

Immersion en communauté 2002

GROSSESSE INVOLONTAIRE



Pauline Darbellay

Laura Varotto

Elina Smirnova

Aron Grazioli

Claude Schwarz

Juin 2002

« L'un des grands problèmes de la vie est la façon dont chaque individu supporte et intègre les événements importants par lesquels il est concerné en tant que spectateur ou acteur.

En ce qui concerne l'avortement, la situation est très complexe, car elle met en jeu une somme de facteurs spécifiques : la personnalité(le « moi »), la féminité, la sexualité et l'un de ses aspects particuliers, - la maternité-, la société, l'environnement. Tous ces éléments sont solidement imbriqués, plus ou moins bien définis, plus ou moins conscients. »

P. Vellay



Sommaire

<i>Introduction</i>	4
<i>Historique</i>	5
<i>Prévention</i>	8
<i>Exemple de cas</i>	10
<i>Cause grossesse indésirée</i>	11
<i>Psychologie de la femme se retrouvant involontairement enceinte</i>	11
<i>Contexte de la grossesse</i>	11
<i>CIFERN</i>	12
<i>Choix de la femme face à sa grossesse</i>	20
<i>Ambivalence</i>	21
<i>IVG – Historique</i>	21
<i>IVG – Epidémiologie</i>	24
<i>IVG – Technique</i>	32
<i>IVG – Face à la loi</i>	41
<i>Ethique de l'IVG</i>	57
<i>Liens entre les problèmes psychologiques et l'IVG</i>	60
<i>Profil psychologique de la femme après un IVG</i>	61
<i>Aspect financier de l'IVG</i>	65
<i>Conclusion</i>	67
<i>Remerciement</i>	68
<i>Bibliographie</i>	69

Introduction

Lorsque nous avons décidé de nous intéresser au problème de la grossesse involontaire, il nous est vite apparu que le sujet présentait une infinité d'implications, et que nous ne pourrions jamais en faire le tour. En parlant avec des professionnels de la santé, nous avons découvert que, dans le contexte de la grossesse, nos intérêts se portaient réellement sur la prise de décision de la femme : va-t-elle garder son enfant ou décider d'avorter ?

C'est pourquoi notre réflexion portera essentiellement sur le contexte dans lequel s'inscrit cette décision, sur ce qui peut l'influencer, et sur les acteurs sociaux qui peuvent aider la femme à formuler son choix le plus librement possible.

Nous avons donc rencontré un maximum de personnes s'impliquant dans ce domaine au cours de ce mois, et toutes nous ont accueillis avec énormément de gentillesse et de disponibilité, et nous les en remercions d'ores et déjà.

Ce travail nous a très vite passionnés, et nous espérons que le contenu de ce rapport reflète bien l'enthousiasme que nous avons eu à le réaliser.

Bonne lecture.

Historique

La grossesse involontaire et ses significations : de l'infanticide à l'avortement

La grossesse involontaire ne représente un problème de société réellement que depuis le concile de Trente où enfanter hors mariage devient un péché grave. Avant cela, le bâtard fait partie de la tradition, et multiplier les rejetons prévient le risque de mourir sans héritier, vu la mortalité infantile extrêmement élevée. Quant aux femmes, elles n'ont aucun droit, et celles enceintes hors mariage d'autant moins. La fille-mère ne bénéficie d'aucune protection, ni morale ni juridique. Dès lors, les enfants illégitimes sont le plus souvent abandonnés ou supprimés clandestinement pendant la grossesse.

Il faut distinguer les moyens « volontaires » (infanticide, avortement, abandon) et les moyens « involontaires » (faim, maladie) de se « débarrasser » d'un enfant incongru. A cette fin, on les remet à un hospice, via des « tours » d'abandon, le plus souvent tenu par des religieuses, qui, sous le couvert de leur confession, maintiennent que les enfants, pour la plupart dénutris et délaissés, sont bienheureux de mourir, car ils vont alors jouir d'une béatitude éternelle. Elles admettent qu'il est « bien à souhaiter » pour les gens de ces hospices que tous les enfants qu'on y apporte n'y vivent pas longtemps, parce que les revenus ne sont pas suffisants pour nourrir tout le monde. On remarque donc que le nombre d'enfants indésirés dépasse déjà à cette époque les possibilités des institutions mises à la disposition des mères pour abandonner leur enfant malvenu. La morale conjugale chrétienne admet donc ce genre de comportement, car il empêche les « pécheresses » de faire disparaître le fruit de leur « péché », mais il leur permet de le dissimuler en l'abandonnant. On essaie d'empêcher à tous prix l'infanticide, qui représente moralement un acte inconcevable.

Les « bâtards » étant exclus des orphelinats, c'est dans les hôpitaux que les femmes ont la possibilité, dès le XVI^{ème} siècle, d'accoucher secrètement et d'abandonner leur enfant dès sa naissance. L'existence de telles institutions enlève alors toute excuse à l'infanticide et justifie la peine de mort prévue par l'édit de Henri II (1556) pour les filles qui auraient caché leur grossesse et dont l'enfant viendrait à mourir avant d'avoir reçu le baptême. Mais on se met à craindre petit à petit les effets pervers de ce genre de recueillement. En effet, s'occuper de la sorte des enfants du péché multiplie les cas, et même les couples mariés se mettent à se décharger sur la société de leurs enfants, ce qui lui coûte très cher, faisant de l'Etat une sorte de « Père Universel ». Jusqu'à la veille de la Révolution, et pendant la majeure partie du XIX^{ème} siècle, les enjeux relatifs aux enfants illégitimes sont ainsi essentiellement formulés en termes financiers et moraux.

« Les tours sont une merveilleuse invention de la charité chrétienne, qui n'a pas d'yeux pour voir ni de bouche pour parler, mais des mains pour recevoir. »

Lamartine

Ce n'est que durant la Révolution qu'apparaît publiquement la triste condition des femmes de ce temps: ignorance, prostitution, misère... tout ceci dénoncé dans les cahiers de doléances.

En 1789 les femmes revendiquent:

- Le droit à l'instruction primaire,
- Le droit au travail,
- La protection de la loi pour les femmes abandonnées et les filles mères,
- Le droit à la santé (le droit à des sages-femmes expérimentées)

- La réforme du mariage et le droit au divorce,
- L'accès à la citoyenneté.

Des acquis de la Constituante, la Convention garde peu de choses et ce qu'elle accorde, comme la protection des filles-mères, est supprimé par le Code Napoléon en 1804, qui représente une véritable catastrophe pour les femmes. Il abroge tous les droits acquis, et interdit à la femme d'exercer toute activité. Il proclame, entre autres, l'interdiction d'accès aux lycées et aux Universités, l'interdiction de signer un contrat, de gérer ses biens, l'interdiction de travailler sans l'autorisation du mari, le contrôle du mari sur la correspondance et les relations, la répression très dure de l'adultère pour les femmes, que les filles-mères et les enfants naturels n'ont aucun droit, l'interdiction de divorcer, etc...

Dans le courant du XVIIIème siècle se développe un courant démo-patriotique qui triomphe sous la IIIème République. On organise le maintien du lien mère-enfant en prévenant l'abandon à la naissance par l'assistance aux filles-mères. Sa première inscription dans la législation est l'œuvre de la Convention Nationale qui, en 1793, décide la création d'asiles de maternité, l'octroi de secours aux filles-mères, d'asiles de grossesse et d'allaitement, dans un climat de crainte de dépopulation.

« S'il n'y avait pas de filles-mères, le nombre des naissances serait inférieur de près de cent cinquante mille au nombre des décès. Si le devoir de maternité est assimilable devant la Patrie, au devoir du sang pour les hommes, la femme mariée qui devient mère est pareille au sort du conscrit qui suit le sort de sa classe- mais la fille-mère, c'est la volontaire qui devance l'appel. Il lui faut rendre les honneurs... Sans la fille-mère, il n'y a plus de France- dès lors il faut réhabiliter ce rôle. »

C'est donc grâce à un problème démographique que la condition de la mère « involontaire » se met à changer à cette époque. On pourrait résumer caricaturalement la situation en disant que les politiques de maintien des liens mère-enfant menées en France ont été pendant très longtemps adoptées essentiellement soit pour diminuer la dépense publique, soit pour accroître la population. Pourtant l'opinion ne suit pas : la fille-mère et son petit restent objets d'opprobre. La fille enceinte ne peut par exemple s'asseoir à l'église que sur le « banc de la honte », on ne sonne pas les cloches pour le baptême de son enfant, dans les villages, « les gamins l'injurient, lui jettent des fruits gâtés, des pommes de terre pourries ».

Celle qui tombe enceinte souhaite de plus en plus « se délivrer », or les progrès de la médecine assurent bientôt la mise au point de techniques abortives simples et sûres. C'est le nouveau recours : l'avortement progresse à mesure que l'infanticide régresse.

Du XIXème au XXème siècle commencent à se faire sentir les effets des luttes féministes, et progressivement on assiste à l'amélioration de la situation sociale et politique de la femme. Par exemple, et entre autres, voici quelques droits qui leur sont accordés :

- 1803 Formation des sages-femmes,
- l'adultère du mari est réprimandé par une amende, celui de l'épouse par la prison
- 1885 L'internat des hôpitaux est ouvert aux femmes (grâce à Eugène Poubelle, et contre l'ensemble de corps médical),
- 1907 L'épouse peut disposer de son salaire,
- 1909 Institution d'un congé de maternité (8 semaines),
- 1912 Sanctions contre l'abandon de paternité,
- 1917 La femme peut être tutrice et siéger au conseil de famille,
- 1923 le crime d'avortement devient délit afin de faire prononcer les jugements par des juges professionnels
- 1931 Les femmes peuvent être élues juges, et donc dorénavant certains délits d'avortement

seront jugés par des femmes, ce qui a bien contribué à faire changer lentement les opinions en matière d'avortement,

- 1938 La femme mariée n'est plus incapable civile, elle peut avoir une carte d'identité et un passeport, ouvrir un compte en banque, sans l'autorisation de l'époux.

Subsistent pour le mari, la fixation de résidence, la possibilité de s'opposer à l'exercice d'une profession, et l'exercice de l'autorité paternelle,

Ce n'est qu'en 1946 que le principe de l'égalité des droits entre hommes et femmes entre dans le préambule de la Constitution,

- 1965 Liberté d'exercer une profession,

- 1967 Loi Neuwirth autorisant la contraception, en France

- 1970 L'autorité paternelle devient « parentale »

- 1974 Remboursement des frais relatifs à la contraception, en France

- 1975 Légalisation de l'avortement (définitivement en 1980), en France

- 1980 Interdiction de licencier une femme enceinte,

- 1993 Meilleure protection de la femme enceinte,

- 2002 La pilule du lendemain est en vente libre dans les pharmacies, en Suisse

On constate donc que, après de siècles sombres pour la femme où elle ne peut exercer aucun droit, les convictions sont en train de changer très rapidement ces dix dernières années. Ce qui, au début, n'était admis(et même par l'Eglise catholique) que pour faire diminuer l'infanticide, repeupler les pays ou diminuer les coûts à la charge de la société, est aujourd'hui une véritable revendication des droits de la femme au sens strict. On tend à la libérer des pressions sociales au maximum, mais le chemin à parcourir dans ce domaine est encore très long.

Pourquoi grossesse « accidentelle » ?

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées. Les grossesses non désirées ont deux causes principales: soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué. Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non désirée, notamment le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale, l'inceste ou le viol, les convictions personnelles ou religieuses, le manque d'information sur les risques de grossesse à la suite de rapports sexuels non protégés et, enfin, le peu de pouvoir de décision des femmes en ce qui concerne les rapports sexuels et le recours à la contraception. De même, les méthodes contraceptives, y compris les plus efficaces, peuvent échouer pour diverses raisons liées à la technique proprement dite et/ou aux modalités de leur utilisation. On peut réduire la fréquence des grossesses non désirées en améliorant l'accès à des services de santé reproductive et de planification familiale de qualité orientés vers les usagers et sensibles aux différences entre hommes et femmes - des services qui proposent une gamme de méthodes adaptées à différentes personnes et à différents stades de la vie. L'amélioration de la situation sociale et économique des femmes et le rééquilibrage des relations de pouvoir entre hommes et femmes sont des facteurs importants dans cette perspective.

Prévention

1) L'éducation sexuelle à l'école

Depuis 1975, l'éducation sexuelle est proposée de manière systématique aux élèves dans le Canton de Genève. Elle est assumée par un service de santé scolaire : le service de Santé de la Jeunesse. Les interventions en classe sont pratiquées par des éducateurs pour la santé spécialement formés.

L'éducation sexuelle à l'école vise trois points :

- prévenir les maladies sexuellement transmissibles
- prévenir les grossesses dites non désirées
- prévenir les abus sexuels

Le premier programme à avoir été mis en place se nomme « Histoire de la vie ». Il trouve sa place au sein des classes de 4^{ème} et 6^{ème} primaire. Depuis un an et demi, le programme « Avec prudence, avec confiance » vient intégrer le programme global d'éducation pour la santé. Celui-ci s'adresse aux élèves de 2^{ème} primaire et a pour but de vouloir prévenir les cas d'abus sexuels. Ces programmes sont développés à raison de 4h par classe pour environ 500 classes/an. D'autres séances sont prévues pour les classes de 8^{ème} du cycle d'orientation ainsi que pour les classes du Collège, école de commerce et autres.

D'après Rémy Gerber, éducateur en santé, le « cours » est très attendu des enfants. Ils font face à des sentiments de peur vis à vis de l'inconnu tout en étant fasciné par le sujet. L'animateur est perçu comme une personne neutre à la situation, que les élèves ne connaissent pas. En effet, la nature du travail changerait s'ils se trouvaient face à une présence régulière.

Lors de l'organisation d'une séance, une lettre officielle est envoyée à tous les parents d'élèves. Elle cherche l'accord parental tout en offrant la possibilité aux parents de se joindre au groupe, chose qu'il font rarement.

Comment se déroule concrètement une leçon?

En fait, il s'agit plutôt d'une discussion et d'un échange avec les élèves où l'éducateur laisse le temps aux questions, instaure un climat agréable afin que les élèves puissent donner libre cours à leur pensées. L'éducateur peut juger préférable de présenter un cas sous forme d'histoire en guise d'introduction afin de passer le cap de la première question. Les thèmes abordés dans les classes de primaire sont différents pour chaque année. En 4^{ème} primaire, la discussion est centrée sur la conception, la grossesse et la naissance. En fait la question de départ est « d'où est-ce que je viens ? ». En 6^{ème} primaire, le thème est la puberté avec toutes les modifications du corps d'une fillette et d'un garçon ainsi que les manifestations anatomiques et physiologiques accompagnant cette période. Les notions d'anatomie sont présentes pour chaque année et sont adaptées à l'âge des élèves. C'est aussi en 6^{ème} primaire qu'on parle de moyen contraceptifs (pilule, préservatif) et qu'on mentionne le CIFERN. Le programme de 6^{ème} année permet de répondre à « que vais-je devenir ? ». Le matériel utilisé pour illustrer le cours est formé de photos, de diapositives, de dessins mais aussi d'un petit théâtre.

La finalité du programme n'est pas d'empêcher les naissances d'avoir lieu, mais plutôt d'accompagner les jeunes dans le monde de la sexualité. Les animateurs ne veulent pas accorder une place trop importante aux aspects négatifs, tels que les maladies. Leur rôle est de présenter le sujet comme faisant partie intégrante de la vie de chacun et prévenir des « surprises » pouvant

être négatives si les conditions dans lesquelles elles apparaissent ne sont pas optimales. Dans cette optique, il a été constaté une diminution du nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes depuis l'installation de ce programme de prévention, ce qui prouve l'efficacité du travail accompli.

2) La contraception

La plupart des grossesses non désirées témoignent d'une grande méconnaissance de la contraception et des circuits d'accès à cette dernière, en particulier en cas de nécessité d'une contraception urgente post-coïtale. En ce qui concerne la campagne pour l'utilisation du préservatif a abouti à un relatif succès pour le message « préservatif-sida » par contre le message « contraception » est moins bien passé.

- La pilule

a) Quel est son mode d'action?

La pilule contient des hormones de synthèse semblables à celles que la femme produit. Elle empêche l'ovulation, met les ovaires au repos, épaissit les sécrétions du col de l'utérus et modifie la muqueuse de l'utérus (endomètre). En conséquence et pour autant que la pilule soit prise correctement, elle permet d'éviter une grossesse.

b) Comment s'utilise-t-elle ?

Il faut commencer à prendre la pilule de la première plaquette le premier jour des règles. Elle représente la sécurité immédiate. Il faut la prendre chaque jour au même moment avec oubli possible sans risque d'un maximum de 12 heures. Entre deux plaquettes de 21 comprimés il faut faire une pause de 7 jours. Tandis qu'entre deux plaquettes de 22 comprimés la pause dure 6 jours. Les règles viennent durant la pause, souvent moins fortes et moins douloureuses. Il est important de noter que sans oubli, la sécurité est maintenue pendant la pause. La pause ne doit pas dépasser 7 jours. Après ces 7 jours, la jeune fille doit reprendre la plaquette suivante le même jour de la semaine que la première fois et ainsi de suite.

c) Que faire en cas de...

- pertes de sang durant la prise de pilule : surtout ne pas l'arrêter, continuer de la prendre régulièrement, ce n'est pas grave. Si ces pertes se poursuivent aux cycles suivants, il est recommandé d'en parler à son médecin.
- vomissements ou de fortes diarrhées dans les 4 heures qui suivent la prise : reprendre un comprimé (par exemple d'une plaquette de réserve).
- prise de médicaments, tels que ANTIBIOTIQUES, ANTI-CONVULSIFS et TRANQUILLISANTS : il faut vérifier avec le médecin si la protection est encore efficace. En effet, certains de ces médicaments diminuent l'effet contraceptif de la pilule.
- interruption des rapports sexuels : terminer la plaquette normalement avant d'arrêter.
- absence de règles au moment de la pause (sans oubli de pilule ni vomissements-diarrhées ni prise de médicaments) : recommencer une nouvelle plaquette à la date prévue et consulter le CIFERN ou le médecin.

d) L'oubli de pilule

L'oubli d'une pilule ne présente pas de risque s'il ne dépasse pas 12 heures. Si l'oubli dépasse de 12 heures la prise habituelle, la contraception n'est plus garantie.

Le CIFERN distribue un dépliant aux femmes lors des consultations justement en cas d'oubli de pilule. Selon la politique du CIFERN, ce dépliant devrait être intégré directement dans les plaquettes par les maisons pharmaceutiques. De ce point il reste encore du chemin à accomplir.

Pilule combinée: que faire en cas d'oublis?

Oubli de plus de 12 heures, d'UNE pilule

1 ^{re} semaine	2 ^e semaine	3 ^e semaine	Pause
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
<p>Sans rapports sexuels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ prendre la pilule oubliée même s'il y en a 2 en même temps ■ continuer de prendre les pilules suivantes + préservatif pendant 7 jours <p>Avec rapports sexuels dans les 7 derniers jours (y compris pendant la pause)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ prendre la pilule oubliée dès que possible, même s'il y en a 2 en même temps + demander une contraception d'urgence + continuer de prendre les pilules suivantes + utiliser le préservatif pendant 7 jours 	<p>Avec ou sans rapports sexuels</p> <p>Si vous avez pris les 7 pilules précédentes sans oubli, ne vous inquiétez pas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ prendre la pilule oubliée dès que possible, même s'il y en a 2 en même temps + continuer de prendre les pilules suivantes + utiliser le préservatif pendant 7 jours 	<p>Avec ou sans rapports sexuels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ prendre la pilule oubliée dès que possible, même s'il y en a 2 en même temps + continuer de prendre les pilules suivantes + commencer une nouvelle plaquette sans faire de pause + utiliser le préservatif pendant 7 jours 	

Oubli de 2-3 pilules ou plus

S'adresser sans tarder à un Centre de planning familial, aux Urgences d'une maternité ou au médecin habituel.

