, puisque le domaine du pouvoir hégémonique a le rôle de lier les domaines structurel, disciplinaire ainsi que les relations interpersonnelles. Ainsi, les expériences de l'avortement rendent compte de cette interaction par la manifestation de diverses oppressions qui reflètent, en trame de fond, des idéologies dominantes au sujet de l'avortement. Enfin, en situant l'expérience de l'avortement dans le domaine structurel et disciplinaire, il a été possible de relever des exemples montrant comment l'oppression reproductive est actualisée par les structures politiques et les institutionnelles.

Les résultats démontrent l'importance de prendre en compte toutes les dimensions de l'expérience de l'avortement pour en atteindre une meilleure compréhension. Nous avons ainsi une meilleure idée des raisons pour lesquelles certaines femmes vivent avec facilité ou difficulté leurs expériences de l'avortement. Les récits des participantes révèlent une stigmatisation vécue ou perçue de l'avortement comme un des éléments principaux ayant affecté négativement leur expérience de l'avortement. En effet, les résultats ont montré comment l'expérience de l'avortement a été aggravée par la stigmatisation et que celle-ci a favorisé la discrimination et la marginalisation des femmes dans cette expérience. En effet, la stigmatisation de l'avortement a teinté négativement cette expérience pour les femmes, mais a aussi servi à les isoler et même parfois à les exposer à des rapports de pouvoir et à de l'oppression reproductive. Malgré tout, les résultats de cette étude font état de changements positifs en ce qui concerne l'accès à l'avortement dans la province. Au moment de cette recherche des mesures afin de mieux répondre aux besoins des femmes souhaitant un avortement ont été mises en place : retrait du règlement nécessitant l'autorisation de deux médecins, ajout d'un point d'accès au soin

d'avortement, disponibilité de la pilule abortive, etc. Il n'en demeure pas moins que la sensibilité aux difficultés particulières rencontrées par les femmes souhaitant un avortement est loin d'être acquise par les structures politiques provinciales et qu'une forte résistance au sujet de l'avortement persiste. Ainsi, même si le soin d'avortement est offert dans la province, les femmes souhaitant mettre fin à une grossesse doivent affronter de nombreux obstacles propres au contexte sociopolitique de la province avant d'y avoir accès. Conséquemment, l'accumulation de ces obstacles empêche les femmes d'obtenir un avortement gratuit et dans des temps opportuns en plus d'exacerber des conditions de vie déjà difficiles pour les femmes. Or, il est largement consenti que de rendre les avortements inaccessibles n'empêche pas les femmes d'y avoir recours, mais plutôt, rendent les avortements plus difficiles à obtenir et plus dangereux. Enfin, les récits des participantes nous aident à mieux comprendre les raisons pour lesquelles ces dernières ont eu de la difficulté dans la planification de leur avortement et donnent des indices de ce qui pourrait être fait pour les aider à favoriser positivement leur expérience et l'accès à ce soin essentiel. Par exemple, cette recherche rend compte d'un manque de connaissance en ce qui a trait aux droits en matière de santé reproductive et plus précisément, des soins d'avortement. Nous avons vu que des femmes ainsi que des professionnels de la santé ne sont pas informés des points d'accès à l'avortement, voire du statut légal de celui-ci ainsi que des diverses réglementations provinciales qui l'entourent. Il s'agit d'un besoin consternant et qui nous suggère que l'information concernant le sujet de l'avortement n'est pas bien diffusée dans la province. Les femmes néo-brunswickoises ont le droit de connaître leurs droits et les ressources qui leur sont offerts en matière de santé

reproductive et elles méritent de se sentir respectées dans leurs choix, valeurs et besoins qu'elles préconisent, même si ceux-ci sont en confrontation avec les valeurs et normes sociales traditionnelles de la femme.

À partir des résultats de cette recherche, nous avons pu proposer des recommandations pouvant répondre aux besoins des femmes en vue d'améliorer les pratiques en contexte d'avortement, d'éliminer les restrictions imposées et sa stigmatisation. Dans un premier temps, une réorganisation des services de santé liés à l'avortement dans les établissements de santé de manière logique, transparente et adaptée aux réalités du contexte provinciales permettrait d'améliorer de manière considérable l'accessibilité de l'avortement. Dans un deuxième temps, il pourrait être aussi pertinent de réfléchir à de nouveaux modèles de prestation du soin d'avortement, gratuit, tels que la possibilité d'avoir les services d'une doula reproductive et la télémédecine. Cela permettrait de pallier plus particulièrement les disparités géographiques, les délais d'attente tout en assurant la confidentialité et l'anonymat. Il va sans dire qu'il nous apparaît nécessaire de continuer d'offrir des soins de qualité, qui sont sans jugement et qui respectent les droits des femmes sur leur corps. En plus de l'amélioration des soins d'avortement, la mise en œuvre de divers modes de soutien et d'accompagnement dans l'expérience de l'avortement de sorte à encourager la création de liens sociaux des femmes aiderait à atténuer diverses difficultés observées dans le cadre de l'expérience de l'avortement, dont l'isolement social et la stigmatisation. Par ailleurs, il importe en conclusion de souligner l'importance de considérer les différents aspects de l'expérience de l'avortement en contexte où l'accès y est limité et difficile. Une meilleure accessibilité

au soin d'avortement passe par une réelle prise en compte des conditions matérielles et des inégalités auxquelles les femmes font face, tel que la pauvreté des femmes, l'insertion à l'emploi, la santé mentale, l'accès à l'éducation, aux médecins de famille, les services de garde, la monoparentalité et la violence. Comme le révèle cette recherche, ignorer ces facettes de leur existence dans la protection et l'augmentation de l'accessibilité de l'avortement risque de ne pas atteindre une justice reproductive. Or, changer les structures et les mentalités est crucial, mais survient fréquemment très lentement. De ce fait, il faut continuer à soutenir les femmes qui ont une grossesse non désirée et poursuivre l'éducation et la sensibilisation sociale pour mieux lutter contre l'érosion des droits reproductifs et l'autonomie corporels des femmes.

En guise de dernière réflexion sur ce projet de recherche, nous tenons à reconnaître et souligner les femmes qui ont volontairement partagé leur récit d'avortement. Ce fut un honneur d'avoir l'occasion d'écouter leurs expériences. Comme étudiante en travail social, intervenante sociale et féministe, elles m'ont appris à faire de la recherche avec compassion et humanité. Les femmes de cette étude ont généreusement partagé leur temps et leur vécu personnel avec moi pour que je puisse mieux saisir cette expérience reproductive qui est à la fois très intime et collective. En participant à cette recherche, elles ont témoigné l'importance que revêt le fait de raconter leur avortement pour mieux briser le silence collectif sur ce sujet et en exposer ses réalités. Maintenant, souhaitons que les intervenantes sociales et les intervenants sociaux, les professionnel.le.s de la santé, les chercheur.e.s, les politicien.ne.s et les citoyen.ne.s s'engagent dans une justice reproductive en mettant fin à la stigmatisation de ce soin, en soutenant l'ensemble des

personnes qui y ont recours et en les acceptant comme des personnes qui ont pris une décision réfléchie, intelligente et basée sur des circonstances de vie particulière qui ne concernent qu'elles.