Association suisse des conseillères en planning familial (ASCPF) © 2001

Fiche 101018 - Avril 2001

Source : Planning familial (CIFERN)

Exemple de cas

Nous avons eu la chance de nous entretenir avec des filles ambivalentes ou qui venaient de subir l'intervention d'interruption de grossesse. En discutant, nous avons aperçu que toutes avaient suivi un chemin bien différent jusque là, et il nous a dès lors semblé très réducteur de proposer de suivre une de ces filles dans notre rapport, car il ne refléterait plus la réalité de presque toutes les autres. Nous avons donc préféré imaginer une patiente fictive que nous balloterions selon notre bon gré entre les différentes institutions, vous permettant d'avoir une vision bien plus globale du système.

Imaginons donc notre patiente, et laissons-nous guider par elle...

Cause d'une grossesse indésirée

Comment se retrouve t'on enceinte contre sa volonté ?

Soit suite à un rapport sexuel involontaire, le viol

Soit suite a un rapport volontaire :

- Manque de précaution du à un manque d'information ou de responsabilité,
- Echec de contraception, par exemple rupture du condom, association de certains médicaments avec la pilule
- Désir inconscient de grossesse, ce qui va engendrer des oublis de pilules, des rapports non protégés.
- Refus de contraception, le partenaire refuse d'utilisé le préservatif par exemple
- Insouciance, surtout pour les jeunes adolescentes qui ne réalisent pas qu'elles peuvent être enceintes.

Psychologie de la femme se retrouvant involontairement enceinte

Lorsqu'une femme se retrouve enceinte, elle éprouve de l'angoisse, elle panique, elle perd ses repères, elle ne sait pas à qui en parler.

J'aimerais insister sur le fait que la grossesse involontaire renferme deux notions : celui d'être enceinte et celui de l'être de façon involontaire (dans le cas du viol on peut encore rajouter la violence).

D'un coup toutes sortes de questions vont se poser, des questions auxquelles elle n'aura jamais pensée, des questions en suspend, qu'elle va devoir résoudre rapidement pour prendre la bonne décision.

Deux questions fondamentales vont alors se poser :

Est-ce que je veux avoir cet enfant ?

Est-ce que je peux avoir cet enfant ?

Les réponses son difficiles car la volonté intrinsèque d'enfanter est souvent présente par contre il est plus difficile de faire face à toutes les pressions qui pèse autour de cette éventuelle naissance.

Contexte de la grossesse

En parlant avec des médecins puis en consultant les dossiers médicaux d'admission des femmes à la maternité, nous avons constaté que le contexte dans lequel s'inscrit la grossesse est largement exploré. Nous pensons qu'il est primordial d'y faire référence quand on s'intéresse au choix de la patiente, car c'est ce contexte qui détermine fondamentalement la prise de décision.

Le dossier, qui figure d'ailleurs en annexe, aborde les points suivants, que nous avons pris comme fil rouge de notre recherche :

- Contexte médical ou: y a-t-il un obstacle somatique à la continuation de la grossesse ?
- Contexte sociofinancier ou : la situation de la femme est-elle adaptée à l'arrivée d'un enfant ?
- Contexte culturel et religieux ou: comment cette grossesse(ou son interruption) s'inscrit-elle dans le milieu « idéologique » de la femme et de son entourage ?
- Contexte juridique ou : quelles sont les lois qui protègent cette femme ? la grossesse résulte-t-elle d'un abus ? a-t-elle le droit à l'IVG ?

- Contexte psychologique ou: quel retentissement psychologique a cette grossesse, et dans quel état d'esprit se trouve la mère ?
- Contexte familial ou: la femme peut-elle en parler à ses proches, peut-elle en attendre du soutien ?
- Contexte du couple ou: comment se porte la relation, et son partenaire l'appuie-t-il dans son choix ?
- Contexte personnel ou : la patiente veut-elle réellement un enfant ? la situation s'est-elle déjà présentée pour elle(récidive) ? utilise-t-elle un moyen de contraception ?

Voici donc les domaines généraux sur lesquels nous allons étendre notre réflexion de manière plus détaillée ci-dessous.

Centre d'Information Familiale Et de Régulation des Naissances (CIFERN)

Qu'est-ce que le CIFERN ?

Le CIFERN, à savoir le Planning Familial de Genève, a été créé en 1965 par un vote unanime du Grand-Conseil du Canton de Genève. Il s'agit d'un service d'état dépendant directement du Département de la Prévoyance sociale et de la Santé Publique. Il est placé, dès le 1^{er} janvier 2002, sous la responsabilité du département de Médecine Communautaire des HUG.

Il s'agit d'un service public, qui a pour but d'offrir à toute personne qui le désire, sans distinction d'âge, d'état civil, de confession ou de nationalité

*une information personnalisée
une orientation à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire ou vers de spécialistes
une prise en charge psychologique et sociale*

sur toutes les questions d'ordre médical, social, et psychologique concernant les différentes étapes de la vie relationnelle et sexuelle.

Le centre propose une consultation spécifique, gratuite et confidentielle. Tout en favorisant, dans la mesure du possible, l'autonomie des individus dans le respect des valeurs de chacun.

Il existe une permanence téléphonique de 9h à 12h et de 14h à 17h. Les consultations sont disponibles du lundi au vendredi de 8h30 à 18h sur rendez-vous au 022/321 01 91.

Qui travaille au CIFERN ?

Les consultations sont assurées par :

- des conseillères en planning familial
- des conseillères conjugales
- des psychologues et psychothérapeutes
- une infirmière
- une sage-femme
- une assistante sociale

La supervision est assurée par le directeur scientifique, le professeur Willy Pasini, et par un gynécologue-consultant, le professeur Aldo Campana.

Collaboration en réseaux

Le CIFERN collabore avec un très grand nombre de services médicaux et psychosociaux du canton dont les principaux sont:

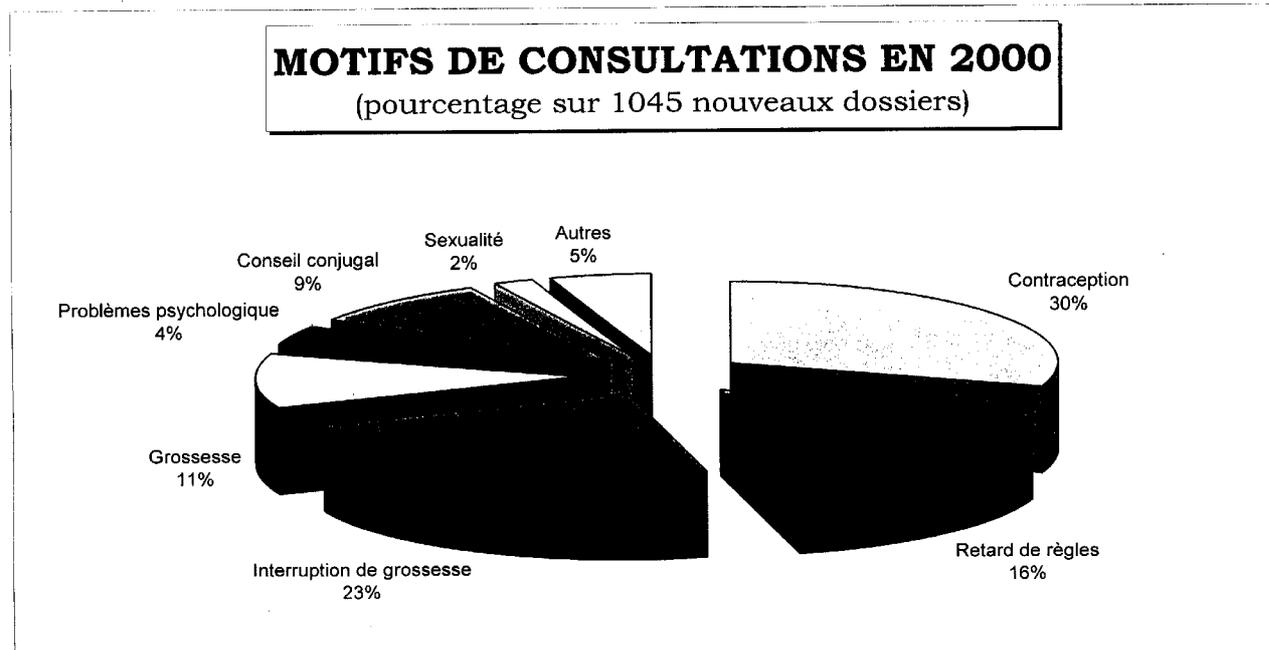
- la Policlinique de la Maternité de Genève, la Division de gynécologie psychosomatique et de sexologie: trois services des Hôpitaux Universitaires de Genève
- les médecins privés
- le Service santé de la jeunesse (cours d'éducation sexuelle et infirmières scolaires), le Département de l'instruction publique
- le Centre de santé des migrants, la Croix Rouge
- le Centre de prévention et de promotion d'Onex Santé

Qui est concerné par le CIFERN ?

Le planning familial s'adresse aux adolescent(e)s, hommes, femmes, couples (mariés ou non), personnes suisses et étrangères sur les questions concernant :

- 1) la contraception et les rapports sexuels à risque
- 2) la contraception post-coïtale et post-partum
- 3) la grossesse, le désir d'enfant et la naissance
- 4) la décision de poursuivre ou non une grossesse ainsi que l'interruption légale de grossesse
- 5) les difficultés sexuelles, psychologiques et sociales de la vie relationnelle et affective
- 6) les problèmes de relations conjugales et familiales (conseil conjugal)
- 7) la ménopause et l'andropause
- 8) le SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles

Un survol des statistiques permet d'esquisser un "portrait robot" de la cliente la plus fréquemment rencontrée au CIFERN: Elle est employée ou étudiante, célibataire et son âge se situe entre 20 et 29 ans. Lors d'un oubli ou d'un échec contraceptif, elle se pose la question de l'enfant et du passage à la maternité. Elle vit seule ou encore chez ses parents et entre souvent en conflit avec son partenaire. En fait, elle n'a pas encore trouvé l'homme de sa vie et futur père de ses enfants. En outre, elle n'a pas terminé sa formation et se sent partagée entre des aspirations diverses, raison pour laquelle elle ne vit pas avec son ami. Si elle est d'origine étrangère, elle s'interroge sur l'endroit où elle va s'installer et bâtir son avenir.



Source : Planning familial (CIFERN)

Le travail effectué par le Centre dépend du contexte dans laquelle la conseillère est appelée à l'aide. Voici quelques exemples.

1er cas de figure : les adolescents

Le nombre d'adolescents qui viennent au Centre a progressé légèrement, en particulier depuis le développement de la Consultation des jeunes à la Policlinique de la Maternité en 1989. Aujourd'hui, les jeunes représentent 22% de la clientèle du CIFERN. Sans surprise, la quasi-totalité des consultants sont du sexe féminin. Reste 1,5% de jeunes gens qui recourent au Planning essentiellement pour des difficultés sexuelles telle que l'éjaculation précoce.

La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 16 et 18 ans, avec un pic à 17 ans. Une nuance toutefois: les jeunes filles consultant pour une interruption de grossesse (IG) ou une grossesse sont généralement plus âgées que celles désirant la pilule du lendemain. Stable depuis 10 ans, l'âge du premier rapport tourne autour de 15-17 ans.

Les jeunes filles viennent la plupart du temps seules ou accompagnées d'une copine, voire de leur petit ami. Ce dernier est généralement au courant de la démarche de son amie. Les parents, quant à eux, sont plutôt laissés à l'écart à moins d'un problème grave comme une grossesse ou une IG.

D'autre part, on observe que le statut professionnel varie selon les motifs de consultations: les adolescentes qui ont une demande concernant la contraception, la pilule du lendemain, les retards de règles et le test de grossesse sont en majorité des élèves des écoles secondaires supérieures. S'agissant d'une interruption de grossesse ou d'une grossesse, la majorité des consultantes sont des apprenties ou n'ont pas suivi de formation professionnelle.

En règle générale, les jeunes filles connaissent le CIFERN par l'école, la Policlinique de la Maternité et les copines. A quelle occasion viennent-elles? Les accidents contraceptifs et les rapports non protégés sont devenus la porte d'entrée de choix des adolescentes qui, de ce fait, consultent de plus en plus dans l'urgence. Du même coup, la demande de pilule du lendemain a

considérablement augmenté. En dix ans, les demandes adressées au Planning par les moins de 20 ans ont beaucoup changé.

La pilule du lendemain constitue un exemple significatif. Pilule demandée dans l'urgence, pilule miracle qui efface le faux-pas, pilule que l'on prend en cachette de ses parents: les jeunes filles sont toujours plus nombreuses à la demander et n'hésitent pas à venir sans rendez-vous. Elles viennent "après coup", suite à un rapport sexuel non protégé ou à une "rupture" de préservatif. A noter que les Suissesses recourent deux fois plus à la pilule du lendemain que les étrangères, sans doute parce qu'elles sont mieux informées. Conséquence de la multiplication des "passages à l'acte", on constate une augmentation des consultations pour retards de règles et tests de grossesse. Dans des cas exceptionnels, ces derniers peuvent d'ailleurs être effectués au CIFERN, moyennant une somme modique. Lorsque le test se révèle positif, une IG est le plus souvent demandée, avec toutes les angoisses et la culpabilité que cela implique. Signalons encore que les jeunes filles qui décident de subir une IG sont majoritairement étrangères. Au contraire de celles qui viennent pour un accompagnement de la grossesse, en majorité suisses.

Profiter des "faux pas" contraceptifs pour faire de la prévention auprès des jeunes avec un élargissement possible sur la vie sexuelle, affective et familiale, c'est là tout le travail du Planning Familial. Contraception, pilule du lendemain, interruption de grossesse, retard de règles, test de grossesse, problèmes médicaux (troubles du cycle), grossesse: autant de demandes explicites qui peuvent parfois dissimuler d'autres questions plus difficiles à exprimer ayant trait au début de la vie sexuelle et amoureuse. Citons également les conflits de loyauté vécus par les jeunes filles étrangères qui sont tiraillées entre des valeurs familiales traditionnelles et un environnement plus libéral.

2^{ème} cas de figure : les demandes de contraceptions

Médiatisation et éducation sexuelle obligent, la contraception est devenue une porte d'entrée de choix pour aborder les problèmes liés à l'intimité, au désir d'enfant, à la sexualité et au couple. En effet, la contraception se trouve au carrefour de la vie personnelle, de l'envie parfois inconsciente d'avoir un enfant, de la sexualité, de l'histoire de couple, des héritages familiaux, des normes socioculturelles et religieuses.

Sur la base des données recueillies ces dernières années, on peut dégager un profil-type de la consultante: il s'agit, en général, d'adolescentes (56%), suissesses ou étrangères immigrées de la deuxième génération. Elles résident à Genève, ont reçu des cours d'éducation sexuelle à l'école, vivent chez leurs parents et sont généralement au collège. Quant aux femmes adultes, elles sont principalement envoyées par la Policlinique de la Maternité, lors d'une demande d'interruption de grossesse, pour rediscuter de la contraception. Sans oublier les ressortissantes étrangères qui viennent au CIFERN, à l'occasion d'un test de grossesse, parler de contraception. En situation irrégulière ou en attente d'un permis humanitaire, elles sont souvent envoyées par le Centre de santé des migrants. L'objectif de l'entretien est de donner une information contraceptive personnalisée aux femmes mal informées. Pour les autres qui semblent bien au courant, il s'agit de revoir le problème de contraception et de comprendre pourquoi il y a eu échec. Un mot encore sur la contraception post-partum qui constitue un mandat important du Planning Familial: elle représente 16% des motifs de consultation. Les conseillères rendent systématiquement visite aux accouchées de la maternité. Enfin, concernant les demandes de stérilisation (féminine ou masculine), le CIFERN propose des entretiens de couple afin,

notamment, d'évaluer les motivations. Une partie des personnes qui se rendent au Planning Familial souhaitent simplement obtenir des renseignements sur les contraceptifs à disposition.

Cependant, le motif contraceptif est parfois l'arbre qui cache la forêt. La contraception devient alors un prétexte pour aborder d'autres problèmes. Envie de parler de ses difficultés sexuelles, de son couple, de son désir d'enfant, etc.: autant de sujets intimes qui nécessitent une prise en charge différente appelée, dans le jargon, "counselling" (tenir conseil avec). En substance, il s'agit d'une relation d'aide ponctuelle personnalisée qui devrait déboucher sur une clarification des problèmes.

Par ailleurs, il arrive que l'entretien contraceptif révèle des troubles psychologiques graves telles qu'une phobie de la grossesse ou un passé d'abus sexuels. La conseillère peut proposer, le cas échéant, un accompagnement psychologique, ou des entretiens de couple.

3^{ème} cas de figure : la grossesse

En 1984, le CIFERN est officiellement devenu un centre de consultation en matière de grossesse. L'objectif, fixé par la loi, est de donner aux femmes et aux couples des informations objectives et gratuites sur les aides disponibles en cas de poursuite de la grossesse ou de son interruption.

En 1989, le Centre élargit ses prestations et intègre une sage-femme dans l'équipe. Outre l'information et l'orientation des femmes enceintes, une préparation à la naissance dans le cadre d'un accompagnement psychosocial est désormais proposée à celles qui en éprouvent le besoin. Toutefois, n'étant pas prescripteur, le Centre n'offre pas de consultations obstétricales. Les femmes sont adressées à des médecins privés ou à une structure publique. De même, une prévention active n'est pas pensable en dehors d'une collaboration avec différentes institutions psychosociales, médicales et paramédicales.

L'augmentation du nombre de consultations, constatée au cours de la dernière décennie, s'explique par une plus grande demande de suivis de grossesse. En outre, les femmes qui sollicitent le CIFERN sont à la très grande majorité enceinte de leur premier enfant. A noter que la moitié des consultantes est d'origine étrangère mais réside à Genève à 80%. La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 25 et 34 ans. Les

adolescentes enceintes représentent pour leur part une population marginale: seules 2% des jeunes filles qui se rendent au planning familial consultent pour ce motif. Autres chiffres significatifs: quelques 22,5% des consultantes sont sans travail. Sans compter que la plupart d'entre elles sont célibataires (54,6%), séparées ou divorcées (6,8%): on réalise à quel point un appui psychosocial peut revêtir de l'importance pour ces femmes.

Les principaux domaines abordés lors de ce type de consultation sont :

- informations médicales: le déroulement de la grossesse, le diagnostic prénatal, l'échographie, etc.
- préparation à la naissance: les lieux existants, les types d'approche, le temps à lui consacrer, etc. Mille et une questions qui tendent toutes vers un même but: accoucher dans des conditions optimales.
- problèmes juridiques: recherche et reconnaissance en paternité, nom et droit de cité de l'enfant né hors mariage, etc.

- droit du travail: congé maternité, congé-maladie en cours de grossesse, reprise du travail à temps partiel après la naissance, prime d'allaitement et allocations familiales.
- problèmes socio-économiques: obtention d'une aide financière après l'accouchement, recherche d'une aide familiale, etc.

Une vertu essentielle dans ce cas: être à l'écoute, la seule manière d'aider à comprendre et à verbaliser les émotions, les peurs ou les ambivalences qui peuvent survenir tout au long de la grossesse. La relaxation, les massages et la respiration contribuent aussi à redonner confiance à la femme.

Sont ainsi abordés au cours des entretiens les questions qui ont trait au développement de la grossesse, à la naissance, au post-partum mais aussi à la sexualité, à la sphère génitale et aux modifications de l'image corporelle. Autant de sujets intimes que l'on n'ose pas toujours évoquer avec son médecin. La période du post-partum et son cortège de bouleversements préoccupe également nombre de femmes. L'accueil de l'enfant, la réorganisation de la vie familiale, la recherche d'un peu d'intimité et d'une vie sexuelle satisfaisante entre l'allaitement, les pleurs nocturnes, les lessives et les siestes de récupération... Pas facile de passer de deux à trois ou encore de concilier maternité et travail. Raison pour laquelle certaines femmes reviennent au CIFERN après la naissance du bébé pour chercher un soutien.

4^{ème} cas de figure : l'interruption de grossesse

Décider d'une interruption de grossesse (IG) n'est jamais un acte banal. Une aide s'avère souvent nécessaire pour traverser cette épreuve. A ce titre, le Planning Familial est en mesure d'offrir un lieu, garantissant impartialité et confidentialité, pour l'information, l'orientation et l'aide à la décision. Une demande d'IG entraîne dans chaque cas une rupture d'équilibre, résultat d'un conflit douloureux entre deux mouvements contradictoires: l'un tourné vers l'avenir, l'autre chargé de corriger une conduite passée.

La grossesse imprévue ou indésirée est très rarement due à un véritable échec de la contraception. Elle apparaît souvent comme un acte manqué, le message d'autre chose qu'il s'agit de décoder. Preuve de féminité, rite de passage vers le statut d'adulte, remplacement d'un être disparu, sens donné à sa vie, mise à l'épreuve du partenaire: autant de significations possibles qui oblige la femme à se redéfinir.

Une certitude: la compréhension de ce "passage à l'acte" permet d'atténuer la culpabilité et la douleur de la perte. Donner un sens à l'IG, c'est aussi permettre à la femme de se reconstruire sur le plan psychologique et de prévenir les récides.

Si la demande d'IG à Genève a baissé au cours des dix dernières années, le nombre de consultations pour ce motif a quasiment triplé. Un bond qui s'explique par l'intensification de la collaboration avec la Policlinique de la Maternité qui, depuis 1990, adresse au CIFERN les adolescentes et toutes les femmes dans une situation délicate (manque d'information, récive, grossesse conflictuelle...). De même, une partie des médecins privés oriente leurs patientes ambivalentes ou demandant tardivement une IG vers une conseillère du Planning.

A noter que près de 70% des consultantes sont étrangères et qu'un quart d'entre elles sont d'origine portugaise. En outre, parmi ces femmes, environ 20% sont en situation irrégulière à Genève.

La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 20 et 29 ans, avec aux extrémités, 18 % d'adolescentes et 5% de femmes de plus de 40 ans. Signalons aussi qu'un tiers des femmes viennent accompagnées de leur partenaire et que la plupart des demandes d'IG concernent une première grossesse.

Quant au statut professionnel, force est de constater que l'IG n'épargne aucune catégorie de la population. Cependant, les femmes ayant une profession libérale ont peu recours au Planning et s'adressent plus volontiers à leur gynécologue.

Enfin, environ 3,5% des femmes décident, après consultation, de mener leur grossesse à terme.

Les femmes viennent consulter de leur propre gré. Elles ont le plus souvent besoin d'être orientées car elles ne savent pas où s'adresser, ni comment payer. Elles demandent aussi des informations concernant la procédure médico-légale et le déroulement de l'intervention médicale. Une partie des femmes recherchent plutôt un soutien pour traverser cette étape difficile, voire une aide pour prendre une décision, ou consultent pour partager des sentiments tels que la culpabilité, la tristesse ou encore la solitude.

Les problèmes socio-économiques (difficulté d'argent, de logement, mauvaise intégration...) arrivent largement en tête des motifs les plus fréquemment invoqués pour une IG. Viennent ensuite les conflits avec le partenaire et la formation professionnelle non accomplie. Les données concernant la contraception utilisée au moment de la grossesse révèlent que 43,4% des femmes n'avaient pris aucune précaution. Plus de 56% ont donc échoué dans leur tentative de se protéger. L'emploi du préservatif apparaît aussi comme une source d'échec importante. Rupture du condom ou utilisation incorrecte? Difficile de répondre, d'autant que l'accident de préservatif fait parfois office de porte de sortie honorable lorsqu'il y a eu absence totale de précaution. Les "ratés" contraceptifs sont aussi nombreux chez les étrangères que chez les suisses. Une nuance toute de même: les premières sont fréquemment sous-informées ou victimes d'idées fausses alors que les secondes ont généralement eu accès à l'information contraceptive. Moralité, l'information seule ne met pas les femmes à l'abri d'une grossesse non désirée car la sexualité comporte une part irréductible d'irrationnel. Celle-ci peut prendre la forme d'une passion sans limite, d'un goût pour le risque ou encore d'un besoin viscéral d'être enceinte.

Le CIFERN constitue souvent le seul endroit où les femmes ont vraiment la possibilité de parler de l'impasse dans laquelle elles se trouvent et d'exprimer leurs émotions. Plus que jamais, elles ont besoin d'un accueil sans préjugés et d'une écoute compréhensive.

La consultation s'élabore à plusieurs niveaux. La première étape consiste à clarifier la demande d'IG, à fournir toute une série d'informations (médicales, juridiques, financières...) et à faire de la prévention en abordant la contraception. A ce stade, le besoin d'un éventuel accompagnement psychosocial peut se faire sentir. Celui-ci s'adresse aussi bien aux femmes désirant malgré tout poursuivre leur grossesse et celles qui se voient contraintes de l'interrompre. Une série d'entretiens rapprochés, est parfois envisagée notamment pour les femmes ambivalentes et les grossesses conflictuelles dans le couple. L'objectif est alors d'aider à la prise de décision et de prévenir les récives ainsi que les dépressions graves.

5^{ème} cas de figure : la vie de couple

La vie de couple n'est définitivement pas un long fleuve tranquille. Avec son cortège de transformations et de négociations nécessaires, le couple est en perpétuelle quête d'équilibre. Sans compter les multiples compositions familiales actuelles (unions libres, familles recomposées...) et l'augmentation des unions transculturelles qui ne sont pas sans créer certaines difficultés et autres malentendus.

L'évolution de la société a fait du couple une affaire privée, un jardin secret que l'on cultive désormais seul. Résultat, sans les soutiens traditionnels et autres repères extérieurs, les

tensions conjugales ont parfois du mal à se résoudre. La consultation conjugale offre justement un cadre pour penser la relation à deux.

Les résultats d'une étude sur la consultation de couple du CIFERN, montrent que 80% des consultants sont mariés, 14% célibataires et 6% divorcés. La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 25 et 40 ans et 75% d'entre eux ont des enfants. Surtout, une majorité (70%) consulte dans les 10 premières années de leur vie commune, avec une pointe autour de 4-5 ans de mariage. On ne peut évoquer la consultation conjugale sans parler du taux de divorce. Celui-ci n'a cessé d'augmenter au cours des vingt dernières années. Les divorces sont les plus fréquents dans les dix premières années de mariage. Le temps semble donc jouer en faveur du couple: la probabilité de divorcer diminue avec le nombre d'années de mariage. Même si le divorce des couples mariés depuis 20 ans est en nette progression ces dernières années.

Les types d'aides proposés dépendent de la demande de départ exprimée par les couples. Le dénominateur commun: ils attendent qu'on les aide à sortir d'une crise. Un recadrage de la relation, avec une reconnaissance des liens qui unissent le couple (par exemple, à la suite d'une infidélité), est très souvent souhaitée. Le besoin d'autonomie et d'une prise de distance est fréquemment évoqué: des aménagements de la relation seront alors proposés avec notamment la négociation d'espaces de liberté.

Détail intéressant: les motifs de consultation des candidats à une thérapie tournent autour de l'infidélité, de difficultés sexuelles, de problèmes de communication ou de conflit au sujet des parents ou des enfants. Alors que les principaux motifs de plaintes évoqués par les personnes qui consultent ponctuellement renvoient plutôt à des problèmes de violence, d'alcool, de séparation, de dépression ou de maladie.

Pour aider les couples à résoudre leurs difficultés, la conseillère conjugale dispose de différentes stratégies d'intervention. Les principales reposent sur:

- des exercices de communication au cours desquels, par exemple, on travaille le "je" à la place du "on" et du "nous".
- la compréhension des systèmes de valeurs du couple et la référence aux familles d'origine.
- la prise en charge des problèmes individuels "importés" par chacun des membres du couple.

6^{ème} cas de figure : la ménopause

Les âges les plus représentés sont compris dans la fourchette 47-51 ans. La moitié des participantes sont en périménopause et connaissent déjà les premiers symptômes (cycles irréguliers, bouffées de chaleur, irritabilité...). Ce qui n'empêche pas des femmes (29%) qui ne sont pas encore directement concernées de suivre régulièrement ces réunions dans un souci de prévention. Le profil professionnel des femmes participant à ces groupes montre une quasi-absence des cadres et des indépendantes au profit des employées.

Le programme proposé par le CIFERN dure 5 semaines et est dirigé par une psychologue et une sage-femme. Voici les thèmes abordés au cours de ces séances :

1) Les changements physiologiques et les symptômes liés à la ménopause. Film vidéo sur les rouages hormonaux de la femme. Séance animée par deux conseillères du CIFERN.

- 2) L'hormonothérapie et la prévention de l'ostéoporose et des affections cardio-vasculaires. Explications données par un gynécologue.
- 3) Le type d'alimentation à adopter pour prévenir l'ostéoporose mais aussi pour éviter les kilos en trop. Conseil d'une diététicienne.
- 4) Les aspects psychologiques, relationnels et sexuels de la ménopause. Séance animée par une psychologue du CIFERN.
- 5) Le bien-être et la qualité de vie. Exercices physiques et attitudes de prévention (comme l'auto-examen des seins) mais aussi échanges entre les participantes sur les ressources de chacune pour affronter l'étape de la ménopause. Séance en forme de bilan animée par les conseillères du CIFERN.
- 6) L'andropause existe-t-elle vraiment? Cette sixième séance, mise sur pied en automne 94 et animée par un endocrinologue, est proposée aux couples mais également aux hommes seuls.

Choix de la femme face à sa grossesse

Passons en revue les différentes possibilités qui sont offertes.

Garder l'enfant

La solution la plus naturelle est de garder cet enfant, il existe une infrastructure social charge d'aider la femme et son enfant que ce soit matériellement ou psychologiquement

L'adoption

Les demandes d'adoption ne sont pas très nombreuses et nous ne nous attarderons pas sur ce sujet. Il faut savoir qu'on enregistre entre 3 et 6 demandes par an. L'institution auprès de laquelle la patiente devra se rendre est le Bureau Genevois des Adoptions (BGA), où on lui demandera une première signature à 6 semaines de grossesse, puis une deuxième à 12 semaines. La patiente aura encore la possibilité de renoncer à l'adoption après la 1^{ère} signature alors que la seconde certifie que la mère renonce définitivement à tous ses droits sur l'enfant.

La famille d'accueil

La mère peut décider de placer son enfant à sa naissance dans une famille d'accueil, elle pourra lui rendre visite, passer des week-end avec lui et conservera certains droit.

ivg

Le dernier choix est de pratiquer un ivg. C'est évidemment un acte qui est loin d'être banal, qui est à l'origine de nombreux débats.

Ambivalence

On retrouve cette caractéristique chez la plupart des femmes qui consiste en un sentiment partagé entre le désir de garder l'enfant et celui d'avorter. Le plus souvent les arguments pro ivg seront plus matériels (économique, professionnel, l'entourage - père, famille, ami,..) alors que une volonté intrinsèque qui sera plutôt le désir d'enfanter. Cette une notion très importante car elle reflète bien la situation face à laquelle la femme est confronté : la décision ne sera pas facile à prendre. La solution sera un compromis, une balance , une solution du moins pire, en tous cas jamais une décision facile a prendre.

IVG

Définition :

Avortement : Expulsion de l'œuf avant la fin du sixième mois de grossesse, c'est-à-dire avant le moment où l'enfant est présumé pouvoir survivre et se développer. L'avortement peut être spontané (fausse couche) ou provoqué.

IVG : une approche historique

Le cas de notre patiente s'inscrit dans un contexte historique bien précis, et il nous a semblé judicieux, pour mieux comprendre l'enjeu des changements actuels, de faire une description sommaire des idées et lois qui ont régi l'avortement jusqu'à nos jours.

Pendant tout le Moyen-Age, les théologiens chrétiens débattent de l'âme du fœtus, c'est à dire de la date de l'animation; elle est fixée d'abord à 40 jours pour les garçons et 80 jours pour les filles (XIIIe siècle), mais c'est sous Charles-Quint, en 1532, que la Constitutio Criminalis Carolina fixe la date d'animation du fœtus au milieu de la grossesse, soit dès que la mère perçoit les mouvements.

Néanmoins, en 1558, le Pape Sixte Quint condamne de façon formelle l'avortement, quel qu'en soit le terme.

Les idées évoluent peu au Moyen-Age, marqué par la puissance de l'Eglise de Rome.

A la Renaissance, toutefois, on voit apparaître la notion d'avortement médical en cas d'hémorragie grave, seule indication en France jusqu'au XIXe siècle.

En 1810, est instauré le Code Napoléon, une catastrophe civile pour les femmes. L'article 317 du Code pénal de 1810 condamne sans distinction: "Quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement au moyen d'aliments, de drogues, de médicaments, par violence ou d'autres remèdes, est puni de prison."

Au tournant du siècle, en Suisse, les lois sont encore cantonales. Certains cantons sont libéraux tandis que d'autres sont plus restrictifs. De manière générale, l'avortement est très peu pratiqué. Le corps médical demande une législation fédérale sur la question de l'avortement en conséquence des risques importants liés à la clandestinité.

En 1918, la situation s'est détériorée après la 1^{ère} guerre, et l'avortement est alors réprimé beaucoup plus sévèrement.

En 1919, le Grand Conseil bâlois délibère sur la loi Welti qui, très avant-gardiste, propose une solution des délais sans la nécessité d'un avis conforme pour les trois premiers mois de grossesse. Mais la proposition est rejetée sous la pression des milieux médicaux et religieux.

En 1929, des conseillers nationaux tentent de faire sortir de la juridiction pénale le problème de l'IVG. Ceci constitue une première tentative de libéralisation de l'avortement sous l'angle de notion de santé publique et non de lutte politique pour les droits de la femme.

Dès 1942, bien que fortement contestée, la première loi nationale entre en vigueur, interdisant et criminalisant l'interruption de grossesse(art.118-121 du CPS). Seul l'article 120 admet l'impunité de l'IVG, à titre exceptionnel, justifié pour des raisons thérapeutiques, pour remédier à des problèmes de santé graves de la mère.

L'IVG est considéré juridiquement comme un délit portant atteinte à la vie humaine de l'embryon en gestation(protection de la vie en devenir), mais comme un acte justifié sous certaines conditions bien précises, instaurant l'idée de l'état de nécessité : l'état de santé de la mère est jugé prioritaire à la survie de l'embryon.

Dans les années 50, la lutte des féministes pour la libéralisation de l'avortement visant la liberté sexuelle des femmes, en parallèle au développement des moyens de contraception oraux font de l'avortement, anciennement considéré comme une cause purement sanitaire, un enjeu social et politique, publiquement débattu.

Dès 1970, avec l'émergence des thérapeutes, sexologues, psychiatres qui explorent le sens de l'avortement et les raisons cachées qui le sous-tendent, les pouvoirs publics et médicaux admettent tacitement les motifs psycho-sociaux à l'avortement. Parallèlement, une initiative parlementaire demande la décriminalisation, et, en 1971, le département fédéral de justice et police nomme une commission d'experts pour réviser le CPS en matière d'IVG.

En 1974, le conseil fédéral publie le projet de « la loi fédérale sur la protection de la grossesse et le caractère non punissable de son interruption ». Cette nouvelle loi, qui prévoit un renforcement du contrôle de l'Etat et des experts, restreindrait encore les possibilités d'avorter.

1976, les auteurs de l'initiative « pour la solution des délais » la déposent, mais elle est rejetée.

En 1980, l'initiative « pour le droit à la vie » est déposée. Elle sera balayée en 1985.

Ce n'est qu'en 1995 que le Conseil National accepte d'entrer en matière sur une initiative parlementaire demandant l'introduction de la solution des délais, dont les objectifs visent, selon ses auteurs, à déculpabiliser la femme, à lui permettre de défendre son autonomie, d'assurer la liberté de ses choix, et à l'en rendre responsable, ainsi qu'à diminuer les avortements clandestins très risqués, et le tourisme abortif.

Dès lors, les avancées de la loi des délais sont mesurables et conséquentes.

1996 En octobre, la Commission des affaires juridiques du Conseil national adopte un projet de modification du Code pénal dans le sens d'un régime du délai.

1997 Au printemps, le Conseil fédéral met en consultation le projet de la Commission du Conseil national. Le régime du délai est soutenu par la grande majorité des organisations et instances répondantes. Un profond changement des mentalités émerge par rapport à la fin des années 70. Le PDC soutient le principe du régime du délai, mais demande un entretien obligatoire en plus de la consultation médicale, selon le modèle allemand.

1998 En juin, les opposants à toute libéralisation de l'avortement lancent l'initiative populaire "Pour la mère et l'enfant" qui demande l'interdiction quasi totale de l'interruption de grossesse.

En août, le Conseil fédéral prend position vis-à-vis du projet de révision du code pénal. Il reconnaît la nécessité d'une nouvelle réglementation, mais privilégie le modèle du PDC.

Le 5 octobre, le Conseil national approuve le régime du délai. La proposition du PDC d'introduire un entretien de conseil obligatoire est clairement rejetée.

1999 En novembre, l'initiative "Pour la mère et l'enfant" est déposée avec tout juste le nombre nécessaire de signatures valables.

2000 En avril, la Commission des affaires juridiques du Conseil des Etats décide de proposer au plénum une variante modifiée du régime du délai.

En juin, le Conseil des Etats renvoie ce projet à sa Commission.

Le 21 septembre, le Conseil des Etats approuve le régime du délai, avec plusieurs modifications par rapport à la décision du Conseil national : le délai est ramené à 12 semaines ; la femme doit invoquer une situation de détresse ; le médecin est obligé de conseiller de manière détaillée la femme enceinte et de la rendre attentive à la possibilité de consulter un centre de consultation ; les cantons doivent désigner les cliniques autorisées à pratiquer les interruptions de grossesse. Le modèle du PDC est rejeté.

Le 16 novembre, le Conseil fédéral dit non à l'initiative populaire « Pour la mère et l'enfant ».

2001 Les 6 et 14 mars, les deux Chambres fédérales éliminent leurs différends. Le régime du délai est approuvé définitivement par les Chambres fédérales le 23 mars, au Conseil national et au Conseil des Etats.

Le 12 juin, le Conseil des Etats rejette l'initiative populaire fondamentaliste « pour la mère et l'enfant ».

Le 12 juillet, un référendum est déposé contre le régime du délai par des groupements fondamentalistes secondés par le PDC.

Le 29 août, le Conseil fédéral décide de soutenir le régime du délai tel qu'il a été adopté par le Parlement.

Le 13 décembre, le Conseil national rejette massivement l'initiative populaire "pour la mère et l'enfant", ainsi que Conseil des Etats où elle est balayée.

Juin 2002, le peuple suisse accepte le régime des délais et rejette massivement l'initiative « pour la mère et l'enfant ».

Le chemin vers la libéralisation a donc été très long et pénible. Nombreux ont été les retournements de situation politiques et idéologiques. Toutefois la tendance actuelle est de plus en plus à l'ouverture et au dialogue, et il semble que les changements en la matière se précipitent. Les politiques ont fait un pas vers la déculpabilisation et l'établissement d'un réel soutien des femmes enceintes involontairement. Il reste toutefois à sensibiliser largement l'opinion publique afin que ces femmes ne se sentent plus mises au ban de la société pour vivre moins difficilement la prise d'une décision si lourde, et l'assumer pleinement.