Références

- Abortion Rights Coalition of Canada. (2007). *Position Paper # 3. Clinic Funding – Overview of Political Situation*. Repéré à <http://www.arcc-cdac.ca/postionpapers/03-Clinic-Funding-Overview.PDF>
- Abortion Rights Coalition of Canada. (2017). *Abortion as a Healthy and Positive Moral Choice*. Repéré à <https://www.arcc-cdac.ca/postionpapers/91-Abortion-Positive-Moral-Choice.pdf>
- Abortion Rights Coalition of Canada. (2018). *How to Identify Fake Clinics*. Repéré à <http://www.arcc-cdac.ca/CPC-study/identify-fake-clinics.pdf>
- Abortion Rights Coalition of Canada. (2019). *List of Anti-choice Groups in Canada*. Repéré à <http://www.arcc-cdac.ca/CPC-study/list-anti-choice-groups.pdf>
- Abortion Rights Coalition of Canada. S.d. *Backgrounder: Abortion Access Issues*. Repéré à <https://www.arcc-cdac.ca/backgrounders/access.html>
- Abrams, P. (2015). The bad mother: stigma, abortion and surrogacy. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(2), 179-191.
- Acker, J., Barry, K., & Esseveld, J. (1983). Objectivity and truth: Problems in doing feminist research. *Women's Studies International Forum*, 6(4), 423-435.
- Action Canada for Sexual Health and Rights. (2019). *Unequal Access to Abortion Across Canada*. Repéré à <https://www.actioncanadashr.org/news/2019-07-25-unequal-access-abortion-across-canada>
- Aléx, L., & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion—a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 160-168.
- Amnesty International. (2019). *Anti-abortion laws are an attack on our right to love with dignity and decide what happens to our bodies*. Repéré à <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2019/09/anti-abortion-laws-are-an-attack-on-our-right-to-live-with-dignity-and-decide-what-happens-to-our-bodies/>
- Armstead, C. (1995). Writing contradictions: Feminist research and feminist writing. *Women's Studies International Forum*, 18(5), 627-636.

- Arthur, J. (2010). *What the Pollster Didn't Ask. Biased Poll Fuels Anti-Abortion Myths*. Repéré à <https://www.arcc-cdac.ca/presentations/what-pollster-didnt-ask.html>
- Astbury-Ward, E., Parry, O., & Carnwell, R. (2012). Stigma, abortion, and disclosure—findings from a qualitative study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3137-3147.
- Beckman, L. J. (2017). Abortion in the United States: The continuing controversy. *Feminism & Psychology*, 27(1), 101-113.
- Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*, 13(1), 29 p.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, (1), 70-88.
- Bilge, S. (2010). De l'analogie à l'articulation: théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe. *L'Homme et la société*, (2), 43-64.
- Bommaraju, A., Kavanaugh, M. L., Hou, M. Y., & Bessett, D. (2016). Situating stigma in stratified reproduction: abortion stigma and miscarriage stigma as barriers to reproductive healthcare. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 62-69.
- Budde, E., & Heichel, S. (2017). Women Matter: The Impact of Gender Empowerment on Abortion Regulation in 16 European Countries between 1960 and 2010. *Politics & Gender*, 13(3), 432-457.
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(5), 657-665.
- Canada's National Observer. (2019). *Fate of N.B. Clinic speaks to unfinished fight for abortion access in region*. Repéré à <https://www.nationalobserver.com/2019/10/17/news/fate-nb-clinic-speaks-unfinished-fight-abortion-access-region>
- Cano, J. K., & Foster, A. M. (2016). “They made me go through like weeks of appointments and everything”: Documenting women's experiences seeking abortion care in Yukon territory, Canada. *Contraception*, 94(5), 489-495.
- Carastathis, A. (2014). The concept of intersectionality in feminist theory. *Philosophy Compass*, 9(5), 304-314.
- CBC News. (2014a). *Morgentaler abortion clinic in Fredericton to close*. Document en ligne repéré à <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/morgentaler-abortion-Clinic-in-fredericton-to-close-1.2604535>

- CBC News. (2014b). *New Brunswick abortion restriction lifted by Premier Brian Gallant*. Document en ligne repéré à <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/new-brunswick-abortion-restriction-lifted-by-premier-brian-gallant-1.2850474>
- CBC News. (2014c). « *Better Abortion Access Will Cost \$500K a Year, Minister Says*, ». Repéré à <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/better-abortion-access-will-cost-500k-a-year-minister-says-1.2879965>
- CBC News. (2015). *Horizon Health to offer abortion services only in Moncton Hospital*. Repéré à <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/horizon-health-to-offer-abortion-services-only-in-moncton-hospital-1.2970019>
- CBC News. (2019). *Abortion barriers in Canada are back in spotlight following passage of abortion bans in U.S.* Repéré à <https://www.cbc.ca/news/health/abortion-access-canada-us-bans-1.5140345>
- Chae, S., Desai, S., Crowell, M., & Sedgh, G. (2017). Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*, 96(4), 233-241.
- Champeau, D. A., & Shaw, S. M. (2003). Teaching about interlocking oppressions: The case of HIV and women. *Feminist Teacher*, 208-219.
- Clinic 554. (s.d). *Reproductive Health*. Repéré à <http://www.clinic554.ca/reproductivehealth.html>
- Coalition pour le droit à l'avortement au Canada. (2016). *La CDAC ne peut appuyer le projet de loi C-225*. Repéré à <http://www.arcc-cdac.ca/fr/action/CDAC-ne-peut-appuyer-C225.pdf>
- Coalition pour le droit à l'avortement au Canada. (2017). *Statistiques — Avortement au Canada*. Repéré à <http://www.arcc-cdac.ca/fr/backgrounders/Statistiques-actuelles.pdf>
- Collins, P. H. (2002). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Conseil du statut de la femme. (2013). *Le droit à l'avortement, 25 ans de reconnaissance officielle*. Repéré à <https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/brochure-le-droit-a-lavortement-25-ans-de-reconnaissance-officielle.pdf>
- Cool, J. (2010). *L'écart salarial entre les femmes et les hommes*. Bibliothèque du Parlement.

- Cooper, H. (2015). *Research synthesis and meta-analysis: A step-by-step approach* (Vol. 2). Sage publications.
- Corbeil, C., & Marchand, I. (2007). L'intervention féministe intersectionnelle : un nouveau cadre d'analyse et d'intervention pour répondre aux besoins pluriels des femmes marginalisées et violentées. *Montréal : Alliance des recherches IREF/Relais-Femmes*.
- Côté, I. (2013). Analyse féministe du syndrome postavortement : la déconstruction d'un mythe véhiculé par le mouvement pro-vie. *Reflète : Revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(1), 65-84.
- Couture, J. L., Sangster, S. L., Williamson, L. E., & Lawson, K. L. (2016). Endorsement of abortion: the differential impact of social perspective on women and men. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(2), 210-220.
- Cowan, S. K. (2017). Enacted abortion stigma in the United States. *Social Science & Medicine*, 177, 259-268.
- Curtis, B., & Curtis, C. (2011). *Social research: A practical introduction*. Sage.
- DeVault, M. L. & Gross, G. (2011). Experience, Talk, and Knowledge. *Handbook of feminist research: Theory and praxis*, 206.
- Direction de l'égalité des femmes. (2016). *Profil égalité 2016*. Repéré à <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/eco-bce/WEB-EDF/pdf/fr/Equality%20Profile%202016-PDF-F.pdf>
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités : Introduction à la théorie féministe*. Presses universitaires de France.
- Drolet, M. (2011). *Pourquoi l'écart salarial entre les hommes et les femmes a-t-il diminué?* Statistique Canada.
- Duerksen, K. N., & Lawson, K. L. (2017). "Not brain-washed, but heart-washed": A qualitative analysis of benevolent sexism in the anti-choice stance. *International journal of behavioral medicine*, 24(6), 864-870.
- Eggertson, L. (2001). Abortion services in Canada: a patchwork quilt with many holes.
- Ekstrand, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2009). An illusion of power: Qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(3), 173-180.

- Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec. (2011). *Femmes et monoparentalité : agir sur la pauvreté pour atteindre l'égalité*. Repéré à <https://www.fafmrq.org/wp-content/uploads/2011/02/2011-01MemEgaliteH-F.pdf>
- Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2000). *L'avortement une réalité incontournable, un service essentiel*. Repéré à http://www.fqpn.qc.ca/?attachment_id=1371
- Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2018). *Avortement*. Repéré à <http://www.fqpn.qc.ca/public/informez-vous/grossesse-non-planifiee/avortement/>
- Ferrarese, E. (2012). bell hooks et le politique. La lutte, la souffrance et l'amour. *Cahiers du Genre*, (1), 219-240.
- Fondation canadienne des femmes. (2012). *Fiche d'information : aider les femmes à sortir de la pauvreté*. Repéré à <https://www.canadianwomen.org/sites/canadianwomen.org/files/FACT%20SHE ET%20-%20End%20Poverty%20-%20Sept%2026%202011%20FR.pdf>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2006). Fondements et étapes du processus de recherche Montréal. *Chenelière Éducation*.
- Foster, A. M., LaRoche, K. J., El-Haddad, J., DeGroot, L., & El-Mowafi, I. M. (2017). "If I ever did have a daughter, I wouldn't raise her in New Brunswick:" exploring women's experiences obtaining abortion care before and after policy reform. *Contraception*, 95(5), 477-484.
- Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2012a). How women anticipate coping after an abortion. *Contraception*, 86(1), 84-90.
- Foster, D. G., Gould, H., Taylor, J., & Weitz, T. A. (2012b). Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S. clinic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(2), 117-124.
- Gelman, A., Rosenfeld, E. A., Nikolajski, C., Freedman, L. R., Steinberg, J. R., & Borrero, S. (2017). Abortion Stigma Among Low-Income Women Obtaining Abortions in Western Pennsylvania: A Qualitative Assessment. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 49(1), 29-36.
- Gould, H., Foster, D. G., Perrucci, A. C., Barar, R. E., & Roberts, S. C. (2013). Predictors of abortion counseling receipt and helpfulness in the United States. *Women's Health Issues*, 23(4), e249-e255.

- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. 2014. *Le gouvernement provincial supprime des obstacles au droit des femmes de choisir*. Repéré à <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqué.2014.11.1334.html>
- Grzanka, P. R., & Frantell, K. A. (2017). Counseling psychology and reproductive justice: A call to action. *The Counseling Psychologist*, 45(3), 326-352.
- Guttmacher Institute. (2018). *Induced Abortion Worldwide*. Repéré à <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>
- Guttmacher Institute. (2019). *United States Abortion*. Repéré à <https://www.guttmacher.org/united-states/abortion>
- Halldén, B. M., Christensson, K., & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 243-250.
- Harper, E. (2012). Regards sur l'intersectionnalité. Repéré à http://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/publications/pub_06112012_83352.pdf
- Hesse-Biber, S. N. (Ed.). (2011). Handbook of feminist research: *Theory and praxis*. SAGE publications.
- Hoggart, L., Newton, V. L., & Bury, L. (2017). 'Repeat abortion', a phrase to be avoided? Qualitative insights into labelling and stigma. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 43(1), 26-30.
- hooks, b. (1981). *Ain't IA Woman: Black Women and Feminism*. na.
- Huang, Y., Davies, P. G., Sibley, C. G., & Osborne, D. (2016). Benevolent sexism, attitudes toward motherhood, and reproductive rights: A multi-study longitudinal examination of abortion attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(7), 970-984.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Avortements provoqués déclarés au Canada en 2017*. Repéré à <https://www.cihi.ca/fr/avortements-provoques-declares-au-canada-en-2017>
- Institut national de santé publique du Québec. 2018. *Encadrée 2 - La coercition reproductive en contexte conjugal*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-conjugale/encadre-2-la-coercition-reproductive-en-contexte-conjugal>

- Jerman, J., Frohwirth, L., Kavanaugh, M. L., & Blades, N. (2017). Barriers to abortion care and their consequences for patients traveling for services: Qualitative findings from two states. *Perspectives on sexual and reproductive health, 49*(2), 95-102.
- Johnstone, R. (2014). The Politics of Abortion in New Brunswick. *Atlantis, 36*(2), 73-87.
- Jones, R. K., & Finer, L. B. (2012). Who has second-trimester abortions in the United States? *Contraception, 85*(6), 544-551.
- Jones, R. K., & Jerman, J. (2014). Abortion incidence and service availability in the United States, 2011. *Perspectives on sexual and reproductive health, 46*(1), 3-14.
- Jones, R. K., Upadhyay, U. D., & Weitz, T. A. (2013). At what cost? Payment for abortion care by US women. *Women's Health Issues, 23*(3), e173-e178.
- Kaposy, C. (2010). Improving abortion access in Canada. *Health Care Analysis, 18*(1), 17-34.
- Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: Lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 43*(2), 103-109.
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., & Rosenthal, D. (2011). Abortion is a difficult solution to a problem: A discursive analysis of interviews with women considering or undergoing abortion in Australia. *Women's Studies International Forum, 34*(2), 121-129.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P., & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing ethics, 26*(7-8), 2135-2146
- Kralik, D., & van Loon, A. M. (2008). Feminist research. *Nursing research designs and methods, 35*-44.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality, 11*(6), 625-639.
- Kumar, U., Baraitser, P., Morton, S., & Massil, H. (2004). Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 30*(1), 51-54.