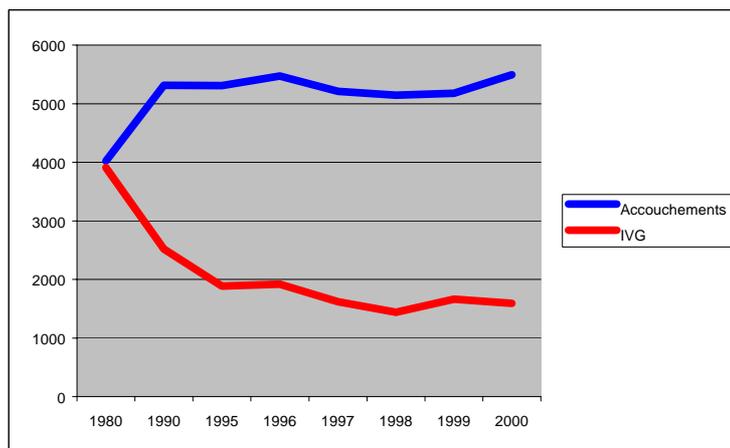
Epidémiologie de l'IVG

Bref commentaire concernant les IVG à Genève

Diminution des IVG depuis 1980 :

Les années 80 ont été influencées par la loi S. Veil (1975) qui a eu pour conséquence de diminuer progressivement le tourisme gynécologique entre la France et la Suisse.

Les années 90 ont été marquées par le SIDA : campagne STOP SIDA et éducation sexuelle dans les écoles.



Interruptions de grossesse en Suisse

- Les IVG ont reculé en Suisse depuis 1966. En 1994, près de 11'800 IVG ont été pratiquées (1966: 17'000). Les interruptions illégales ou clandestines ont aujourd'hui quasiment disparu alors que dans les années cinquante, elles étaient certainement plus nombreuses que les IVG légales.
- Environ une grossesse sur huit est interrompue.
- Il n'y a pas de différences marquantes entre la Suisse alémanique et la Suisse romande.
- L'interruption est un peu plus fréquente chez les célibataires que chez les femmes mariées.
- Le nombre d'IVG le plus élevé se trouve chez les femmes de 20 à 35 ans.

Dans tous les cantons à l'exception de ZH, TG et SO, les IVG sont aujourd'hui déclarées à une instance cantonale (le plus souvent au médecin cantonal). Nous disposons donc de chiffres officiels. Le total pour toute la Suisse reste une estimation - du fait surtout de l'absence de statistique exacte pour Zurich. Certaines tendances ressortent cependant clairement de l'évolution des chiffres : il y a sans doute eu diminution entre 1970 et 1990. Les années 90 se caractérisent plutôt par une stagnation, mais aussi par la diminution du « tourisme de l'avortement », c'est-à-dire qu'il y a eu un transfert d'interventions des cantons qui ont toujours été libéraux vers les cantons jadis restrictifs.

Interruptions de grossesse légales en Suisse (femmes domiciliées en Suisse)										
-	1970	1978	1980	1985	1990	1993	1995	1997	1999	2000
ZH ¹	8000	7000	6000	6000	4500	3700	3600	3400	3100	3100
GE	3000	2784	3526	2110	2280	1882	1699	1670	1581	1520
VD	2242	1889	1712	1763	1658	1606	1433	1416	1602	1785
BE	1062	1086	1207	1159	1072	1098	1100	1251	1174	1162
BS	970	1162	1163	791	771	706	568	515	262	340
NE	725	500	456	411	420	393	369	392	414	389
BL	84	122	247	272	257	185	301	292	377	332
AG	94	219	444	460	434	542	572	650	700	700
GL	12	22	43	29	37	35	33	67	53	54
TI	19	346	391	538	608	675	643	538	662	613
JU	-	-	17	46	85	89	103	96	99	114
SH	12	28	56	19	65	85	82	71	117	118
SO	7	100	166	169	217	205	250	285	350	330
GR	20	63	69	57	79	122	162	193	212	204
TG	28	84	118	100	111	147	154	158	168	164
SG	20	96	171	122	179	267	309	342	373	457
AR	14	6	16	10	8	8	16	16	22	23
LU	6	50	28	69	64	119	107	217	389	389
FR	0	1	5	15	111	162	211	207	224	219
SZ	1	2	-	4	8	10	31	46	41	42
VS	-	-	1	-	15	90	90	235	211	236
ZG	0	-	0	2	7	19	28	33	64	75
UR	0	-	1	0	0	0	0	0	5	12
OW	-	1	0	0	0	0	0	0	0	0
NW	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
AI	1	-	0	0	0	0	0	0	0	0
CH	16317	15562	15837	14144	12986	12145	11861	12090	12200	12378
.	.	cantons libéraux		.	cantons moins libéraux		.	cantons restrictifs		

Qui sont les femmes concernées?

Bref profil type des personnes ayant recours à l'IVG :

Origine : la moitié des femmes sont d'origine suisse
Le tiers des femmes sont d'origine européenne (plus particulièrement le Portugal)

Age : le 70 % des femmes ont entre 20 et 35 ans
la moyenne se situe autour de 24-27 ans.
Le 10 à 15 % (env.) représente les jeunes de moins de 20 ans

Etat civil : env. 50 % sont célibataires

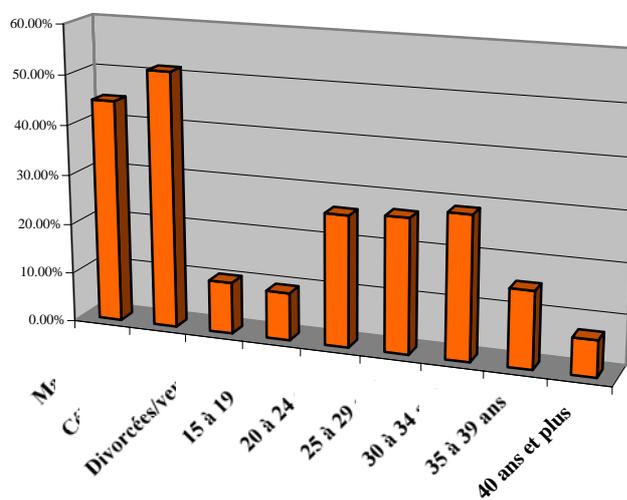
Parité : env. 50 % sont nullipares

Toute femme peut se trouver une fois - et parfois même plusieurs fois - confrontée à cette situation au cours de la période fertile de sa vie. (50 % des IVG sont dues à un échec de la contraception!) En Suisse, une femme sur quatre ou cinq en moyenne se trouve concernée.

Deux faits sautent aux yeux:

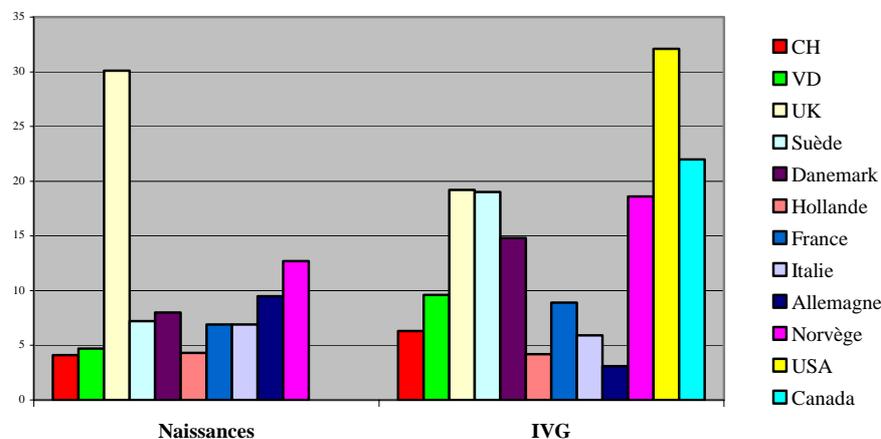
- Le nombre d'IVG pratiquées sur des adolescentes est très réduit en Suisse, en comparaison avec d'autres pays. Les deux tiers environ des interventions concernent des femmes de plus de 25 ans.
- Les femmes d'origine étrangère sont fortement sur-représentées. 50% environ des IVG sont pratiquées sur des femmes migrantes, alors qu'elles ne représentent guère que le 24 % des femmes de 15 à 44 ans.

Profil social des femmes ayant subi une IVG (1999)



Les adolescentes

Grossesse à l'âge adolescent (15 à 19 ans), comparaison internationale



Les femmes de nationalité étrangère

Interruptions de grossesse chez les femmes étrangères domiciliées en Suisse							
Canton	1980	1988	1990	1992	1994	1996	1999
.	Etrangères	Etrangères	Etrangères	Etrangères	Etrangères	Etrangères	Etrangères
BE	268 (22%)	27%	364(34%)	507(40%)	38%	39%	39%
FR	.	40%	57(51%)	.	48%	49,1%	51%
GR	44%	41%	43%
LU	62,5%	58,8	54,5%
SG	.	25%	95(53%)	121(54%)	63%	61,5%	60%
SH	.	36%	29(45%)	40(56%)	58,5%	39,6%	58%
GE	56,6%	58,4%	57%
VD	.	58,7% (hôpital d'Aigle)	.	.	.	48,7	55,5%
BS	52%	62,4%
TG	54%	54,5%
NE	43,7%
SZ	61%
ZH hôpital universitaire 1986/87: 47,4% d'étrangères							
AR 1988 - 94: env. 50% d'étrangères						55%	60% (1998)
JU 1979 - 1990: 34% d'étrangères							
Sources: Statistiques cantonales et hospitalières							
<p>La proportion des étrangères dans la population féminine (15-44 ans) en Suisse est de 24 pourcent environ.</p> <p>Pour les 13 cantons où ces chiffres sont relevés, les IVG pratiquées sur des femmes migrantes représentent le 52,4% du total en moyenne. En supposant une proportion de 50% pour toute la Suisse, on arrive à un taux d'IVG de 17 pour 1000 femmes étrangères de 15 à 44 ans, contre 5,3 pour 1000 femmes de nationalité suisse.</p>							

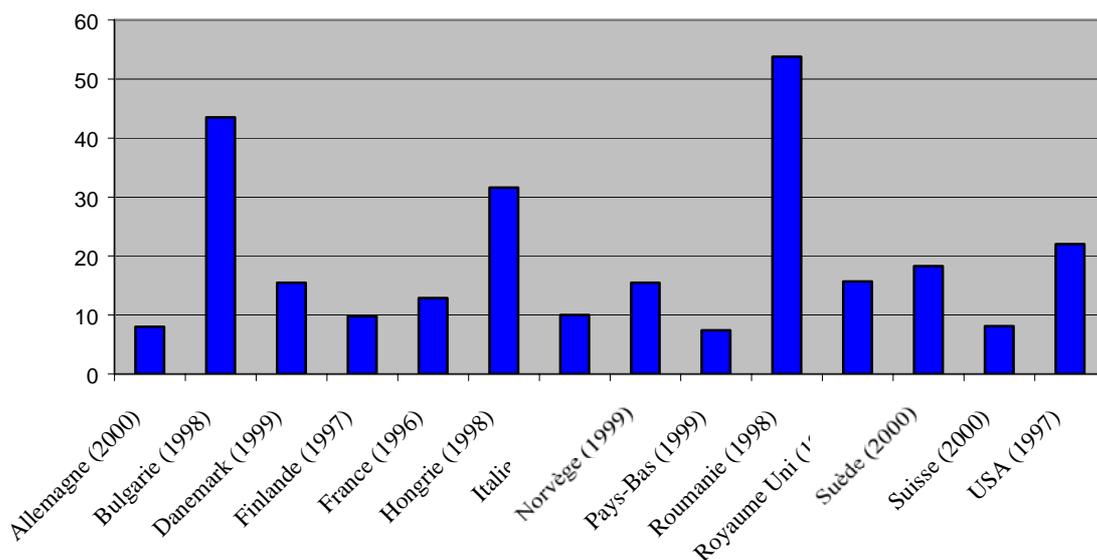
SUISSE

- **Environ une grossesse sur huit est légalement interrompue.**
 - Environ 12000 femmes se font avorter annuellement.
 - Le nombre d'avortements chez les jeunes filles est faible, mais le pourcentage des étrangères ayant subi un avortement est très élevé.
 - Vers la fin du XIXe siècle, l'avortement a pris une signification sociale jusqu'alors, ce sont surtout les célibataires et les veuves qui étaient concernées, mais de plus en plus de femmes mariées des couches sociales pauvres ont commencé à recourir à cette solution d'urgence pour sauver leur mariage.
 - Aux alentours de 1930, on estime qu'entre 60000 et 80000 avortements illégaux étaient pratiqués annuellement. En 1966, on estimait le nombre à 45000. Aujourd'hui, la pratique des avortements illégaux, et donc à haut risque, a presque complètement disparu.
 - De 1942 à 1949, 26 femmes mouraient en moyenne chaque année des suites d'un avortement illégal ou douteux. De 1950 à 1959, elles étaient 9. Dans les années '60, elles étaient 5 et encore une ou 2 dans les années '70. En 1981, on a enregistré le dernier décès dû à des circonstances de ce genre. Dans les années '90, un tel événement ne survient qu'une fois tous les deux ans.
 - Depuis 1970, le nombre d'avortements pour 1000 femmes est passé de 12.1 en 1970 à 7.7 en 1994.
 - Depuis 1988, personne n'a été condamné pour avortement.
 - Les spécialistes soulignent qu'en favorisant l'information, en diffusant les moyens de contraception et en offrant des conseils professionnels, le nombre d'avortements diminue.

Aujourd'hui, la Suisse fait partie des pays où il y a le moins d'IVG.

Tandis que dans les années 60 on estimait à 1 avortement sur 2 naissances le taux d'avortement en Suisse, ce taux a passé à 1 IVG sur 7 à 8 naissances aujourd'hui.

IVG pour 1000 femmes (14-44 ans)



MONDE

- Chaque année, près de 600'000 femmes meurent pendant la grossesse ou l'accouchement et 75000 femmes décèdent des suites d'hémorragies excessives ou d'infections dues aux seuls avortements réalisés dans de mauvaises conditions sanitaires.
- En Afrique, où l'avortement est la première cause de mortalité féminine, dans un certain nombre de pays, une loi française de 1920 condamnant la publicité en faveur du contrôle des naissances et l'incitation à l'avortement, est toujours en vigueur.
- Les pays de l'ancien Bloc de l'Est présentent les taux d'avortements les plus élevés d'Europe. La Russie vient en tête de liste avec 120.4 avortements pour 1000 femmes de 14 à 44 ans. L'URSS est le premier Etat au monde à avoir supprimé l'interdiction d'avorter (en 1917), et à avoir introduit (en 1920) l'avortement libre et gratuit pratiqué par un-e médecin et à avoir mis gratuitement à la disposition des femmes des moyens de contraception et des centres de consultation.
- Les Pays-Bas qui connaissent une pratique libérale depuis des années et qui ont beaucoup oeuvré sur le plan de l'information et de la prévention, connaissent les chiffres les plus bas d'Europe en ce qui concerne l'avortement: 5.5 femmes sur 1000 de 15 à 44 ans se font avorter.

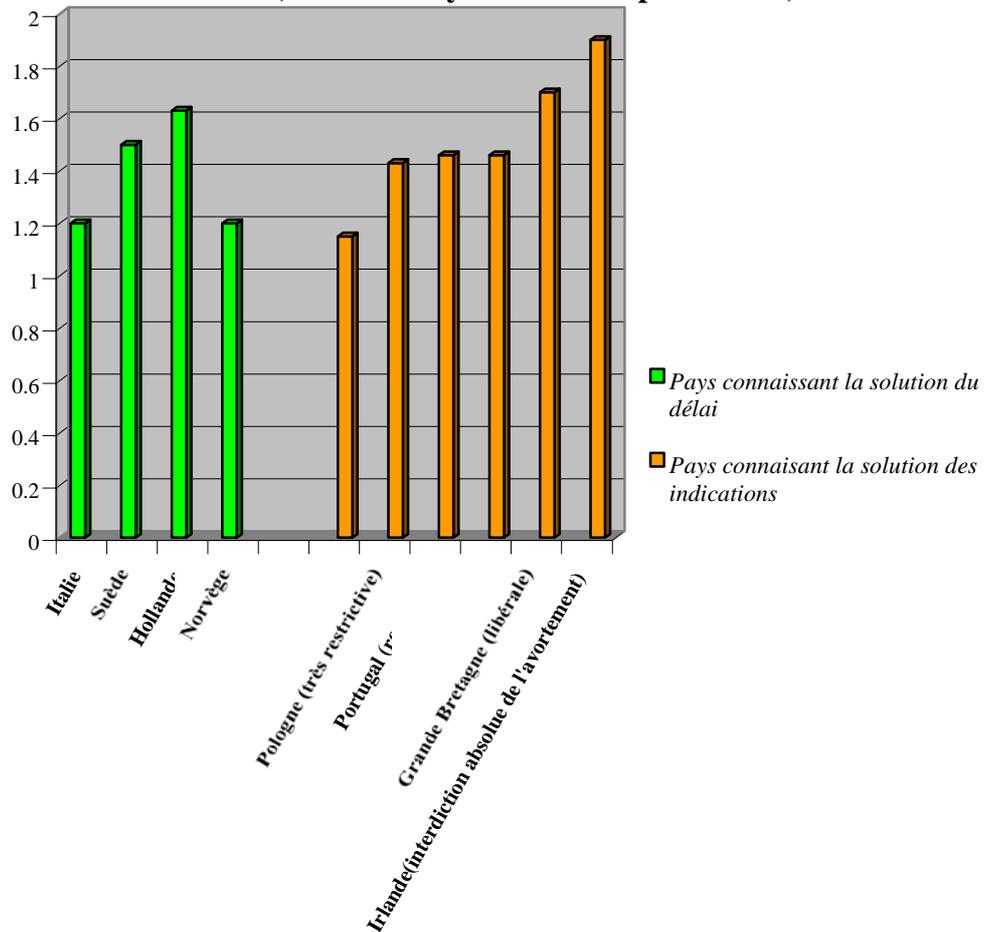
En Amérique latine, malgré l'interdiction rigoureuse de l'avortement, le taux est en moyenne quatre fois supérieur à celui de l'Europe occidentale. De même, ce taux est considérablement plus élevé en Europe orientale. Cela s'explique par le fait que jusqu'à très récemment, les contraceptifs disponibles en Europe orientale n'étaient pas fiables, pas plus que n'existait une éducation sexuelle.

En Europe occidentale, le taux d'IVG varie entre un minimum d'environ 6 pour mille femmes en âge de procréer (de 15 à 44 ans) par année aux Pays-Bas et un maximum de 18,5 pour mille en Suède. Le taux suisse - environ 8 pour 1000 - appartient aux plus bas d'Europe.

AVORTEMENT ET NATALITE

La réglementation de l'avortement n'a guère d'influence sur le nombre des naissances, en tout cas dans les pays industriels occidentaux, où il est possible d'accéder facilement aux moyens anticonceptionnels. La natalité dépend visiblement d'autres facteurs que de la législation sur l'avortement.

Fécondité en 1998 (Nombre moyen d'enfants par femme)



Même les contrôles les plus rigoureux de l'application de l'interdiction absolue de l'avortement, tels qu'ils ont été introduits par le dictateur roumain Ceausescu en 1966, n'ont pas réussi à rehausser durablement le taux de natalité.

Taux de natalité en Roumanie (Naissances pour 1000 habitants)	
1966	14,3
1967 (entrée en vigueur d'une loi rigoureuse)	27,4
1983	13,8

En 1999, la Pologne a introduit des restrictions rigoureuses à l'interruption légale de la grossesse. Le taux de natalité n'a pas augmenté, mais considérablement baissé depuis lors. Les femmes cherchent à nouveau à avorter dans la clandestinité.