- La Presse. (2019). *Centres antiavortement : « tromperie » et « manipulation »*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201901/03/01-5209807-centres-antiavortement-tromperie-et-manipulation.php>
- Leask, M. (2015). An exceptional choice? How young New Zealand women talk about abortion. *Australian Feminist Studies*, 30(84), 179-198.
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notion et étapes. *Les méthodes de la recherche qualitative*, 49, 65.
- Le sexe et moi. (2018). *Grossesse non planifiée*. Repéré à <https://www.sexandu.ca/fr/pregnancy/unplanned-pregnancy/#tc4>
- MacQuarrie, C., Chambers, C., & MacDonald, J. A. (2014). Trials and trails of accessing abortion in PEI: reporting on the impact of PEI's abortion policies on women. University of Prince Edward Island.
- Madore, O. (2005). *The Canada Health Act: Overview and options*. Current Issue Review, 94- 4E. Ottawa, ON: Parliamentary Information and Research Service of the Library of Parliament. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/944-e.htm#1criteriatxt>
- Margo, J., McCloskey, L., Gupte, G., Zurek, M., Bhakta, S., & Feinberg, E. (2016). Women's Pathways to Abortion Care in South Carolina: A Qualitative Study of Obstacles and Supports. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48(4), 199-207.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Québec, Morin.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M. C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, Québec : G. Morin.
- McTavish, L. (2015). Abortion in New Brunswick. *Acadiensis*, 44(2), 107-130.
- Nash, E., & Donovan, M. K. (2019). Ensuring Access to Abortion at the State Level: Selected Examples and Lessons. *GUTTMACHER POL 'Y REV.*, 22, 1.
- Nash, J. C. (2008). Re-thinking intersectionality. *Feminist review*, 89(1), 1-15.
- NB Media Co-op. (2016). *Inequality in abortion care in New Brunswick highlighted at pro-choice*. Repéré à <https://nbmediacoop.org/2016/02/12/inequality-in-abortion-care-in-new-brunswick-highlighted-at-pro-choice-panel/>

- Norman, W. V., Guilbert, E. R., Okpaleke, C., Hayden, A. S., Lichtenberg, E. S., Paul, M., ... & Jones, H. E. (2016). Abortion health services in Canada: Results of a 2012 national survey. *Canadian Family Physician*, 62(4), e209-e217.
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's health issues*, 21(3), S49-S54.
- Palley, H. A. (2006). Canadian abortion policy: National policy and the impact of federalism and political implementation on access to services. *Publius: The Journal of Federalism*, 36(4), 565-586.
- Paul, M., & Norton, M. E. (2016). Ensuring access to safe, legal abortion in an increasingly complex regulatory environment. *Obstetrics & Gynecology*, 128(1), 171-175.
- Purcell, C., Cameron, S., Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C., & McDaid, L. M. (2014). Access to and experience of later abortion: Accounts from women in Scotland. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(2), 101-108.
- Radio-Canada (2017a). *Pilule abortive : 74 femmes ont eu recours au Mifegymiso au N.-B.* Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1062356/pilule-abortive-femmes-mifegymiso-nouveau-brunswick>
- Radio-Canada (2017b). *Les Néo-Brunswickoises ont accès gratuitement à la pilule abortive.* Repéré en ligne à <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1044173/les-neo-brunswickoises-ont-acces-gratuitement-a-la-pilule-abortive>
- Ralph, L. J., Foster, D. G., Kimport, K., Turok, D., & Roberts, S. C. (2017). Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception*, 95(3), 269-278.
- R. c. Morgentaler, 1988, p. 32-33. Repéré à <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/288/index.do>
- Reproductive Justice New Brunswick. (2015). *Update on Access to Abortion Services in New Brunswick.* Repéré à <https://rjnbdotorg.files.wordpress.com/2014/07/backgrounder-jan-13.pdf>
- Roberts, S. C., Belusa, E., Turok, D. K., Combellick, S., & Ralph, L. (2017). Do 72-Hour Waiting Periods and Two-Visit Requirements for Abortion Affect Women's Certainty? A Prospective Cohort Study. *Women's health issues*, 27(4), 400-406.

- Ross, L. (2011). Understanding reproductive justice. SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective.
- Saurette, P., & Gordon, K. (2013). Arguing abortion: The new anti-abortion discourse in Canada. *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique*, 46(1), 157-185.
- Sethna, C., & Doull, M. (2012). Accidental tourists: Canadian women, abortion tourism, and travel. *Women's Studies*, 41(4), 457-475.
- Sethna, C., & Doull, M. (2013). Spatial disparities and travel to freestanding abortion clinics in Canada. *Women's Studies International Forum*, 38, 52-62.
- Sethna, C., Palmer, B., Ackerman, K., & Janovicek, N. (2013). Choice interrupted: Travel and inequality of access to abortion services since the 1960s. *Labour/Le Travail*, 71(1), 29-48.
- Shankar, M., Black, K. I., Goldstone, P., Hussainy, S., Mazza, D., Petersen, K., Lucke, J. & Taft, A. (2017). Access, equity and costs of induced abortion services in Australia: a cross-sectional study. *Australian and New Zealand journal of public health*, 41(3), 309-314.
- Shaw, J. (2006). *Reality check: A close look at accessing abortion services in Canadian hospitals*. Canadians for Choice.
- Shaw, J. (2013). Abortion as a social justice issue in contemporary Canada. *Critical Social Work*, 14(2).
- Stålhandske, M. L., Ekstrand, M., & Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 35-41.
- Statistique Canada (2011). *Femme au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe, sixième édition*. Statistique Canada, Ottawa, no 89-503-X au catalogue, 405 p.
- The Canadian Legal Information Institute. (2014). *General Regulation, NB Reg 84-20*. Repéré à <http://canlii.ca/t/529kf>
- The Globe and Mail. (2018). *New Brunswick fell just shy of fulfilling commitment to expand abortion access, documents reveal*. Repéré à <https://www.theglobeandmail.com/news/national/why-nbs-english-hospitals-limited-new-abortion-services-to-moncton/article24554165>

- This. (2017). *Meet Canada's abortion doulas*. Repéré à <https://this.org/2017/12/13/meet-canadas-abortion-doulas>
- Thornton & Kohlman. (2012) Intersectionality: A transformative paradigm in feminist theory and social justice. Dans *Handbook of feminist research: Theory and praxis*, 2, 154-174.
- Trybulski, J. (2008). Making sense: women's abortion experiences. *British Journal of Midwifery*, 16(9), 576-582.
- Veenstra, G. (2011). Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *International journal for equity in health*, 10(1), 3.
- Vice. (2013). *Phony Abortion Clinics in Canada Are Scaring Women with Lies*. Repéré à https://www.vice.com/en_ca/article/xd4e3n/i-went-to-a-phony-abortion-clinic-in-toronto
- Vice. (2015). *Abortion Access in the Maritimes*. Repéré à https://www.vice.com/en_ca/article/gmqn9/abortion-access-in-the-maritimes-298
- Weitz, T. A., Moore, K., Gordon, R., & Adler, N. (2008). You say regret and I say relief: a need to break the polemic about abortion. *Contraception*, 78(2), 87-89.
- Wiebe, E. R., & Sandhu, S. (2008). Access to abortion: what women want from abortion services. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(4), 327-331.
- Wylie, A. (2007). *The Feminist Question in Science: What Does It Mean to "Do Social Science as a Feminist"?*. Dans Hesse-Biber, S. (Ed.), *Handbook of Feminist Research*. Sage Publications, 567-578
- Yuval-Davis, Nira. *The politics of belonging: Intersectional contestations*. Sage, 2011.