Pologne : nombre moyen d'enfants par femme	
1990	2
1992	1,93
1995 (loi rigoureuse en vigueur depuis 1993)	1,61
1998	1,43

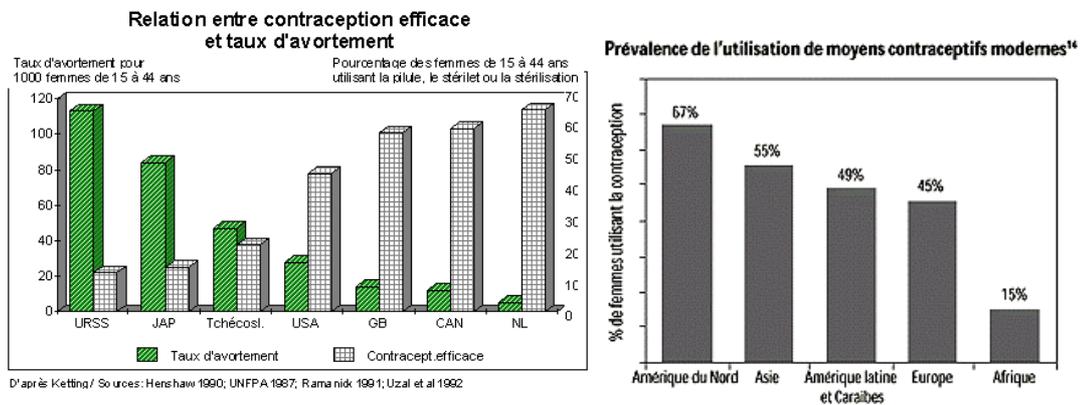
Motifs d'échecs contraceptifs :

- la pratique du « retrait »
- le X ème jour n'est pas fécondable
- la pilule fait grossir, rend stérile, etc..
- calcul de la température corporel

Il faut aussi savoir que qu'une part très importante des personnes de 20 à 49 ans sexuellement actives recourt à la contraception. Avec 38,3%, la pilule vient largement en tête, suivie du préservatif (20,7%) et du stérilet (6,2%). Les autres méthodes « modernes » (diaphragme, gelée, éponge, injection) ne sont utilisées que par 1,3% de ces personnes. 4,2% recourent à des méthodes « naturelles ». enfin, 17,2% ont été stérilisées chirurgicalement.

Quant aux jeunes de moins de 20 ans l'échec du préservatif représente 45 % de mauvaise utilisation. L'oubli de la pilule mais aussi la perturbation de son efficacité lors de prise d'antibiotique, de vomissement ou de diarrhées sont des raisons fréquentes de grossesses « accidentelles ».

12,1% des personnes sexuellement actives ne se servent d'aucun moyen contraceptif en raison d'une grossesse en cours (4,6%), du désir d'avoir un enfant (3,6%), ou d'une stérilité involontaire (0,8%).



Technique IVG

7

IV LES METHODES UTILISEES.

Les diverses techniques médicales pour interrompre la grossesse

1) L'aspiration (Méthode Karman).

Une canule munie d'une petite pompe est introduite par le col de l'utérus pour en aspirer le contenu.

Selon l'âge de la grossesse une dilatation plus ou moins grande du col est nécessaire, elle peut être amorcée par la pause de lamineaires (petites algues de 2 mm de diamètre qui sont introduites à l'entrée du col et qui sous l'action de la chaleur du corps, gonflent et provoquent ainsi l'ouverture du col), actuellement elle est plus souvent obtenue grâce à la pause d'ovule de prostaglandines ou grâce à l'utilisation de bougies de Hégar ou de bougie en gomme souple de Dalsace.

Elle sera souvent suivie d'un curetage avec une curette mousse.

Selon le lieu, l'habileté et l'expérience du médecin cette technique peut être utilisée jusqu'à 10, 12 ou 15 semaines.

L'intervention dure de 15 à 20 mn, l'aspiration elle-même dure moins de 5 mn.

L'aspiration peut être faite sous anesthésie locale ou générale (selon l'âge de la grossesse et le lieu où elle est pratiquée). Elle peut aussi être faite sans anesthésie, cette pratique est peu courante.

Les effets secondaire seront ceux liés à une anesthésie.

2) Le curetage.

Le curetage est une intervention gynécologique nécessitant la dilatation du col utérin. Cette intervention consiste à gratter la face interne de l'utérus afin de prélever une partie de la muqueuse utérine (endomètre) avec un instrument ressemblant à une cuillère et que l'on appelle une curette.

Actuellement le curetage n'est plus utilisé seul, dans une majorité des cas il est utilisé après une aspiration ou une expulsion.

3) Méthode dite "priming" du col.

Se pratique chez la nullipare entre 8 et 12 semaines .

- anesthésie péridurale
- pose de gel de prostaglandine toutes les 6h.
- aspiration et curetage.

Cette méthode évite les problèmes liés à la béance du col (avortement spontané, accouchement prématuré) mais possibilité de douleurs et de vomissements.

4) Prostaglandines, expulsion.

Quand la grossesse est très avancée, de la 14ème à la 22ème semaine on utilise des prostaglandines (Nalador, Prostine E2, Cervagerme) qui provoquent des contractions utérines et donc un accouchement.

Le choix de cette méthode est du au fait que, pour faire une aspiration ou un curetage, la grandeur de l'embryon nécessiterait une dilatation trop importante du col et entrainerait des lésions permanentes.

Les prostaglandines, naturellement présentes dans l'organisme humain jouent un rôle dans la reproduction humaine. La prostaglandine libérée durant l'accouchement déclenche les contractions utérines qui à leur tour accélèrent la libération de prostaglandine, ce qui provoque une réaction en chaîne et conduit à l'expulsion de la grossesse.

Dans le cas d'une interruption de grossesse, elles seront administrées à la femme par voie intraveineuse et le mécanisme se déclenchera de la même façon que dans un processus naturel. Un curetage sera fait après l'expulsion du placenta.

Les prostaglandines entraînent des contractions utérines douloureuses et des effets secondaires gastrointestinaux (nausées, vomissements, diarrhées).

Une anesthésie péridurale peut être posée ce qui diminuera les douleurs des contractions.

5) RU 486.

En suisse le produit n'est actuellement pas utilisé. Il est utilisé en France dans certains centres agréés.

Le mifepristone (Mifegène, RU 486) est un produit médicamenteux, c'est une hormone analogue mais antagoniste à la progestérone. La progestérone, hormone produite par le corps jaune à la période de l'implantation de l'oeuf fécondé, est indispensable à la continuation de la grossesse.

Le RU 486 s'oppose à l'effet de la progestérone et provoque donc un arrêt du développement de l'oeuf ainsi qu'un saignement de la muqueuse utérine. Une dose de prostaglandine (hormone provoquant la dilatation du col ainsi que des contractions utérines) est administrée conjointement.

L'avortement médicamenteux est possible si les femmes qui le demandent ont moins de 49 jours d'aménorrhée (c'est à dire 3 semaines de retard de règle), au-delà il n'est plus proposé, étant donné la baisse sensible de son efficacité .

Comment est-il administré:

Après une première consultation où le médecin va déterminer l'âge de la grossesse et rechercher les contre-indications possible (la crainte la plus évidente concerne les accidents cardio vasculaires chez les femmes de plus de 35 ans et chez les fumeuses). Le protocole d'utilisation du Ru 486 est très strict.

- **1° étape: la prise de 3 comprimés de RU 486 = 600 mg .**
Cette prise se fait à l'hôpital ou dans un centre reconnu.
- **2° étape: 48 h. plus tard ,2 capsules de prostaglandine orale: 400mg de MISOPROSTOL (produit qui fait contracter l'utérus).** Dans environ 2% des cas l'expulsion a lieu avant l'injection de prostaglandine, celle-ci n'est donc pas nécessaire.
La prise se fait à l'hopital où la femme reste sous surveillance pendant 4 heures; 61% des femmes qui expulsent vont le faire durant cette période, les autres vont rentrer à la maison où l'expulsion aura lieu , elles seront revues 3 jours après.
Il existe un protocole qui prévoit de donner un troisième comprimé si l'expulsion n'a pas eu lieu et de garder la femme encore 2h. sous surveillance.
- **3° étape 8° au 10° jours,** contrôle aux ultra sons ou dosage HCG lorsque l'ovum n'a pas été expulsé à l'hôpital. Ceci pour s'assurer de la vacuité utérine.

Selon le compte rendu de la rencontre internationale de Francfort sur le RU 486 en déc. 92, **l'utilisation de prostaglandine orale** remplace celle de la prostaglandine injectable. Ce nouveau choix est guidé: d'une part par le fait que la prostaglandine injectable était une prostaglandine E2 alors que le MISOPROSTOL oral (CYTOTEC) est une prostaglandine E1 sans contre indications de type cardiaque, d'autre part la prise est moins traumatisante pour les femmes, des résultats légèrement meilleurs sont obtenus, l'expulsion est plus rapide et les effets secondaires, particulièrement les douleurs pelviennes, sont grandement réduits.

Les effets secondaires nausées, vomissements, diarrhées sont des effets secondaires légers et observés dans des pourcentages allant de 10 à 40% des cas.

D'une manière générale:

60% des femmes expulsent à l'hôpital et 40% à la maison.

Cette technique donne 95,3% de succès (étant considéré comme succès tout avortement réalisé sans aucune intervention chirurgicale). Les échecs correspondent aux cas où une intervention chirurgicale est nécessaire.

Récapitulation.

Même s'il existe des différences selon le lieu où elle est pratiquée, le choix de la méthode dépend donc essentiellement de l'âge de la grossesse. On peut les schématiser de la façon suivante:

- jusqu'à 7 semaines le RU 486 peut-être utilisé (France, Grande Bretagne et Suède).
- jusqu'à 8 semaines il est possible de faire une aspiration sans anesthésie (peu pratiquée) ou sous anesthésie locale ou générale.
- de 8 à 12 semaines, il faut dilater le col fortement; une anesthésie générale ou locale est indispensable. L'aspiration sera complétée par un curetage.
- de 12 à 14 semaines il n'y a pas de bonne méthode.
- de 14 à 22 semaines ce sont les prostaglandines qu'il faut utiliser.

TECHNIQUE D'ASPIRATION

**Examen
préopératoire**



Anesthésie

Générale ou locale



**Désinfection,
prise du col**



Dilatation

Dilatation en fonction de l'âge de la
grossesse



**Aspiration par le
vide (625-700
mmHg)**

Taille de la canule en fonction de
l'âge de la grossesse



**Critères de
vacuité utérine**

Examen du produit d'aspiration,
rétraction utérine, arrêt du passage
de débris ovulaires, (vérification de
la vacuité de l'utérus par un
curetage systématique)

**COMPLICATIONS DE L'IVG PAR
PROSTAGLANDINES-RÉVISION UTÉRINE
APRÈS 12 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE**

Effets secondaires gastro-
intestinaux (nausées, diarrhées,
vomissements)

>50%

Infections

Fièvre

Hémorragies par expulsion
incomplète

Lacération du col

Céphalées, HTA

Complications respiratoires et
cardiaques

**COMPLICATIONS DE L'IVG PAR
DILATATION-ASPIRATION
JUSQU'À 12 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE**

COMPLICATIONS PRÉCOCES

**Complications liées à la technique de
l'anesthésie:**

Accidents mortels: anesthésie générale 0,6/100000

Accidents mortels: anesthésie locale 0,15/100000

Complications liées à la dilatation:

Lésions cervicales:

- Déchirures du col 0,1-1,7%

- Fausse route 0,2-0,3%

- Béance du col 0,1-2,2%

**Complications liées à la dilatation ou
à l'aspiration**

Perforations utérines 0,01-0,4%

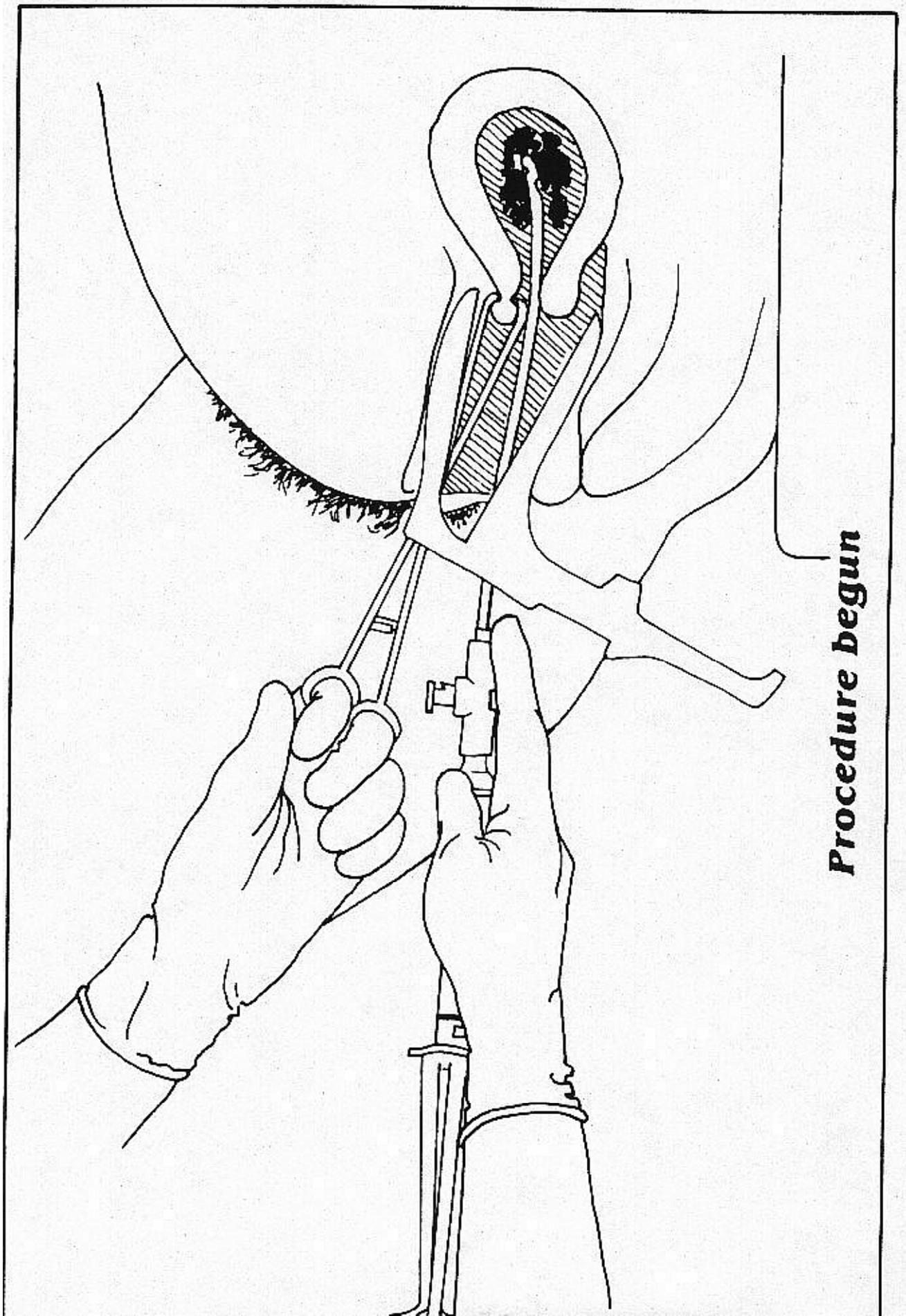
Complications liées à l'aspiration

Hémorragie interne 0,01-0,05%

Hémorragie extériorisée lors de l'IVG 0,1-4%

Embolie amniotique, embolie gazeuse

Méconnaissance d'une grossesse ectopique
ou d'une grossesse molaire



IVG face à la Loi

Contexte juridique

Le contexte juridique dans lequel notre patiente sera amenée à prendre sa décision est très précis, et il convient avant tout de vérifier si elle entre dans le contexte légal d'une éventuelle interruption de sa grossesse, à qui elle doit s'adresser, et tout ce qui régit un tel acte juridiquement. Le peuple suisse ayant voté récemment pour modifier le code pénal en vigueur sur cette question, il est bon de faire un tour d'horizon afin de bien comprendre les tenants et les aboutissants de cette nouvelle loi.

Situation actuelle jusqu'au 1.10.2002

En 1942, les articles 118 - 121 du code pénal entrent en vigueur. Dès le début, le but d'unifier la pratique de l'interruption de grossesse en Suisse a été manqué. Malgré l'interdiction, les avortements clandestins ont été nombreux en Suisse jusque dans les années 70 :

Art. 118 : Avortement commis par la mère

1. La personne enceinte qui, par son propre fait ou par celui d'un tiers, se sera fait avorter sera punie de l'emprisonnement.

2. L'action pénale se prescrit par deux ans.

Art. 119 : Avortement commis par un tiers

1. Celui qui, avec le consentement d'une personne enceinte, l'aura fait avorter, celui qui aura prêté assistance à une personne enceinte en vue de l'avortement, sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.

L'action pénale se prescrit par deux ans.

2. Celui qui, sans, le consentement d'une personne enceinte, l'aura fait avorter sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.

3. La peine sera la réclusion pour trois ans au moins, si le délinquant fait métier de l'avortement.

Art. 120 : Interruption non punissable de la grossesse

1. Il n'y a pas avortement au sens du présent code lorsque la grossesse aura été interrompue par un médecin diplômé, avec le consentement écrit de la personne enceinte et sur avis conforme d'un second médecin diplômé, en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.

L'avis conforme exigé à l'alinéa premier doit être donné par un médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de la personne enceinte et autorisé d'une façon générale

ou dans chaque cas particulier par l'autorité compétente du canton où enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération aura lieu.

Si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal devra être requis.

2. Les dispositions de l'article 34, chiffre 2, demeurent réservées pour autant que la grossesse est interrompue par un médecin diplômé et qu'il s'agit d'écarter un danger imminent, impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.

Dans ce cas, le médecin traitant doit, dans les vingt-quatre heures après l'opération, aviser l'autorité compétente du canton dans lequel l'opération a eu lieu.

Le médecin qui, ayant interrompu une grossesse conformément à l'article 120, chiffre 2, aura omis d'en aviser l'autorité compétente sera puni des arrêts ou de l'amende.

Quatre conditions doivent être remplies pour que l'article 120 soit applicable :

3. Si la grossesse a été interrompue à cause d'un autre état de détresse grave dans lequel se trouvait la personne enceinte, le juge pourra atténuer librement la peine (art. 66).
1. La grossesse doit être interrompue par un médecin diplômé
2. Le consentement écrit de la personne enceinte (ou de son représentant légal) est requis
4. Les dispositions de l'article 32 ne sont pas applicables
3. L'avis conforme d'un deuxième médecin diplômé est exigé
4. L'interruption de grossesse doit être pratiquée en vue d'écarter un danger imminent impossible à détourner autrement et menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.

Commentaire :

Cette loi est assez restrictive. Elle représente même une des lois les plus restrictives d'Europe, mais son application est assez libérale. Le problème de ce type de lois est qu'il incite à l'avortement clandestin, ce qui augmente considérablement les risques d'infection et autres complications liées à cette intervention.

Les cantons de Vaud et Genève ont décidé d'autoriser l'interruption de grossesse, selon les cinq indications ci-après :

1. *Motifs d'ordre médical* : c'est à dire en vue d'écarter un danger sérieux pour la personne enceinte
2. *Motifs d'ordre eugénique* : s'il existe pour l'enfant un danger sérieux de lésions psychiques ou physiques graves et durables.
3. *Acte de contrainte* : lorsque la grossesse résulte d'une infraction prévue par le code pénal (viol, etc...)
4. *Motifs d'ordre psychologique* : si pour quelque raison que ce soit, la femme n'est pas en mesure d'assumer sa grossesse et la mettrait dans une détresse psychologique grave
5. *Détresse sociale grave* : lorsqu'on peut prévoir avec une grande vraisemblance que la continuation de la grossesse jusqu'à son terme mettrait la personne enceinte dans un état de détresse sociale grave, impossible à détourner autrement

C'est l'interprétation du terme de santé qui diffère d'un canton à l'autre, ce qui entraîne des disparités. Les cantons peuvent être partagés en trois groupes :

1. *Les cantons dits libéraux* : Bâle-ville et Bâle-Campagne, Zurich, Berne, Genève, Vaud, Neuchâtel, Argovie et Tessin
 2. *Les cantons libéralisant progressivement l'accès à l'interruption de grossesse* : Soleure, Grisons, Glaris, Thurgovie, Schaffhouse, Fribourg, Appenzell et St-Gall
 3. *Les cantons restrictifs* : Lucerne, Jura, Schwyz, Zoug et Valais
- Et très restrictifs* : Uri, Obwald, Nidwald, où aucune IVG n'est pratiquée.