Appendices A
Affiche de recrutement

**ÉTUDE SUR L'AVORTEMENT:
L'EXPÉRIENCE DES FEMMES DE
L'AVORTEMENT AU NOUVEAU-BRUNSWICK**

Une étudiante à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) souhaite réaliser des entrevues individuelles avec des femmes ayant eu un avortement.

L'objectif de cette étude est d'explorer l'expérience de l'avortement et mieux comprendre le contexte social qui l'entoure. Votre participation est entièrement confidentielle et volontaire.

Vous pouvez participer à cette étude si vous :

- Avez eu un avortement au cours des dernières années
- Étiez résidente du Nouveau-Brunswick au moment de l'avortement
- Étiez âgée de 18 ans et plus au moment de l'avortement

Pour plus d'information ou pour participer :
Sacha Cyr | 1-800-567-1283 #2396 |
cyrs09@uqo.ca

* Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO.

**STUDY ON ABORTION:
EXPERIENCE OF WOMEN'S ABORTION IN
NEW BRUNSWICK**

A master student in social work at the Université du Québec en Outaouais (UQO) would like to conduct individual interviews with women who had an abortion.

The purpose of the study is to explore women's experience of abortion and to better understand the social context surrounding it. Your participation is entirely confidential and voluntary.

You can participate to this study if you:

- Had an abortion in the recent years
- Lived in New Brunswick at the time of abortion
- Were aged 18 and over at the time of abortion

For more information or to participate:
Sacha Cyr | 1-800-567-1283 # 2396 |
cyrs09@uqo.ca

* This study has obtained approval from UQO's Research Ethics Boards.

Sacha Cyr
cyrs09@uqo.ca
1-800-567-1283 #2396

Sacha Cyr
cyrs09@uqo.ca
1-800-567-1283 #2396

Sacha Cyr
cyrs09@uqo.ca
1-800-567-1283 #2396

Sacha Cyr
cyrs09@uqo.ca
1-800-567-1283 #2396

Sacha Cyr
cyrs09@uqo.ca
1-800-567-1283 #2396

Sacha Cyr
cyrs09@uqo.ca
1-800-567-1283 #2396

Sacha Cyr
cyrs09@uqo.ca
1-800-567-1283 #2396

Sacha Cyr
cyrs09@uqo.ca
1-800-567-1283 #2396

Sacha Cyr
cyrs09@uqo.ca
1-800-567-1283 #2396

Appendice B

Annonce de recrutement à l'intention de sites internet, réseaux sociaux et bulletins
d'information

Recherche sur l'avortement au Nouveau-Brunswick

Nous recherchons des femmes ayant fait l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick. Votre histoire nous intéresse !

Une étudiante à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais souhaite réaliser des entrevues (90 minutes), en personne, avec des femmes sur leur expérience personnelle de l'avortement.

Vous pouvez participer à cette recherche si :

- Vous avez eu un avortement au cours des 5 dernières années
- L'avortement a été réalisé au Nouveau-Brunswick
- Vous étiez âgée de 19 ans et plus au moment de l'avortement

Votre participation est volontaire et confidentielle.

Pour plus d'information ou pour participer à cette recherche veuillez contacter Sacha en répondant à cette annonce par téléphone au 1-800-567-1283 poste 2396 ou écrivez-lui un courriel à cyr09@uqo.ca

* Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique à la recherche de l'UQO.

Appendice C

Copie du texte du premier contact

Bonjour,

Mon nom est Sacha Cyr, je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec en Outaouais. Je communique avec vous pour vous inviter à participer à mon projet de recherche de maîtrise. Plus précisément, mon projet de recherche s'intéresse au point de vue des femmes ayant vécu un avortement dans la province du Nouveau-Brunswick. Je désire saisir le contexte social, politique et géographique dans lequel cette expérience s'insère. Je crois qu'il est important que le point de vue des femmes sur leur propre avortement soit reconnu. J'espère que mon projet de recherche encouragera une meilleure compréhension de cette expérience. Je souhaite aussi que cette recherche puisse orienter les lois, les politiques sociales et les pratiques de soins de santé entourant l'avortement de sorte que les conditions de vie et la santé des femmes soient améliorées. C'est donc la raison de mon appel aujourd'hui.

Si vous acceptez de participer à l'étude, votre implication consistera à répondre à un court questionnaire de quelques minutes portant sur votre situation relationnelle, familiale et économique ainsi que sur les caractéristiques des avortements vécus. Également, on vous demandera de prendre part à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 1 h 30 à 2 h portant sur votre l'avortement. L'entrevue pourra avoir lieu à l'endroit de votre choix, selon votre préférence. Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans vous justifier. Votre refus de participer ou votre retrait au projet de recherche n'entraînera aucune conséquence ou aucun préjudice. Également, toutes les informations recueillies dans le questionnaire et lors de l'entrevue ainsi que les résultats de recherche demeureront confidentielles. Ni votre nom, ni celui d'autres personnes que vous nommerez ou toutes autres informations permettant de vous identifier ne seront divulgués. Les informations seront remplacées par un code, un numéro ou un nom fictif dans les documents de recherche.

Pour toutes questions ou informations supplémentaires, n'hésitez pas à me contacter au 567-1283 poste 2396 ou par courriel au cyr09@uqo.ca. Je vous remercie pour votre temps et je vous souhaite une bonne journée.

** Si la personne accepte de participer au projet, vérifier si elle satisfait aux critères d'inclusion de la recherche (âge, lieu de la procédure de l'avortement et moment de l'avortement) ; l'informer que vous lui transmettez, par courriel ou par la poste, deux copies du formulaire de consentement. Le formulaire est signé en deux exemplaires et vous en conservez une copie. Vérifier ses coordonnées. Établir une date, heure et lieu pour l'entrevue. Transmettre l'information que le formulaire de consentement sera revu et signé au début de la rencontre.*

** Si la personne refuse : la remercier de son temps. Lui rappeler que son refus de participer n'entraîne aucune conséquence et aucun préjudice pour elle.*

Appendice D

Formulaire d'information et de consentement

Expérience de l'avortement chez les femmes du Nouveau-Brunswick

Étudiante-chercheuse : Sacha Cyr, étudiante à la maîtrise en Travail social,
Université du Québec en Outaouais
1-800-567-1283 #2396
cyr09@uqo.ca

Directrices de recherche : Isabel Côté, Ph. D. Service social, Professeure en travail
social, Université du Québec en Outaouais
(819) 595-3900 #2334

Francine de Montigny, Ph. D. Psychologie, Professeure en
science infirmière, Université du Québec en Outaouais
(819) 595-3900 #2257

Introduction

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre l'expérience des femmes de l'avortement au Nouveau-Brunswick. Cette recherche est réalisée dans le cadre du programme de maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais, sous la direction d'Isabel Côté, Ph. D. en service social et de Francine de Montigny, Ph. D. en psychologie.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche et de signer ce formulaire, veuillez lire, comprendre et considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques ou inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Le numéro de certification qui y est associé est 2331.