Pour les cantons dits libéraux, le terme de santé est pris dans son sens large, c'est-à-dire qu'ils utilisent la définition établie par l'OMS en 1946 :

« La santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, elle est un état de complet bien-être physique, mental, psychique et social. »

Les autres cantons la prennent dans un sens bien plus restreint, c'est-à-dire purement somatique, ce qui leur permet de limiter considérablement le recours à cette intervention, et ainsi de favoriser le tourisme de l'avortement vers d'autres cantons plus libéraux, et l'inégalité entre cantons.

Il faut aussi constater qu'il n'est aucunement fait mention du père dans ces articles, et que son droit juridique sur l'enfant jusqu'à la naissance est nul.

La clause de conscience:

Notons enfin que le législateur a prévu une clause de conscience pour le médecin. Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci, mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus. Bénéficient également de cette clause les établissements privés, les sages-femmes, infirmiers et autres auxiliaires médicaux. Par contre, les établissements publics sont tenus d'assurer un service d'IVG et actuellement, les chefs de service hospitalier de gynécologie-obstétrique ne bénéficient donc plus de cette clause.

Le régime des délais :

1. Le texte de loi :

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le rapport de la Commission des affaires juridiques du Conseil national du 19 mars 1981, vu l'avis du Conseil fédéral du 26 août 1992, *arrête:*

Le code pénal est modifié comme suit:

Art. 118 Interruption de grossesse, interruption de grossesse punissable :

1. Celui qui interrompt la grossesse d'une femme avec son consentement, ou encore l'instigue ou l'aide à interrompre sa grossesse sans que les conditions fixées à l'art. 119 soient remplies sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.
2. Celui qui interrompt la grossesse d'une femme sans son consentement sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.
3. La femme qui interrompt sa grossesse, la fait interrompre ou participe à l'interruption d'une quelconque façon après la douzième semaine suivant le début des dernières règles, sans que les conditions fixées à l'art. 119, al. 1, soient remplies, sera punie de l'emprisonnement ou de l'amende.
4. Les actions pénales visées aux al. 1 et 3 se prescrivent par deux ans.

Art. 119 Interruption de grossesse non punissable

1. L'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.
2. L'interruption de grossesse n'est pas non plus punissable si, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, elle est pratiquée au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles par un médecin habilité à exercer sa profession. Le médecin doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte et la conseiller.
3. Le consentement du représentant légal de la femme enceinte est requis si elle est incapable de discernement.
4. Le canton désigne les cabinets et les établissements hospitaliers qui remplissent les conditions nécessaires à la pratique de l'interruption de grossesse dans les règles de l'art et au conseil approfondi de la femme enceinte.

5. A des fins statistiques, toute interruption de grossesse doit être annoncée à l'autorité de santé publique compétente; l'anonymat de la femme concernée est garanti et le secret médical doit être respecté.

Art. 120 Contraventions commises par le médecin

1. Sera puni des arrêts ou de l'amende le médecin qui interrompt une grossesse en application de l'art. 119, al. 2, et omet avant l'intervention:

- a. d'exiger de la femme enceinte une requête écrite;
- b. de s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte, de la conseiller et de l'informer sur les risques médicaux de l'intervention ainsi que de lui remettre contre signature un dossier comportant:
 1. la liste des centres de consultation qui offrent gratuitement leurs services;
 2. une liste d'associations et organismes susceptibles de lui apporter une aide morale ou matérielle;
 3. des informations sur les possibilités de faire adopter l'enfant;

Art. 121 Abrogé

Modification du droit en vigueur

c. de s'assurer lui-même, si la femme enceinte a moins de seize ans, qu'elle s'est adressée à un centre de consultation spécialisé pour mineurs.

2. Sera puni de la même peine le médecin qui omet d'aviser l'autorité de santé publique compétente, conformément à l'art. 119, al. 5, de l'interruption de grossesse pratiquée.

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:

Art. 30 Interruption de grossesse non punissable :

En cas d'interruption de grossesse non punissable au sens de l'art. 119 du code pénal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

Commentaire :

Cette loi a ceci de nouveau qu'elle impose aux cantons de désigner des établissements hospitaliers qui pratiqueront l'intervention. Même les cantons réfractaires jusque là devront s'y soumettre, ce qui supprimera le tourisme inter cantonal de l'avortement. De plus, seules les mineures de moins de 16 ans sont tenues de consulter un centre de conseil, les autres femmes n'y étant envoyées à la recherche d'un conseil qu'en cas d'ambivalence nette au moment de la première consultation médicale. Durant les douze premières semaines, c'est l'état de détresse invoqué par la femme enceinte et elle seule qui détermine son droit à interrompre sa grossesse. C'est plus tard seulement qu'un avis médical est requis pour la pratique de l'intervention. Finalement, l'avortement est remboursé totalement par l'assurance maladie de la patiente. On remarque de plus qu'on n'invoque ici nullement la majorité de la personne en cause, mais uniquement sa capacité de discernement que le médecin mesure au moment de la première consultation. Si elle lui semble douteuse, il peut recourir à un psychiatre ou aux psychologues du planning familial pour conseiller la patiente et établir définitivement l'état de cette capacité. Les mineures de moins de seize ans sont obligatoirement soumises à passer par cette voie. La notion d'avis conforme disparaît.

2. Droit pénal et interruption de grossesse

On constate généralement que le nombre d'interruptions de grossesses est largement indépendant de la législation en vigueur. (**En Suisse, malgré une tendance plus libérale, les interruptions de grossesse ont diminué au cours des vingt dernières années.**). La femme considère donc la décision d'interrompre sa grossesse comme une affaire profondément personnelle touchant directement sa sphère privée. C'est un domaine qui échappe totalement à l'effet préventif du droit pénal. Une protection efficace de la vie prénatale ne peut être obtenue qu'avec le concours de la femme enceinte et non pas contre sa volonté. Si l'Etat se veut influent, il doit plutôt donner la priorité à des mesures sociales, comme l'éducation sexuelle, le planning familial, l'entretien de conseil, l'accompagnement et le soutien financier. En tenant compte de ces expériences, le peuple s'est prononcé pour un régime du délai, c'est-à-dire pour un concept qui limite le rôle du droit pénal au profit de mesures de protection plus efficaces telles que le conseil et l'assistance. La décision concernant une interruption de grossesse durant les 12 premières semaines est réservée à la femme concernée. En respectant sa décision, le régime du délai facilite à la femme l'accès à une consultation qui doit lui être offerte. Une telle reconnaissance juridique du droit de la femme à une décision autonome ne peut que renforcer sa responsabilité et sert ainsi (aussi) à protéger la vie prénatale.

3. Pourquoi renoncer à la consultation obligatoire

La loi a renoncé à rendre obligatoire la visite auprès d'un centre de consultation avant que l'interruption de grossesse soit autorisée. Par contre, elle garantit l'accès facultatif à des services de consultation qualifiés. De plus, il appartient au corps médical d'informer la patiente sur les conséquences possibles d'une IVG et de lui signaler les centres de consultation qui sont à sa disposition. Certains ont soutenu qu'inscrire une obligation de consulter dans la loi nuirait à la qualité de la consultation, la transformant en une mise sous tutelle, voire une brimade. Le simple fait de ne pas consulter un centre reconnu par l'Etat ne peut pas justifier des sanctions pénales. De telles sanctions contrediraient le principe de la proportionnalité.

4. Les avantages du régime du délai

Le régime du délai limite le rôle du droit pénal. L'un de ses objectifs est de garantir une égalité d'accès à l'interruption de grossesse dans des conditions de dignité, de respect de la décision de la personne enceinte qui soient aussi parfaites que possible. Et c'est là un des objectifs les plus souhaitables du droit.

Ce n'est ni principalement pour empêcher des avortements clandestins (d'ailleurs rares, par effet de l'assouplissement des conditions), ni parce que l'interruption serait plus dangereuse au-delà d'un certain délai que la solution préconisée propose la légalité de l'intervention durant les premières semaines de la grossesse.

Ce régime du délai vise d'abord à favoriser le rapprochement aussi parfait que possible d'une personne enceinte avec les structures de conseil, d'intervention et de soins médicalisés - quel que soit son état - sans faire peser sur cette personne une culpabilité pour un acte potentiellement criminalisable. L'expérience nous indique que toute interdiction de produits ou de services (ce qu'on appelle une prohibition) - que nous vivons d'ailleurs dans d'autres domaines de la santé - a des effets catastrophiques de différentes façons : la prohibition marginalise l'utilisateur ou le patient, elle marginalise le prestataire de soins et finalement marginalise les pratiques d'intervention, les contraignant à se faire dans des conditions qui ne sont pas optimales d'un point de vue sanitaire et médical entraînant ainsi des risques importants.

Le régime du délai limite donc le rôle du droit pénal. Il s'agit certes d'un repli de la politique criminelle, pleinement justifié par l'expérience des vingt dernières années en Suisse, et ailleurs dans le monde, mais d'un repli stratégique au profit d'une plus efficace et plus étendue intervention d'autres politiques d'information, de prévention, de conseil qui ne peuvent être que bénéfiques pour la santé communautaire en matière de fécondité, de maternité, d'éducation et de politique familiale.

Les avantages du régime du délai sont donc:

- Il prend acte de l'impossibilité pour la loi pénale de protéger inconditionnellement une vie intra-utérine en étroite dépendance avec la vie, la volonté et la santé de la personne enceinte. Il reconnaît une responsabilité individuelle à la personne enceinte.
- Ce régime garantit la légalité d'un acte thérapeutique à la seule condition qu'il soit accompli dans un délai admis médicalement.
- Il garantit un accès non offensant, non culpabilisant à l'acte médical souhaité.
- Ce régime garantit une égalité de traitement.
- Il réduit considérablement les marges d'interprétation.
- Il consacre une simple adaptation du droit à la réalité des pratiques quotidiennes de la majorité des cantons suisses.
- Il est eurocompatible.

Les opposants : l'initiative populaire fédérale « pour la mère et l'enfant »

Voici l'initiative qui fut rejetée par le peuple suisse le 2 juin dernier.

L'initiative avait la teneur suivante :

« La constitution fédérale est complétée comme suit:

Art. 4bis (nouveau)

1. La Confédération protège la vie de l'enfant à naître et édicte des directives sur l'aide nécessaire à apporter à sa mère dans la détresse.

2. La législation fédérale respecte ce qui suit: .

a. Quiconque cause la mort d'un enfant à naître ou y contribue de manière décisive est punissable, à moins que la continuation de la grossesse ne mette la, vie de la mère en danger et que ce danger, imminent et **de nature physique**, soit impossible à écarter d'une autre manière.

b. Toute forme de pression tendant à faire supprimer la vie d'un enfant à naître est inadmissible.

c. Si la grossesse est la conséquence d'un acte de violence, la mère peut, dès que la grossesse a été constatée, donner son accord, le seul nécessaire, à l'adoption de l'enfant.

d. Les cantons accordent l'aide nécessaire à la mère qui, en raison de sa grossesse, se trouve dans un état de détresse. Ils peuvent confier cette tâche à des institutions privées.

II.

Les dispositions transitoires de la constitution fédérale sont complétées comme suit :

Art. 24 (nouveau)

Jusqu'à ce qu'une nouvelle réglementation légale entre en vigueur, toutes les dispositions du Code pénal suisse (CP) qui prévoient l'interruption non punissable de la grossesse sont remplacées par la réglementation de l'article 4bis, 2e alinéa, lettre a, de la constitution fédérale. »

Commentaire :

On constate ici que si cette initiative avait été avalisée par le peuple, l'interruption non punissable de la grossesse aurait totalement disparu du code pénal, faisant place à une loi bien plus rigoureuse. De nombreuses personnalités ont lutté contre cette initiative, en particulier des personnes que nous avons rencontré dans les centres de planning familial et les idées (fausses et trompeuses selon eux) qu'elle véhiculait, représentaient un grand pas en arrière pour les droits de la femme à décider du sort de son corps. La définition de la santé au sens de l'OMS n'aurait plus été prise en compte pour la décision d'accepter une interruption de grossesse, et la situation en Suisse aurait été celle qui prévalait dans les cantons restrictifs. On aurait alors certainement vu exploser le tourisme abortif vers d'autres pays européens plus libéraux, et le nombre d'avortements clandestins, avec tous les risques que cela inclut pour la mère.

Proposition du PDC en cas d'échec de la loi des délais

Nous fondant sur l'art. 160, al. 1, de la Constitution et sur l'art. 21 bis de la loi sur les rapports entre les conseils, nous déposons l'initiative parlementaire suivante sous forme d'un projet rédigé.

Le code pénal (CP, RS 311.0) est modifié comme suit :

Le texte de cette initiative parlementaire change très peu de celui du code pénal résultant de l'acceptation par le peuple suisse de la loi des délais. Toutefois, la grande différence résulte dans l'Art. 119, 2,a qui stipule que toute femme doit voir un centre de consultation en matière de grossesse avant de pouvoir retourner voir son médecin et se soumettre à l'intervention, et ceci dans un délai de trois jours minimum après sa visite au centre. Le médecin est tenu de respecter ce délai par des conditions légales, et risque l'emprisonnement ou l'amende en cas de non-respect.

Art. 118 2. Interruption de grossesse. Interruption de grossesse punissable

1. Celui qui interrompt la grossesse d'une femme avec son consentement, ou encore l'instigue ou l'aide à interrompre sa grossesse sans que les conditions fixées à l'art. 119 soient remplies sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement. L'action pénale se prescrit par deux ans.

2. Celui qui interrompt la grossesse d'une femme sans son consentement sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.

3. La femme qui interrompt sa grossesse, la fait interrompre ou participe à l'interruption d'une quelconque façon après la douzième semaine suivant le début des dernières règles, sans que les conditions fixées à l'art. 119 soient remplies, sera punie de l'emprisonnement ou de l'amende.

Art. 119 Interruption de grossesse non punissable

1. L'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.
2. L'interruption de grossesse dans les douze semaines suivant le début des dernières règles n'est pas non plus punissable si :
 - a. **la femme enceinte qui demande l'interruption de grossesse prouve au médecin, sur la base d'une attestation, qu'elle a été conseillée dans un centre de consultation reconnu par l'Etat au sens de l'art. 1 de la loi fédérale du 9 octobre 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse au moins trois jours avant l'intervention, et si**

L'action pénale se prescrit par deux ans.

Le médecin qui interrompt la grossesse d'une femme ou qui participe à une interruption de grossesse dans les douze semaines suivant le début de ses dernières règles sans avoir exigé l'attestation prévue à l'art. 119, ch. 2, let. a, ou sans avoir laissé passer le délai de trois jours après la consultation, est puni de l'emprisonnement ou d'une amende.

b. l'intervention est pratiquée par un médecin patenté.

3. Le consentement du représentant légal de la femme enceinte est requis si elle est incapable de discernement.

4. A des fins statistiques, toute interruption de grossesse doit être annoncée à l'autorité de santé publique compétente; l'anonymat de la femme concernée est garanti et le secret médical doit être respecté.

Art. 120 Consultation obligatoire. Infractions

Article 121 Abrogé

Commentaire :

Le PDC est donc favorable à un juste milieu entre le droit des femmes à se déterminer elles-mêmes et la protection de la vie prénatale. Ce juste milieu lui semble assuré par un modèle de protection avec consultation obligatoire. La consultation doit être effectuée par un centre de consultation reconnu par l'Etat et aller au-delà d'une simple consultation médicale. Le modèle de protection avec consultation prévoit que les femmes soient autorisées à interrompre une grossesse non désirée pendant les douze premières semaines, à condition d'avoir été soigneusement conseillées et suivies par un centre de consultation reconnu par l'Etat. Le modèle proposé ici garantit la protection de la vie prénatale par l'Etat. Grâce à la consultation, les femmes ayant une grossesse non-désirée ne sont pas abandonnées à leur situation difficile; on les

aide, au contraire, à prendre une décision en leur fournissant des conseils et une assistance pratique.

Centres de consultation en matière de grossesse

Nous explorons ici quelques-unes des lois régissant le développement de toutes les aides dont peut bénéficier notre patiente. En 1981, la confédération fait entrer dans le code pénal l'obligation pour les cantons de créer des centres où les femmes peuvent gratuitement recevoir de l'information et des consultations pendant leur grossesse. Notons, selon l'article 2, que tous les collaborateurs de ces centres sont soumis au secret.

Loi fédérale 857.5

sur les centres de consultation en matière de grossesse du 9 octobre 1981

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu les articles 34quinquies et 64bis de la constitution fédérale;
vu le rapport de la commission du Conseil national du 27 août 1979 et l'avis du Conseil fédéral du 29 septembre 1980 sur les initiatives parlementaires et initiatives cantonales sur l'interruption de la grossesse,
arrête:

Article premier Centres de consultation

1 En cas de grossesse, les personnes directement intéressées ont droit à des consultations gratuites et à une aide.

2 Elles seront informées de l'assistance privée et publique sur laquelle elles peuvent compter pour mener la grossesse à terme, sur les conséquences médicales d'une interruption et sur la prévention de la grossesse.

3 Les cantons instituent des centres de consultation pour tous les problèmes relatifs à la grossesse. Ils peuvent en créer en commun, reconnaître ceux qui existent déjà et faire appel à des organismes privés pour en assurer l'aménagement et le fonctionnement.

4 Les centres de consultation doivent disposer de collaborateurs et de ressources financières qui leur permettent d'accorder sans retard les consultations gratuites et l'aide nécessaire aux personnes intéressées.

Art. 2 Secret de fonction et secret professionnel

1. Les collaborateurs des centres de consultation et les tiers dont les services ont été

requis sont tenus au secret conformément à l'article 320 ou à l'article 321 du code pénal suisse. L'article 321, chiffre 3, du code pénal suisse (obligation de renseigner et de témoigner en justice) n'est pas applicable.

2. Si quelqu'un obtient des avantages financiers en donnant de fausses indications ou en recourant à des manœuvres frauduleuses, l'obligation de garder le secret sur ces faits est levée.

Les articles suivants régissent plus concrètement l'organisation de ces centres. Ce sont les cantons individuellement qui sont chargés de leur création et de leur surveillance, sous l'œil averti de l'office fédéral qui s'assure chaque année du développement et du maintien de ces établissements.

Ordonnance 857.51

concernant les centres de consultation

en matière de grossesse

du 12 décembre 1983

Le Conseil fédéral suisse,

vu l'article 3 de la loi fédérale du 9 octobre 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse,

arrête:

Article premier **Organisation**

1. Les cantons organisent les centres de consultation en matière de grossesse (dénommés ci-après «les centres») prescrits par la loi.
2. Ils règlent la reconnaissance des centres existants et nouveaux, leur financement et **leur surveillance. Ils désignent les autorités compétentes.**
3. Ils peuvent confier aux centres des tâches analogues à celle des centres d'information sexuelle, de consultation conjugale et familiale, et vice versa.

Art. 2 **Publication**

1. Les cantons publient sans retard toute reconnaissance et, à la fin de chaque année, une liste des centres reconnus, indiquant l'adresse, le numéro de téléphone ainsi que les heures de consultation.
2. Ils communiquent cette liste à l'Office fédéral des assurances sociales (dénommé ci-après «l'Office fédéral»).
3. L'Office fédéral publie une fois l'an le répertoire complet des centres reconnus. Il le remet à titre gracieux aux centres, aux autorités cantonales compétentes et, sur demande, à d'autres intéressés.

Art. 3 **Information des autorités fédérales**

Les cantons communiquent en outre à l'Office fédéral:

- a. Leurs dispositions légales sur les centres;
- b. Tout refus de reconnaissance;
- c. A la fin de chaque année, l'organisation interne, en particulier la composition de l'équipe de spécialistes, de tout centre reconnu, et un rapport d'activité.

Voyons maintenant plus proche de notre patiente ce qui a été mis en place au niveau du canton de Genève.

Au niveau du Canton de Genève

Loi concernant le centre d'information familiale et de régulation des naissances du 9 janvier 1965

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève décrète ce qui suit:

Art. 1 **Dénomination**

Un centre d'information familiale et de régulation des naissances (ci-après centre) est créé auprès du département de l'action sociale et de la santé (ci-après département).

Art. 2 But

Le centre a pour but d'informer le public de toutes les questions médicales, sociales et psychologiques concernant la conception et la naissance, ainsi que de celles se rapportant au développement de la famille.

Art. 3 Respect des consciences et des convictions

Le centre exerce son activité dans le respect des consciences et des convictions, notamment religieuses, de la population.

Art. 4 Responsabilité

Le centre est placé sous la responsabilité du département.

Art. 5 Commission consultative

1. Il est adjoint au département une commission consultative dite « commission du centre d'information familiale et de régulation des naissances ».

2. En font partie de droit:

a) le conseiller d'Etat chargé ou département auquel ressortit l'action sociale et la santé(ou son représentant)

b) un représentant du département auquel ressortit l'instruction publique

c) le chef de la polyclinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique

3. Sont nommés par le Conseil d'Etat, pour 4 ans:

a) 1 gynécologue;

b) 1 psychologue;

c) 1 pharmacien;

d) 1 assistant social;

e) 2 représentants d'associations familiales;

f) 1 représentant du service de santé de la jeunesse;

g) 1 représentant laïque de chacune des 2 confessions principales

4. La commission peut convier à ses séances des personnes susceptibles de la renseigner sur un objet spécial

5. Les membres de la commission reçoivent une indemnité.

Art. 6 Président de la commission

La commission est présidée par le conseiller d'Etat chargé du département auquel ressortit l'action sociale et la santé. Il est assisté d'un vice-président et d'un secrétaire, élus par la commission.

Art. 7 Compétences de la commission

1. La commission connaît, à titre consultatif, de toutes les affaires intéressant l'activité du centre. Elle en est saisie par les départements, par la direction du centre, par l'un de ses propres membres ou par des particuliers.

2. Elle est notamment chargée d'examiner toutes les questions relatives à l'exécution de la présente loi et de son règlement d'exécution.

3. Elle transmet ses préavis au département dont elle relève.

Art. 8 Directeur et personnel

Le Conseil d'Etat nomme le directeur du centre ainsi que le personnel.

Art. 9 Secret

Le directeur du centre, le personnel et la commission consultative sont tenus de garder le secret.

Art. 10 Règlement d'exécution

Le Conseil d'Etat édicte le règlement d'exécution de la présente loi. Ce règlement détermine notamment le fonctionnement et le champ d'activité du centre.

Règlement d'exécution de la loi concernant la création d'un centre d'information familiale et de régulation des naissances

du 26 mars 1965

(Entrée en vigueur: 31 mars 1965)

Le CONSEIL D'ETAT de la République et canton de Genève,
vu l'article 10 de la loi du 9 janvier 1965 concernant la création d'un centre d'information familiale et de régulation des naissances, arrête:

Art. 1 Personnes dont s'occupe le centre

1. Le centre s'occupe individuellement:

- a) de toutes les accouchées et opérées à la maternité déjà vues par service social de cet établissement qui désirent être suivies et conseillées plus longtemps;
- b) de toutes les personnes désirant être informées des problèmes concernant la régulation des naissances ou d'autres questions ayant trait au développement de la famille, qu'elles soient envoyées notamment par les policliniques, par des médecins de la ville, par des institutions s'occupant de problèmes familiaux ou qu'elles viennent de leur propre chef.

2 Si une personne le désire, elle n'est pas tenue de décliner son identité.

Art. 2 Information

Les personnes consultant le centre sont informées des problèmes familiaux qui les préoccupent. Si elles le désirent, elles sont orientées sur toutes les méthodes de régulation des naissances; elles peuvent choisir librement celle qu'elles veulent suivre, selon leurs convictions.

Art. 3 Méthodes

- 1. Le centre conseille lui-même les personnes désirant utiliser une méthode naturelle de régulation des naissances (modalités du cycle féminin, période de l'ovulation, périodes fécondes et infécondes).
- 2. Lorsqu'il s'agit de placer un appareil contraceptif ou de prescrire un médicament, les personnes sont envoyées soit chez leur médecin personnel, soit, si elles répondent aux conditions d'admission, à la policlinique de gynécologie et d'obstétrique,

Art. 4 Autres problèmes

Si le problème posé n'est pas entièrement de la compétence du centre, un rendez-vous est pris, en accord avec les intéressés, auprès d'une autre institution telle que, par exemple, le centre psychosocial, le Centre d'hygiène sociale de la Croix-Rouge, Aide et conseils aux futures mères, le

Centre social protestant, Caritas, l'Ecole des parents, les offices de consultations conjugales, les dispensaires,

Art. 5 Conférences et publications

Le centre s'efforce de réaliser une action éducative et organise à cet effet des cours et des conférences, il tient à la disposition des intéressés un service de publications et contribue à l'édition de textes se rapportant aux buts qu'il vise.

Art. 6 Indemnité

Il est alloué une indemnité, dont le montant est fixé par le Conseil d'Etat, aux membres de la commission du centre d'information familiale et de régulation des naissances.

En ce qui concerne les médecins, voici ce que dit la loi sur le(s) médecin(s) que notre patiente devra consulter, ce qu'elle devra lui(leur) apporter comme documents, et quelles démarches exactes elle devra suivre si elle décide de mettre un terme à sa grossesse. Ci-dessous la loi régissant les médecins aptes à donner l'avis conforme (abolie dès le 1.10.2002).

Règlement d'exécution de l'article 13, lettre h, de la loi d'application du code pénal et de la loi fédérale sur le droit pénal administratif

du 12 décembre 1953

(Entrée en vigueur: 1er janvier 1954)

Le CONSEIL D'ETAT de la République et canton de Genève,

vu l'article 13, lettre h, de la loi d'application du code pénal et de la loi fédérale sur le droit pénal administratif, du 14 mars 1975,(10 arrête:

Art. 1 Autorité compétente pour recevoir les avis prévus par le chiffre 2, alinéa 2, de l'article 120 CPS

La sous-commission médicale de la commission de surveillance des professions de la santé (appelée ci-après « sous-commission médicale »), soit pour elle le médecin cantonal, est l'autorité compétente pour recevoir les avis prévus par le chiffre 2, alinéa 2, de l'article 120 du code pénal.

Art. 2 Médecins autorisés

1 Le Conseil d'Etat désigne les médecins autorisés à donner l'avis conforme prévu par l'article 120, chiffre 1, alinéa 2, du code pénal (appelés ci-après « médecins autorisés »)

2 La durée de leur mandat est de quatre ans; elle peut être renouvelée de quatre en quatre ans

Art. 3 Collège des médecins autorisés

1. Les médecins autorisés se constituent en collège; celui-ci désigne parmi ses membres, pour quatre ans, un bureau comprenant un président, un vice-président et un secrétaire.

2. Le collège assure les relations nécessaires entre les médecins autorisés. Il prend les mesures (notamment conférences plénières périodiques) propres à garantir, dans l'octroi des avis conformes, une unité de doctrine conforme à l'article 120 du code pénal. Il présente à la sous-commission médicale, soit pour elle au médecin cantonal, tous les trois mois, un rapport sur son activité ainsi que sur le nombre des avis conformes accordés ou refusés par chacun des médecins autorisés, avec indication du domicile et de l'origine des personnes examinées.

3. Les fonctions de membre du collège et de son bureau sont gratuites.

Art. 4 Renseignements devant être fournis au président du collège

Les médecins autorisés fournissent au président du collège prévu par l'article 3 tous renseignements demandés par celui-ci sur les avis conformes qu'ils ont accordés ou refusés. Ils lui indiquent, tous les trois mois, le nombre des avis conformes qu'ils ont accordés ou refusés, avec indication du domicile et de l'origine des personnes examinées.

Art. 5 Empêchement

Les médecins autorisés nommés comme experts pour les affections relevant d'une branche déterminée de la médecine prennent leurs dispositions en commun en vue d'assurer la permanence du service en cas d'empêchement. S'il y a impossibilité, le département de l'action sociale et de la santé doit en être avisé immédiatement; il désigne un remplaçant pour une période limitée.

Art. 6 Documents devant être remis au médecin autorisé

1 Le médecin autorisé auquel un médecin ou sa patiente propose l'interruption de la grossesse doit se faire remettre à l'appui:

a) Un certificat médical motivé ainsi que les documents nécessaires pour établir le consentement écrit de la personne enceinte et, le cas échéant, celui de son représentant légal si elle est incapable de discernement

b) les documents nécessaires pour établir l'identité, la nationalité et le domicile de la personne enceinte et, le cas échéant, de son représentant légal (par exemple passeport, permis de séjour ou d'établissement, carte d'identité);

Art.7 Examen de la personne enceinte par le médecin autorisé

Le médecin autorisé procède à un examen personnel de la personne enceinte. Il prend toute mesure opportune lui permettant d'établir son rapport.

Art. 8 Rapport du médecin autorisé

1. Le médecin autorisé motive sa décision de donner l'avis conforme ou de le refuser par un rapport personnel après avoir demandé au médecin qui a établi le certificat de base tous renseignements complémentaires qu'il juge utiles, notamment sur les circonstances dans lesquelles ce médecin a été amené à examiner la personne enceinte, sur la durée de l'observation clinique, sur les traitements suivis et leurs résultats. Il indique dans son rapport, renseignements pris, si la personne enceinte s'est déjà adressée sans succès à un autre médecin autorisé et, si tel est le cas, ne statue pas sans avoir consulté ce médecin. Il certifie qu'il a reçu les documents mentionnés par l'article 6, alinéa 1, lettres a et b.

2. Le médecin autorisé conserve pendant cinq ans un double de ces avis conformes ou non conformes.

3. En cas de cessation du mandat du médecin autorisé, notamment en cas de décès de celui-ci, les doubles des avis conformes ou non conformes délivrés depuis moins de 5 ans doivent être remis au secrétaire du collège des médecins autorisés.

Art.9 Interruption de la grossesse sollicitée en raison de plusieurs affections; affections concurrentes

1. Lorsque l'interruption de la grossesse est sollicitée en raison de plusieurs affections dont aucune n'est, à elle seule, déterminante, le médecin autorisé consulté en premier lieu prend l'avis du ou des médecins autorisés compétents et la décision est, au besoin, prise en commun.

2. La même règle est suivie si une ou des affections concurrentes sont décelées en cours d'examen.

Art.10 Affection pour laquelle le médecin autorisé n'est pas spécialisé

Lorsque le médecin autorisé constate une affection pour laquelle il n'est pas spécialisé, il doit se récuser et désigner à la personne enceinte le spécialiste compétent.

Art. 11 Propres malades du médecin autorisé

Le médecin autorisé ne peut accorder l'avis conforme à ses propres malades.

Art. 12 Documents remis par le médecin autorisé

1 Le médecin autorisé remet au médecin qui a proposé l'interruption de la grossesse (ou de la personne enceinte qui l'a demandée directement), pour transmission au médecin chargé d'interrompre la grossesse, son rapport motivé (avis conforme) avec les annexes ci-après:

a) documents nécessaires pour établir le consentement écrit de la personne enceinte et, le cas échéant, de son représentant légal;

b) documents établissant l'identité, la nationalité et le domicile de la personne enceinte et, le cas échéant, de son représentant légal (par exemple passeport, permis de séjour ou d'établissement, carte d'identité).

2 Le médecin chargé de l'interruption de la grossesse ne peut procéder à cette intervention que s'il est en possession d'un avis conforme et des annexes mentionnées au premier alinéa. Il doit conserver pendant cinq ans l'avis conforme et les documents nécessaires pour établir le consentement écrit de la personne enceinte et, le cas échéant, de son représentant légal.

Art. 13 Avis non conforme

Si le médecin autorisé refuse l'avis conforme, il en informe le médecin qui a proposé l'interruption de la grossesse (ou la personne enceinte qui l'a demandée directement).

Art. 14 Clause abrogatoire

L'arrêté du Conseil d'Etat du 26 décembre 1941 et le règlement du département du travail, de l'hygiène et de l'assistance publique du 27 janvier 1942, relatifs à l'application de l'article 120 du code pénal, sont abrogés.

Art. 15 Entrée en vigueur; application

Le présent règlement entre en vigueur le 1er janvier 1954. Le département de l'action sociale et de la santé est chargé de son exécution, notamment en ce qui concerne les instructions à donner aux médecins autorisés.

Conclusion légale

Le contexte juridique dans lequel notre patiente est amenée à prendre sa décision s'est donc bien simplifié durant ces vingt dernières années. On privilégie la femme et son droit à faire le choix qui lui semble bon pour sa santé en général, en diminuant les pressions légales qui pèsent sur elle.

De plus, contrairement à ce qu'on pourrait croire avec la libéralisation des lois, le nombre d'avortements est actuellement en diminution, ce qui prouve que la répression n'est pas la bonne solution à ce problème, mais que l'ouverture du dialogue, le développement d'une prévention à

large échelle, le soutien des femmes et le réseau social qui les entoure font un travail efficace, remarquable, et qui porte ses fruits.

Ethique de l'IVG

L'avortement est un problème qui pose de nombreux problèmes éthiques notamment par rapport au droit à la vie. 2 questions se posent alors : Comment-on un meurtre en pratiquant un IVG ? Doit on uniquement se focaliser sur la futur vie ou bien devons nous prendre aussi en considération la mère ? une chose est sûr : avec ces pratiques on prive à un être potentiel de naître et donc de vivre. Nombreux sont les avis sur la question on peut cependant essayer de décrire les opinions. Nous pouvons décrire deux extrêmes : d'un coté il y a les personnes qui considère que dès la fécondation la vie est présente et il y a crime autant que pour une personne vivante, dans une autre extrême on trouve les personnes qui pensent que la vie commence à la naissance lors de la première respiration. A l'intérieur de ces limites nous trouvons tous les courants et opinions.

Arguments Contre l'avortement

- la vie est sacrée, un fœtus est un être humain à part entière et l'avorter c'est commettre un meurtre
- beaucoup de femmes considèrent l'avortement comme une facilité, elles avortent même pour certaines plusieurs fois de suite, et continuent de faire l'amour sans précaution et surtout sans vision fidèle et maritale du couple.
- avec l'avortement facile, les gens ne sont pas responsables de leur vie et de celle des autres
- la régression sous hypnose démontre que le fœtus est un être vivant (bientôt un lien hypertexte vers plus d'informations sur ce qu'est la 'régression sous hypnose')

Pour l'avortement

Arguments Pour l'avortement

- L'embryon n'est pas un "autre", donc on ne peut parler d'homicide quand on parle d'avortement
- pour ne pas avoir à aller à l'étranger pour avorter
- une petite erreur (oubli de la pilule, préservatif percé, etc.) ne doit pas créer de si terribles conséquences pour le reste de la vie, alors qu'on peut les éviter
- mieux vaut avorter plutôt qu'avoir un enfant non désiré, avec toutes les conséquences possibles (DDASS, problèmes psychologiques de l'enfant, etc.)
- le droit de ne pas naître : quand on décèle une malformation ou une maladie grave, l'avortement thérapeutique est tout à fait souhaitable
- l'embryon n'est pas une "vie indépendante". Il ne peut se développer que dans et par le corps de la femme
- L'interdiction de l'avortement signifie une contrainte à la maternité. Elle viole toute une série de droits de la femme et porte atteinte à l'essence même de ses libertés fondamentales
- pour les femmes violées, qui préfèrent mourir plutôt que de sentir grandir le fruit du mal en elles.
- L'interdiction de l'avortement n'est pas un moyen adéquat de protection de la vie. Au contraire, des lois rigoureuses poussent les femmes dans l'illégalité, où elles risquent leur vie et leur santé.

Voyons maintenant ce que pense les religions :

1. judaïsme : les sources talmudiques ne donnent pas d'indications claires en la matière. Cependant il est communément admis dans la communauté juive que le fœtus est considéré

comme un être vivant quand il est formé, c'est-à-dire à partir de 41 jours. L'avortement avant 41 jours n'est donc pas condamné, après si. D'autre part, si la vie d'une femme est mise en danger par la grossesse ou l'accouchement, il est permis d'attenter à l'enfant qu'elle porte.

2. Catholicisme : Affirmée par le concile de Vienne en 1312, la doctrine de la conception hylomorphe de la nature humaine ne laissait aucune possibilité de considérer l'avortement dans les trois premiers mois comme un crime. On ne peut tuer ce qui n'a pas d'âme individuelle. Il est non moins étrange de voir combien les doctrines des papes se sont opposées, contredites, combattues sur ce point ex-cathedra et en matière de Foi. Par exemple en 1588, le pape Sixte-Quint publie la bulle *Effraenatum* affirmant que tous les avortements sont des crimes méritant l'excommunication, que tous les adultères méritent la pendaison. Ce fut le signal d'une épouvantable tuerie, les partisans de l'animation médiante sont frappés d'anathème, Rome a parlé, la cause est jugée. La simple cessation de grossesse même involontaire est punie, et l'on pend, l'on brûle dans toute la chrétienté. Trois ans après, le pape Grégoire XIV monte sur le trône pontifical et annule les dispositions de son prédécesseur. Ce sont les adversaires de l'animation médiante qui sont excommuniés. Rome a parlé dans l'autre sens. Nous livrons cet exemple à nos farouches intégristes qui, pour employer une formule du Père Hyacinthe Loyson, "mettent leur Foi dans la pantoufle du pape ". Pour en revenir à la position de l'Eglise, on peut distinguer trois courants :
- l'un s'inspirant de Saint Basile pensant que l'âme est unie au corps à la conception;
 - le second se rattachant à Saint Augustin pensant que l'âme est unie au corps à la première respiration;
 - le troisième pensant que l'âme est unie au corps à la moitié de la grossesse et se référant à Saint Thomas d'Aquin.

La Bible

Devant des positions très différentes dans l'Eglise, le chrétien possède le recours à la Bible. Celle-ci ne prévoit que l'avortement accidentel, deux hommes se querellant et heurtant une femme enceinte (Exode 22,22). Une simple amende est prévue pour indemniser le père. Cette disposition n'est d'ailleurs qu'une redite du code d'Hammourabi (Chaldée), 2000 ans avant Jésus-Christ. Un avortement est pourtant prévu (Nombres 5) par les "eaux amères", que sur la demande d'un mari jaloux les sacrificateurs peuvent faire boire à la femme accusée. Si elle a eu des relations sexuelles avec un autre homme les eaux amères feront "dessécher son ventre", si elle n'a eu des relations qu'avec son mari les eaux amères seront sans effet : "Elle sera quitte et aura des enfants". Il ne semble donc pas qu'il y ait dans la pensée biblique l'idée d'un meurtre dans l'avortement. Dans un livre paru chez Casterman, le docteur Jean Dalsace écrit : "Dans l'Ancien Testament aucune disposition ne se rapporte à l'avortement pratiqué volontairement. Le fœtus est considéré comme faisant partie de la mère; le supprimer dans le sein maternel est passible d'une simple amende" (L'Avortement p.19). Une telle attitude pourrait surprendre ceux qui connaissent mal la société antique. Parmi tous les peuples qui entourent Israël l'individualité de l'être humain n'apparaît qu'à la naissance. Même les sages de la Grèce antique considèrent l'avortement comme une pratique normale. Aristote conseille de limiter les naissances, Platon souhaite l'avortement obligatoire des femmes de plus de 40 ans, Socrate écrit que "le rôle des sages-femmes est de faciliter l'avortement quand la mère le souhaite".