Nature et objectifs de la recherche

Cette recherche qualitative se déroule dans la province du Nouveau-Brunswick. Elle vise à explorer et décrire l'expérience des femmes l'avortement. Cette recherche vise aussi à mieux comprendre le contexte social et politique dans lequel s'insère cette expérience. Pour y arriver, la chercheuse souhaite recruter une dizaine de participantes ayant eu un avortement, au cours des 5 dernières années.

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- Explorer et décrire l'expérience de l'avortement par les femmes dans la province du Nouveau-Brunswick ;
- Décrire le contexte sociopolitique s'insère l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick.

Nature de la participation demandée

Si vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, votre participation consistera à :

- a) Répondre à un court questionnaire de quelques minutes (moins de dix minutes) portant sur votre situation relationnelle, familiale et économique ainsi que sur vos caractéristiques personnelles et celles des avortements vécus.
- b) Prendre part à une entrevue individuelle d'une durée d'environ une heure trente à deux heures, selon le cas, portant sur votre avortement. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio et aura lieu à l'endroit de votre choix.

Bénéfices

En participant à cette recherche, vous aurez l'opportunité de réfléchir et faire le point sur votre expérience personnelle liée à l'avortement. Également, votre participation pourra contribuer à l'avancement des connaissances au sujet de l'avortement et de la santé reproductive.

Risques et inconvénients

Les risques associés à votre participation sont minimaux. **Entre autres, vous pourriez éprouver un inconfort vis-à-vis de certaines questions.** Vous ne devez pas hésiter à en faire mention à la personne qui mène l'entrevue afin de prendre une pause. Vous êtes aussi libre de ne pas répondre aux questions qui vous mettent mal à l'aise. La chercheuse s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Si vous en ressentez le besoin, **une liste de ressources susceptibles de vous venir en aide est annexée à la fin de ce formulaire.**

Confidentialité et gestion des données

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais². Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Ni votre nom, ni celui d'autres personnes que vous nommerez ou toutes autres informations permettant de vous identifier ne pourront être divulgués. Afin d'assurer la confidentialité des données, les informations seront remplacées par un code, un numéro ou un nom fictif dans les documents de recherche.

Le matériel du questionnaire sociodémographique sera conservé dans un classeur du bureau de la résidence de la chercheuse, verrouillée à clé et seulement accessible par celle-ci. Les formulaires seront déchiquetés à la fin du projet. Le matériel d'entrevue sera conservé sur l'ordinateur personnel protégé par un mot de passe et seulement accessible par la chercheuse. Seules la chercheuse et les directrices de recherche (mentionnées ci-dessus) auront accès aux données. Les données recueillies ne serviront qu'aux fins de cette recherche. Toutes les données seront détruites, une fois la recherche terminée. Les données seront diffusées dans le mémoire de la chercheuse principale et pourront aussi être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de communications scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Un résumé des principaux résultats de la recherche sera envoyé aux participantes qui en font la demande. Si cela est votre cas, indiquez l'adresse où vous souhaitez recevoir le document.

Je souhaite recevoir un résumé des principaux résultats.

L'adresse à laquelle je souhaite recevoir un résumé des résultats de la recherche est :

Je préfère recevoir le document par courriel :

² Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence ou aucun préjudice. Si vous vous retirez du projet, toutes les informations recueillies à votre sujet seront automatiquement détruites.

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à cette étude.

Consentement

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans conséquence et préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Je soussignée _____ consens librement à participer à la recherche intitulée *Expérience de l'avortement chez les femmes du Nouveau-Brunswick*.

J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfaite des explications, précisions et réponses que la chercheuse m'a fournies quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant

Date : _____

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu autant que je sache aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension de la participante.

Signature de la chercheuse

Date : _____

Utilisation secondaire des données recueillies

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans le même domaine. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche. Si vous refusez, vos données seront détruites à la fin du présent projet. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de 5 ans après la fin du présent projet et ensuite détruites.

- J'accepte une utilisation secondaire des données que je vais fournir.
- Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

Ce projet de recherche est sous la direction d'Isabel Côté, professeure au département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais. Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone suivant : (819) 595-3900 (2334) ou à l'adresse courriel suivante : isabel.cote@uqo.ca

Enfin, toute plainte ou questions supplémentaires relatives à votre participation à cette recherche peuvent être adressées au président du Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, M. André Durivage, au numéro de téléphone (819) 595-3900 (1781) ou à l'adresse courriel : andre.durivage@uqo.ca

Appendice E
Guide d'entrevue

Expérience de l'avortement chez les femmes du Nouveau-Brunswick

Ce guide d'entrevue semi-dirigé est inspiré du guide d'entrevue conçu par Francine de Montigny dans le cadre de l'étude *Vers l'amélioration des services et des soins à l'égard des femmes et leur partenaire lors d'une fausse couche à l'urgence : Évaluation du continuum des soins en première ligne*, lequel portait sur l'expérience d'avoir reçu des services à l'urgence en contexte de fausse couche.

Ce guide d'entretien semi-dirigé touchera les thèmes suivants. Les questions sont indiquées à titre d'exemple sur les aspects qui seront examinés selon les réponses de la participante et servent d'aide-mémoire pour approfondir certains éléments.

Objectifs de la recherche

- Mentionner que nous nous intéressons à l'expérience de l'avortement des femmes au Nouveau-Brunswick.
- Le but de l'entrevue est d'explorer et de décrire l'expérience des femmes de l'avortement dans un contexte particulier, soit celui du Nouveau-Brunswick. L'entrevue cherchera aussi à mieux comprendre dans quel contexte social, politique et géographique s'insère cette expérience.

Préambule

- Remerciement pour la participation
- Présentation du thème
- Revoir le formulaire de consentement : Déroulement de l'entrevue, confidentialité, liberté de répondre ou pas, gestion de données, etc.
- Obtention du consentement écrit : Signature du formulaire de consentement
- Demander à la participante de choisir un pseudonyme qui sera utilisé pour l'identifier tout au long de l'entrevue et dans le mémoire.
- Mentionner à la participante que l'entrevue débutera par des questions visant à recueillir des informations sociodémographiques.
- Entamer le questionnaire sociodémographique (Annexe B) par la question suivante : « Pour débiter, est-ce que vous pouvez vous présenter brièvement ? ».
- Poursuivre l'entrevue à partir du présent guide d'entrevue semi-dirigé.

THÈME A : Découverte de la grossesse

- Parlez-moi du moment où vous avez constaté que vous étiez enceinte.
- Quand avez-vous cru que vous étiez enceinte ?
 - Signes, symptômes ?
- Quelle a été votre réaction ?
- À combien de semaines de grossesse avez-vous constaté la grossesse ?
- Comment vous êtes-vous sentie lorsque vous avez découvert la grossesse ?
- Parlez-moi des personnes à qui vous en avez parlé ?
 - Quels étaient leurs réactions et leurs commentaires ?
 - La personne impliquée dans la grossesse était-elle au courant ?
 - Quelles étaient ses réactions ?

QUESTION INITIALE

Est-ce que vous pouvez me raconter votre expérience de l'avortement ?

THÈME B : Processus décisionnel à l'avortement

- Comment avez-vous pris la décision de vous faire avorter ?
 - Combien de temps vous a-t-il fallu pour en arriver à la décision ?
 - En avez-vous parlé à qui que ce soit à ce moment ?
- Comment vous êtes-vous sentie au moment de prendre la décision ?
 - Qu'est-ce qui vous a aidé à prendre la décision ?
- Quels sont les éléments ou les personnes qui ont eu une influence dans votre décision d'interrompre votre grossesse ?
- Quelle était votre perception de l'avortement ?
- Que connaissiez-vous de l'avortement ? (Procédure, façon d'y accéder, risques, légalité)
- Quelles raisons expliquaient votre désir d'interrompre la grossesse ?
- Avec qui avez-vous discuté de votre décision d'interrompre la grossesse ?
 - Quelles ont été les réactions de ces personnes ?
 - Comment ces personnes vous ont-elles aidé ?

THÈME C : L'organisation de l'avortement

- Parlez-moi du processus pour accéder à un service d'avortement
 - Comment s'est passée cette expérience pour vous ?
 - Comment vous êtes-vous sentie dans l'organisation de la procédure de l'avortement ?
- À quel type de professionnels avez-vous parlé de la décision d'avortement ?
 - Quels étaient vos besoins ?
- Jusqu'où avez-vous voyagé pour accéder à un service d'avortement ?
- Combien de temps avez-vous attendu avant d'avoir un rendez-vous pour un avortement ?

- Avez-vous eu de l'aide pour accéder à un service d'avortement ?
 - Si oui, pouvez-vous me décrire cette aide ?
- Est-ce que votre assurance médicale couvrait les frais de la procédure ?
- Qu'est-ce qui a facilité l'accès au service d'avortement ?
- Qu'est-ce qui a limité l'accès au service d'avortement ?
- Parlez-moi des intervenants qui se sont occupés de vous ?
- Est-ce qu'on vous a offert une rencontre de counseling avant l'avortement ?
 - Si vous avez eu ce type de rencontre, comment s'est passée cette expérience ?
 - Si vous n'aviez pas eu accès à un service d'avortement dans la province, qu'auriez-vous fait ?
- Quelle était votre situation économique à ce moment ?

THÈME D : La procédure de l'avortement

- Parlez-moi de la journée de votre avortement ?
- Dans quel milieu s'est déroulé votre avortement (hôpital ou clinique privée) ?
- À combien de semaines de grossesse étiez-vous au moment de l'avortement ?
- Est-ce que quelqu'un vous a accompagné ?
 - Si oui, parlez-moi de cette personne.
 - Comment cette présence vous a-t-elle aidé ou nui ?
- Parlez-moi de l'environnement dans lequel vous vous trouviez au moment de votre avortement.
 - Comment cet environnement vous faisait-il sentir ?
- Comment vous sentiez-vous durant la procédure ?

- À quoi pensiez-vous ?
- Quels étaient vos besoins durant votre avortement ?
 - Ont-ils été répondus ? Comment ?
 - Sinon pourquoi ?
- Parlez-moi des intervenants que vous avez rencontrés durant votre avortement ?
 - Quelle impression avez-vous eue de ces différents intervenants ?
 - Comment ces intervenants vous ont-ils traité(e) ?
- Quelles informations avez-vous reçues à la suite de l'avortement ?
 - Qu'avez-vous pensé des informations qu'on vous a données ?
- Quels soins avez-vous reçus à la suite de l'avortement ?
 - Sentiez-vous que vous avez eu suffisamment de suivi et de soutien à la suite de votre avortement ?
- Combien de temps êtes-vous resté(e) à cet endroit (endroit où l'avortement a eu lieu) ?

THÈME E : Retour à la maison

- Parlez-moi de votre retour à la maison.
- Comment êtes-vous retournée chez vous ?
- Comment vous sentiez-vous lorsque vous êtes retournée chez vous ?
- Avez-vous reçu des soins et des services au cours des semaines et mois suivants votre avortement ?
- Avez-vous parlé de votre avortement à qui que ce soit ?
 - Parlez-moi de ces personnes.
 - Comment leur en avez-vous parlé ?
 - Quelles ont été leurs réactions ?
 - Quelles sont les réactions qui ont été positives ?
 - Quelles sont les réactions qui ont été négatives ?
- Comment votre avortement a-t-il affecté votre perception de vous-même ?
- Comment votre avortement a-t-il influencé vos relations (familiale, intime, sexuelle, amicale)

THÈME G : Bilan de l'expérience de l'avortement

- Avec du recul, que retenez-vous de votre avortement ?
- Qu'est-ce qui était important pour vous dans cette expérience ?
- Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport à votre avortement ?
- Selon vous, qu'est-ce que ça signifie pour une femme d'avoir un avortement ?
- Qu'auriez-vous envie de transmettre à d'autres femmes vivant un avortement ?
 - Aux intervenants travaillant en santé ou en contexte d'avortement ?
 - À d'autres personnes ?
- Qu'est-ce qui devrait être fait afin d'améliorer les services d'avortement au Nouveau-Brunswick ?
- Selon vous, qu'est-ce qui fonctionne bien dans les services d'avortement au Nouveau-Brunswick ?
- Nous sommes à la fin de l'entrevue, est-ce vous voudriez ajouter d'autres commentaires ?

Conclusion

Ceci met fin à notre entrevue. Je tiens à vous remercier d'avoir partagé votre expérience et ces informations avec moi. Merci de votre temps.

Appendice F
Questionnaire sociodémographique

1. Quel âge avez-vous ? _____
2. Pratiquez-vous une religion ?
 Oui Non
a) Si oui, laquelle ? _____
3. Êtes-vous dans une relation amoureuse ?
 Oui Non
a) Depuis combien de temps ? _____
4. Quel est le dernier niveau d'étude complété ?
 Diplôme d'études secondaires Diplôme d'études collégiales
 Baccalauréat Maîtrise Doctorat
5. Quelle est votre profession ? _____
6. Nombre de grossesses : _____
7. Nombre d'enfants : _____
8. Combien d'avortements avez-vous vécus : _____

Pour chacune des expériences d'avortement, répondez aux questions suivantes.