Les Temps Modernes

Il est à noter que de 1591 à 1869 l'Eglise Romaine enseigna comme "de Foi" que la théorie de l'animation médiante était la seule valable. Puis le Pape Pie IX revint aux positions du Pape Sixte-Quint supprimant la distinction entre l'avortement dans les premiers mois de la

grossesse et l'avortement dans les derniers. En devenant "infaillible" il ramenait l'origine de l'âme individuelle à la première seconde où le spermatozoïde perfore l'ovule.

D'où deux conséquences: excommunication de tout avortement et baptême du fœtus dès que possible en cas de danger (code de droit canonique - canon 747 - 1917).

Cette théorie de l'animation immédiate du Pape Pie IX, opposée à ce que l'Eglise avait cru jusqu'ici, sera maintenue par l'Eglise Romaine. En 1968, Paul VI, dans l'encyclique *humanae vitae* affirme que tout avortement est "absolument à exclure", "même pour des raisons thérapeutiques".

Notre Position

D'abord nous tenons à dire qu'aucune position en matière du moment de l'origine de l'âme ne saurait être un dogme de foi catholique. "Est catholique, enseigne Saint Vincent de Lérins, ce qui a été cru toujours, partout et par tous". Aucune des théories exposées avant ne répond à ce critère. "Dans les choses douteuses la liberté," disait Saint Augustin. Mais comment définir la ligne très fluctuante de l'équilibre et du bon sens ? Par principe et au nom du respect de la vie une Eglise ne peut encourager l'interruption volontaire de grossesse. Un chrétien ne peut banaliser ce problème et absoudre à l'avance les consciences. L'avortement ne saurait être une solution de facilité, car le fœtus ne peut être considéré comme un objet encombrant dont il est facile de se débarrasser. Ceci étant dit, certaines situations doivent nous faire réfléchir:

- femme enceinte après un viol
- certitude de mettre au monde un enfant anormal
- adolescente immature et irresponsable se trouvant enceinte
- situation sociale et professionnelle dramatique, etc.

Bien évidemment chaque cas est particulier, et l'avortement ne peut être la solution systématique. Il appartient à la conscience de chacun, aidée des conseils du médecin, du prêtre, de l'assistante sociale, de trouver les solutions permettant d'envisager raisonnablement la venue au monde de l'enfant.

3. Islam : Par Docteur Abdallah

L'interruption volontaire de grossesse, que vous appelez avortement, serait contraire à l'islam. J'aimerais bien savoir d'où vous vient cette conviction ? Pour résumer, les avis des savants sur le sujet semblent assez divergents. Chaque époux a un droit de veto sur la contraception dans la mesure où il (ou elle) s'est marié(e) notamment pour avoir des enfants (voir les buts du mariage), l'autre membre du couple n'a pas le droit de décider unilatéralement de ne pas en avoir ou de temporiser. Il doit donc y avoir unanimité au sein du couple pour que tentative de contrôle des naissances il y ait. En dehors des problèmes médicaux naturellement. Certains savants (hanéfites) qui vont le plus loin dans le domaine rappellent que l'embryon n'est pas un être humain tant qu'Allah n'a pas insufflé son âme et déterminé son destin et ils autorisent donc l'interruption volontaire de grossesse jusqu'au cent vingtième jour (fin du quatrième mois, début de la vingtième semaine d'aménorrhée) après la fécondation en se basant sur le hadith suivant : Hadith N°4 des quarante Hadiths de Nawawi : « Certes, chacun de vous, lorsqu'il est créé dans le sein de sa mère est d'abord pendant quarante jours une gouttelette, puis devient du sang coagulé pendant une semblable durée de temps, puis enfin durant un même laps de temps, devient comme une bouchée de chair, là-dessus, l'ange lui est envoyé, qui insuffle l'âme, et il est ordonné à celui-ci d'accomplir quatre commandements, à savoir d'inscrire : les moyens de vivre (du nouvel être), le terme de son existence, ses actions, enfin, son infortune, ou son bonheur futur. »

Cette autorisation va au delà de la législation française qui autorise l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à la quatorzième semaine d'aménorrhée. (suisse 12 semaines). La question que vous vous posez (pourquoi la majorité pense que l'IVG est interdite) trouve son origine dans le fait qu'on associe généralement ce geste chirurgical à l'interruption d'une Vie. En d'autres termes ce serait assimilable à un 'meurtre' dans la conscience collective. Ceci n'est nullement spécifique aux musulmans et on retrouve cette association/conception chez bien d'autres. Ne tuez qu'en toute justice la vie qu'Allah a fait sacrée. (droit de tuer donc !!!) Maintenant comment ou dans quel cadre fut interdit cette IVG ? revoyons le commandement « Ne tuez pas vos enfants pour cause de pauvreté. Nous vous nourrissons tout comme eux » C'est justement ce point là, les conditions dans lesquelles l'IVG serait 'licite' ou justifiée pour lequel je suis légèrement en désaccord avec le compte rendu que vous avez fait. Car il apparaît (si cette lecture du verset est valable) qu'au lieu de parler de conditions ou raisons pour lesquelles une IVG serait permise il faudrait plutôt parler de l'unique condition pour laquelle elle serait interdite : La pauvreté.

Dans ce cadre il y'a aussi deux possibilités : soit on considère l'ACTE de respiration fait par la première fois par le nouveau né : ce qui revient à étaler la période de permission d'IVG jusqu'à la naissance (première bouffée d'oxygène). Soit se concentrer sur la CAPACITE de respiration et son développement. Dans ce cas c'est aux médecins de déterminer à partir de quel age le système respiratoire de l'enfant (intra-utérin) est fonctionnel ou viable.

Docteur Abdallah Homme de science,
conférencier et consultant du site www.Oumma.com

Ce qu'il faut retenir : il y a de nombreuses variations d'opinion inter et intra religieux. Certains bords plus laxistes toléreront la contraception voire l'ivg sous certaines conditions alors d'autres bords plus intégristes seront formellement opposés à toute intervention.

Lien entre l'IVG et les problèmes psychiques

En général, l'interruption de grossesse apporte plus d'effets positifs que négatifs. Seul un petit pourcentage de femmes souffre de problèmes psychologiques sérieux. Néanmoins ce pourcentage n'est pas plus élevé qu'après un accouchement normal ou dans la population en général. De plus, la plupart des femmes souffraient déjà de troubles psychologiques avant l'IVG et appartenaient à la catégorie qui avait subi un plus grand pourcentage de viols, d'abus sexuels, de violences dans leur enfance etc..

Voici quelques études :

Une étude aux USA (menée par N.F.Russo) sur 2525 femmes a trouvé plus de symptômes de dépression chez les femmes ayant subi une IVG mais on a également constaté que ces femmes étaient plus nombreuses à avoir subi :

- le viol
- des maltraitances physiques dans l'enfance
- un abus sexuel dans l'enfance
- plus de violences de la part du partenaire

Une autres étude a Heidelberg (menée par W.Banett) sur 117 femmes e révèle que 1 an après l'IVG :

- 79% des femmes ne présentaient pas de caractéristiques particulières
- 14% des femmes n'avaient pas encore récupéré leur équilibre psychique
- 7% des femmes se trouvaient perturbées

au total 21% des femmes avaient été plus dépressives que les autres femmes mais :

- elles appartenait a la couche plus défavorable de la population
- elles avaient plus de problèmes financiers
- elles avaient une mauvaise relation avec le partenaire

Une étude en Angleterre (menée par A.C. Gilchrist) sur 13000 femmes dont 6410 ont eu une IVG et 6841 ont mené leur grossesse a terme a montre qu'il n'y avait pas plus de problèmes psychiques chez les femmes ayant eu une IVG.

Une étude a l' HUG a observé les femmes 6 mois après une IVG. 11% des femmes ressentaient encore des perturbations psychiques mais ceci correspond a un pourcentage normal dans la population en général.

Conclusion : on n'a **pas** trouvé **de relation** de cause a effet entre l'IVG et le mal - être psychique. On pourrait conclure qu'il n'y a corrélation directe entre l'IVG et une mauvaise santé psychique.

Profil psychologique de la femme après une IVG

Regard face a l'IVG:

Plusieurs catégories de femmes, qui considèrent l'IVG de manière différente :

- fait banal
- oubli avec le temps
- reniement du passe
- marque indélébile

La charge psychique pour les femmes est la plus lourde avant l'IVG.

Tout de suite après l'IVG c'est le sentiment de **soulagement** qui prévaut. Une minorité des femmes (14-30%) ont un sentiment de tristesse, de regrets ou de culpabilité. Le plus souvent, ils sont faibles et passagers. Comme dit le psychiatre Wenderlein : «...une réaction dépressive est une réaction normale qui ne peut être notée comme pathologique que si elle est durable et profonde ».

Seules 4-10% de femmes ont des problèmes psychiques sérieux (anxiété, dépression, fort sentiment de culpabilité qui dure...) Souvent, elles étaient déjà en traitement psychiatrique avant l'IVG et donc les troubles psychiques n'étaient pas la conséquence de l'IVG.

Jugement sur l'avortement et le sentiment de culpabilité

Le sentiment de culpabilité dépend en grande majorité des facteurs suivants :

- de la nationalité, c'est à dire de l'image sociale de l'avortement ou du climat culturel
- de l'état civil de la femme : si elle est mariée le sentiment de culpabilité est moindre

Importance subjective de l'avortement selon la nationalité et l'état civil

L'avortement représente-t-il dans votre vie:	Europe du Nord	Suisse	France	Italie et Espagne	Total
<i>Célibataires</i>					
Un événement capital	39,0	23,1	28,8	26,5	26,7
Un événement important	46,3	65,7	53,8	58,8	60,1
Un événement peu marquant	12,2	9,5	15,4	8,8	10,8
Ne sait pas	2,5	1,7	2,0	5,9	2,4
<i>Mariées</i>					
Un événement capital	—	24,4	12,5	16,7 9,1	18,4
Un événement important	—	58,1	62,5	61,9 77,3	62,2
Un événement peu marquant	—	16,3	25,0	19,0 13,6	18,4
Ne sait pas	—	1,2	0,0	2,4 0,0	1,0

- de l'aspect légal de l'avortement
- du nombre d'enfants : le sentiment de culpabilité augmente avec le nombre d'enfants
- si la relation a été accidentelle : ce sentiment est plus grand

La religion et le motif de la demande n'influencent pas beaucoup ce sentiment de culpabilité

Recours répété a l'interruption de grossesse

3 motifs principaux :

- 1.motifs psychologiques (env.40%)
- 2.motifs familiaux (env.35%)
- 3.motifs sociaux (env.25%)

Aspects socio-démographiques :

-le niveau d'instruction : plus il est bas, plus les demandes répétées sont courantes

Fréquence de la « récédive » selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Pas d'avortement antérieur		A déjà eu un avortement		Subdivision colonne 2:			
					Avortement récent		Avortement ancien	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaire	204	81,9	45	18,1	12	4,8	33	13,3
Secondaire inférieur	266	83,9	51	16,0	16	5,0	35	11,0
Ecole professionnelle	61	84,7	11	15,3	4	5,6	7	9,7
Secondaire supérieur	156	86,2	25	13,8	10	5,5	15	8,3
Université	62	87,3	9	12,7	2	2,8	7	9,9
Total	749	84,2	141	15,8	44	4,9	97	10,9

-le milieu d'enfance perturbé (p.ex. décès des parents, divorce, abandon, conflits familiaux graves etc...)

-la pratique religieuse : plus elle est grande moins il y a de demandes répétées

-difficultés dans les grossesses précédentes : peu d'influence sur les demandes répétées

Fréquence de la « récédive » selon la nationalité

Nationalité	Pas d'avortement antérieur		A déjà eu un avortement		Subdivision colonne 2:			
					Avortement récent		Avortement ancien	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Genève	118	82,5	25	17,5	8	5,6	17	11,9
Suisse romande	133	81,6	30	18,4	8	4,9	22	13,5
Suisse, autres	131	86,8	20	13,2	4	2,6	16	10,6
Italie	94	83,2	19	16,8	4	3,5	15	13,3
Espagne	72	87,8	10	12,2	6	7,3	4	4,9
France	121	85,2	21	14,8	5	3,5	16	11,3
Europe du Nord	66	81,5	15	18,5	8	9,9	7	8,6
Autres	27	90,0	3	10,0	2	6,6	1	3,3
Total	762	84,2	143	15,8	45	5,0	98	10,8

La contraception :

Contraception inefficace, mal acceptée psychologiquement , résistance profonde (souvent inconsciente) a l'utilisation

Les traits psychologiques particuliers :

Chez les récidivistes on a observe une plus grande prévalence d'affections psychologiques, notamment :

- tendances dépressives
- dépendance
- sado-masochisme
- « risk-taking »
- instabilité

Robert et Pasini ont propose une triade comme facteur de risque majeur du recours répété :

- dépression chronique
- dépendance
- passivité

Les récidivistes ont également souvent des traits de caractère particuliers :

- impulsivité
- tendance a passer a l'acte
- immaturité

PREVENTION DES SEQUELLES PSYCHIQUES

- informer
- sécuriser

Pour cela il faut une bonne prise en charge médicale et un bon accompagnement psychologique avant, pendant et après l'IVG. Il faut entre autre perfectionner le contact psychologique entre la patiente, son entourage, le médecin et le personnel paramédical.

LIEN ENTRE L'IVG ET LA VIE SEXUELLE POST IVG

Une étude sur 103 femmes a montre que :

- 18% des femmes ressentaient une diminution du désir sexuel

MERES CONTRE LEUR GRES

Une étude a montre que le refus d'IVG entraînait parfois de lourds problèmes psychiques.

IVG COMME PROCESSUS DE MATURATION

Souvent, l'interruption de grossesse pousse la femme à réfléchir sur sa vie dans tous ses aspects, par exemple :

- sur sa relation avec son partenaire
- sur son regard sur la grossesse
- sur sa situation financière
- etc...

La femme en ressort plus réfléchie et plus mature.

Aspect Financier de l'IVG

Aspect financier : entretien avec l'assistante sociale de la maternité

Il existe actuellement deux méthodes d'interruption de grossesse. Premièrement, l'IVG chirurgicale coûte en tout 1600.- Ce prix comprend l'hospitalisation d'un jour, une anesthésie générale, une aspiration et un curetage. La seconde méthode consiste en l'administration de la RU486. Pour cette raison on la nomme l'IVG médicamenteuse. Elle s'effectue pour des grossesses jusqu'à la 7^{ème} semaine et coûte environ 800.- Quelques cas de choc hypotensif graves ont été recensés à la suite de la RU486. Pour cette raison et pour le manque de surveillance, ni les femmes de moins de 18 ans ni les femmes qui ne désirent pas déclarer leur avortement ne sont soumises à ce type d'intervention.

Pour les patientes adolescentes il existe un tarif jeunes. Grâce à ce programme, le prix peut descendre jusqu'à 600.-

Il faut savoir que la LAMal rembourse une IVG, pour autant qu'elle soit déclarée. Si notre patiente ne désire pas la déclarer, l'assistante sociale de la maternité dispose de quelques moyens pour leur venir en aide.

Elle peut, en premier lieu, bloquer les factures à l'hôpital et ainsi éviter que les parents les voient, par exemple. Ensuite la jeune fille/femme peut soit payer en un bloc la totalité de l'intervention, soit payer par mensualités. Dans beaucoup de cas, elle va effectuer une recherche de fonds privés afin de couvrir les frais.

A titre exceptionnel, lorsque la vie de la patiente est mise en danger si elle déclare son IVG, l'assistante sociale peut prendre à sa charge la totalité des frais engendrés.

Nous avons appris lors de l'entretien qu'il existait un véritable réseau de solidarité à l'intérieur même du service de maternité. En effet, le personnel dépose régulièrement du matériel dans le bureau de l'assistante sociale. Dans le cas où la jeune fille/femme décide de garder sa grossesse et se trouvant dans une situation financière précaire, l'assistante sociale peut apporter une aide matérielle directe à court terme. Pour des problèmes financiers à long terme, la patiente peut toujours se rendre à l'hospice général envers lequel elle aura une dette, ou se tourner vers l'assistante sociale du département.

En apprenant que le service social de la maternité reçoit annuellement 3000.- de subvention, une question se pose tout naturellement. Comment venir en aide à toutes les demandes lorsque une intervention coûte 1600.- et que actuellement environ 4 interventions sont effectuées par jour? Malheureusement il n'existe pas de solution miracle.

Le manque de tolérance, au niveau de la société, entraîne souvent un manque de dialogue au sein de la famille et un manque d'information au niveau des jeunes filles/femmes. En effet, ce sujet reste un tabou dans la société pouvant entraîner des préjudices moraux. Il faudrait ouvrir le dialogue afin de permettre à ces femmes de vivre au mieux cette expérience au carrefour d'une vie.

Conclusion

Au cours de nos recherches on a pu constater que les idées préconçues ne sont pas toujours vraies et que la réalité est parfois bien différente. La grossesse non désirée peut toucher tout le monde et ne reflète pas forcément des pratiques critiquables.

Nous avons découvert que notre réseau social est bien développé. Il offre un soutien psychologique important et est d'un grand aide en ce qui concerne le choix à prendre. En effet il tend à diminuer les pressions sur la femme.

Même si le nombre de grossesses non désirées est en diminution il reste tout de même 50% de cas dans le monde qui ne sont pas voulues.

L'évolution de nos mœurs, de notre éducation, de notre information, de notre prise de conscience par rapport à ce sujet, nous laisse optimiste quant à l'avenir même si il reste beaucoup de travail à faire.

Remerciement:

Mme Dorette Fert, responsable du CIFERN

Mme Lorenza Bettoli, sage-femme au CIFERN

Mme Ruth Merz Serex, psychologue au CIFERN

Dresse Anne Lourenço, gynécologue, consultation des ados

Mme Marinette Ummel, bioéthique et médecine légale

Dr Olivier Duperrex, IMSP

Mme Eliane Perrin, sociologue

Mme Anne-Laure Piguet, documentaliste au CIFERN

Mme Isabelle Cencin, infirmière scolaire

Mme Induni, assistante sociale à la maternité

M.Rémy Gerber, éducateur en santé, Prévention Jeunesse

Docteur Abdallah , conférencier et consultant du site www.Oumma.com

Ainsi qu'à nos deux tutrices:

Mme Laura Vonèche et Dresse Christiane Margairaz

Bibliographie

- « Le maintien des liens, de l'angélisme au patriotisme » , Nadine Lefaucheur, 1993
- « Parents au singulier » , Dominique Favre et Alain Savet, Autrement, 1993
- www.admin.ch , site regroupant tous les textes de loi
- <http://matweb.hcuge.ch>
- l'Hebdo, 30 mai 2002
- <http://conseil-national.medecin.fr>
- Mémoire du Siècle
les éditions Eiselé, (un ouvrage par décennie),
- Interruption de grossesse. Le cas de la Suisse
Martine Dondénaz - Réalités sociales, 1987
- Le sens de l'avortement
J: Kellerhalls et W Pasini - Edition Georg, 1976
- Interruption de grossesse en Suisse, loi et pratiques
ASDAC - Edition ASDAC - 1990
- L'avortement
Etudes interdisciplinaires, Editions Médecine & Hygiène, 1975
- L'enfant interrompu
Chantal Haussaire-Niquet, Edition Flammarion, 1998
- <http://www.matweb.hcuge.ch/cifern/CIFERN.html>
- « l'Adolescente enceinte »
W.Pasini, Fr. Béguin, M.Bydlowsky et E.Papiernik
Editions Médecine et Hygiène, 1993
- « Pédagogie de l'éducation sexuelle »
Marie-Paule Desaulniers
Editions Agence d'ARC inc., 1990
- Notes personnelles prises au cours des entretiens