- a) Quel âge aviez-vous au moment de l'avortement ?

- b) En quelle année a eu lieu l'avortement ?

- c) À combien de semaines de grossesse a eu lieu l'avortement ?

Appendice G
Grille de codification

Thèmes	Sous-thèmes	Sous-sous-thèmes	Sous-sous-sous- thèmes
5.1 La survenue de la grossesse			
5.2 La décision d'avorter	5.2.1 La prise de décision immédiate		
	5.2.2 La prise de décision caractérisée par de l'ambivalence		
	5.2.3 La prise de décision conjointe ou solitaire		
	5.2.4 La prise de décision conflictuelle		
	5.2.5 Facteurs considérés dans la décision d'avorter		
		<i>5.2.5.1 L'incapacité financière à fonder une famille</i>	
		<i>5.2.5.2 L'instabilité de la relation amoureuse</i>	
		<i>5.2.5.3 L'impossibilité de concilier travail-famille-études</i>	
		<i>5.2.5.4 Présence de problèmes de santé physique et mentale</i>	
5.3. L'expérience émotionnelle et psychologique de l'avortement	5.3.1 Les sentiments associés à l'expérience de l'avortement		
	5.3.2 Les effets de l'expérience de l'avortement		
		<i>5.3.2.1 Les effets sur soi</i>	
		<i>5.3.2.2 Les effets sur la sexualité et la contraception</i>	
		<i>5.3.2.3 Les effets sur les relations interpersonnelles</i>	

5.4. La divulgation et le soutien perçu dans l'expérience de l'avortement et soutien perçu et reçu de la part du réseau formel et informel

5.4.1 Les enjeux de la divulgation de son expérience de l'avortement

5.4.2 Le soutien de l'entourage

5.4.2.1 Le soutien du partenaire amoureux

5.4.2.2 Le soutien des amis

5.4.2.3 Le soutien de la famille

5.4.3 Le soutien des réseaux formels

5.5. L'expérience des services d'avortement en contexte néo-brunswickois

5.5.1 Les trajectoires de services

5.5.1.1 Les obstacles rencontrés

5.5.1.1.1 La méconnaissance des services d'avortement

5.5.1.1.2 La loi 84-20 : l'approbation de deux médecins

5.5.1.1.3 Le coût de l'avortement

5.5.1.1.4 Les déplacements considérables pour obtenir un avortement

5.5.1.1.5 La présence de groupes et individus anti-choix autour des points de service d'avortement

5.5.2 La qualité des soins en contexte d'avortement

5.5.3 Ce qui devrait être fait pour améliorer l'expérience de l'avortement au Nouveau-Brunswick

Appendice H
Certificat d'approbation éthique



Case postale 1250, succursale HULL
Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Gatineau le 18 mars 2016

Madame Sacha Cyr
Étudiante
Département de travail social
Université du Québec en Outaouais

cc: Isabel Coté
Professeure
Département de travail social

Francine de Montigny
Professeure
Département de sciences infirmières

Projet #: 2331

Je tiens d'abord à vous remercier des précisions et des modifications que vous avez apportées suite à nos commentaires. Après l'examen de l'ensemble de la documentation reçue, je constate que votre projet rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

J'aimerais vous rappeler que pour assurer la conformité de votre certificat éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire un «Rapport de suivi continu» chaque année en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains, ci-après «la Politique». Dans l'éventualité où ce rapport de suivi continu ne serait pas déposé 60 jours après la date où celui-ci aurait dû être déposé, le CER pourrait retirer son approbation éthique. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://uqo.ca/ethique>). Vous devez aussi soumettre au CER toute modification au protocole de recherche pour validation avant la mise en œuvre de ces modifications.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour la durée du projet, à compter de sa date d'émission. La durée prévue du projet est :

Durée du projet: 1 an

Afin de vous conformer à la Politique, votre "Rapport de suivi continu" doit être transmis au CER le ou avant

18 mars 2017

Un avis vous sera transmis par le secrétariat du CER 30 jours avant cette date.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage



Case postale 1250, succursale HULL
Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Notre référence: 2331

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet: Expérience de l'avortement chez les femmes du Nouveau-Brunswick

Soumis par: Sacha Cyr
Étudiante
Département de travail social
Université du Québec en Outaouais

Financement: Non

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: 18 mars 2017

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage

Date d'émission: 18 mars 2016

Appendice I

Liste de ressources d'aide et de soutien social

Ligne d'Accès (1-888-642-2725) est une ligne d'écoute et d'information téléphonique concernant la santé sexuelle et reproductive. Ce service est offert par Action Canada pour les droits et la santé sexuelle. Il est sans frais, accessible 24 h sur 24 et partout au Canada.

Centre de santé sexuelle

<u>Bathurst</u>	<u>165 St. Andrew Street, Bathurst</u>	<u>506-547-2062</u>
<u>Campbellton</u>	<u>6 Arran Street, 1st Floor, Campbellton</u>	<u>506-789-2266</u>
<u>Caraquet</u>	<u>1 St-Pierre Boulevard West, Caraquet</u>	<u>506-726-2025</u>
<u>Dalhousie</u>	<u>28 Victoria Street, Dalhousie</u>	<u>506-789-2266</u>
<u>Edmundston</u>	<u>121 de l'Église Street, Suite 330, Edmundston</u>	<u>506-735-2068</u>
<u>Grand Falls</u>	<u>131 Pleasant Street, Grand Falls</u>	<u>506-475-2441</u>
<u>Kedgwick</u>	<u>39 Notre-Dame Street, Kedgwick</u>	<u>506-284-3422</u>
<u>Moncton</u>	<u>81 Albert Street, Moncton</u>	<u>506-856-3310</u>
<u>Shippagan</u>	<u>239-B, J. D. Gauthier Boulevard, Shippagan</u>	<u>506-336-3061</u>
<u>Tracadie</u>	<u>Place Tracadie, 3520 Principale Street, Tracadie- Sheila</u>	<u>506-394-3888</u>

Ma sexualité | www.masexualite.ca

Ressource en ligne offrant des informations sur la contraception, les infections transmises sexuellement et d'autres sujets reliés à la santé sexuelle.

Action Canada pour la santé et les droits sexuels | <http://www.sexualhealthandrights.ca/fr/>

Action Canada pour la santé et les droits sexuels est un organisme pancanadien visant la promotion des politiques d'éducation et de l'accès touchant à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.

Aime tes parties | <http://srhweek.ca/?lang=fr>

Site Internet offrant diverses informations concernant la santé sexuelle et reproductive.

Fédération du Québec pour le planning des naissances | <http://www.fqpn.qc.ca/>

La Fédération du Québec pour le planning des naissances est un regroupement féministe d'éducation populaire et de défense de droits des femmes en matière de santé reproductive et sexuelle.