

Faculté de Médecine de Genève

Les IVG à Genève

Rapport d'immersion en communauté

réalisé par

Camille Buffle et Céline Paccolat

Tutrice : Dr. Samia Hurst

JUIN 2006

« Un enfant, ça [ne] se garde pas, ça s'accueille, en tant qu'être, pas en tant que quelqu'un qui est là pour recoller les morceaux. »

Une patiente

À Zébulon...

Table des matières

Introduction_____	Page 5
Historique des législations suisses concernant l'IVG_____	Page 6
Epidémiologie	
Dans le monde_____	Page 11
En suisse_____	Page 12
A Genève_____	Page 14
Parcours type d'une femme se présentant à la Maternité	
Pour une IVG précoce	
Consultation pré-hospitalisation_____	Page 22
Le jour de l'intervention (IVG chirurgicale)_____	Page 24
IVG médicamenteuse_____	Page 25
Situations particulières	
Patientes mineures_____	Page 26
Grossesses sur agression sexuelle_____	Page 27
Pour une IVG tardive_____	Page 28
La contraception_____	Page 29
Psychologie de l'IVG – Rencontre avec le Dr Bianchi-Demicheli_____	Page 33
La situation de l'IVG en Afrique	
Entretien avec le Dr Ambroise Wonkam_____	Page 39
Expérience de notre tutrice, Samia Hurst_____	Page 42
Retour sur une immersion	
Entretien au Planning Familial_____	Page 44
Rencontre avec Ana Lourenço, cheffe de clinique_____	Page 46
Consultation dans l'Unité de Médecine de la Reproduction_____	Page 46
Interview du Dr Francesco Bianchi-Demicheli_____	Page 49
Interview du Dr Ambroise Wonkam_____	Page 50
Conclusion_____	Page 51
Liste des intervenants rencontrés_____	Page 53
Bibliographie_____	Page 54
Annexes	

Articles de loi (CPS)_____	Page 57
Dossier IG_____	Page 62
Demande d'IVG au médecin_____	Page 70
Déclaration du médecin pratiquant l'IVG_____	Page 71
Protocole d'information pour IVG_____	Page 72
Identification de la patiente avant intervention chir._____	Page 74
Informations destinées à la patiente	
Dépliant : informations générales_____	Page 76
Support d'explication de la contraception_____	Page 77
Informations après un IVG médicamenteuse_____	Page 78
Informations après un IVG chirurgicale_____	Page 80
Membres de l'équipe du Planning Familial_____	Page 82

Introduction

Si nous avons choisi les IVG comme sujet d'étude lors de notre immersion en communauté, c'est pour son intérêt en tant que problématique de santé publique. En effet, cette thématique touche à un grand nombre d'aspects bien différents les uns des autres.

Nous nous sommes rendu compte très tôt à quel point le sujet était vaste et nous avons dû laisser de côté un certain nombre de sujets. Par exemple, nous n'avons pas abordé le débat qui fait rage autour du statut de l'embryon, qui nous semblait d'une trop grande complexité. Par manque de temps, nous n'avons pas non plus réussi à nous pencher sur la situation et la législation de l'IVG dans d'autres pays européens tels que l'Irlande, où la loi est très sévère.

Ainsi, nous avons été forcées de nous concentrer sur les points qui nous semblaient les plus pertinents ou qui correspondaient le mieux à nos intérêts propres.

Nous nous sommes intéressées tout d'abord à la législation suisse et avons tenté d'en comprendre l'histoire, le sens et les subtilités. Ensuite, nous nous sommes penchées sur l'épidémiologie dans le monde, en Suisse et dans le canton de Genève en particulier, et avons essayé de déterminer quelles étaient les populations qui avaient le plus recours à cette pratique. Puis, lors de nos visites à la Maternité, nous avons, avec l'aide du Dr Lourenço, retracé le chemin que doit parcourir une femme désirant un avortement. Nous l'avons, dans un second temps, comparé avec la situation dans les cliniques privées. Lors de notre périple, nous avons également rencontré le Dr Bianchi-Demicheli qui a donné une dimension psychologique au sujet. Enfin, dans le but d'appréhender le problème sous un angle aussi différent que possible de la situation genevoise, nous avons survolé cette même problématique en Afrique avec l'aide du Dr Wonkam.

Ce travail n'a pas la prétention d'être exhaustif mais donne, cependant, une idée relativement générale de la situation des IVG à Genève.

Historique des législations suisses concernant l'interruption volontaire de grossesse

Pour commencer, nous avons pensé judicieux de broser un bref aperçu de la situation législative de l'IVG en Suisse, tout en faisant un bref rappel de son évolution au cours du siècle passé, afin de mieux définir quels sont les droits de la femme dans notre pays, hier et aujourd'hui.

En 1942 est votée la première loi nationale concernant l'interruption de grossesse. La femme y a très peu de marge de manœuvre étant donné qu'elle dépend entièrement du choix et du consentement d'un médecin. De plus, un second avis médical est nécessaire pour que l'intervention puisse avoir lieu.

Si l'on fait abstraction de cette notion de second avis, cette loi est similaire à celle qui est appliquée aujourd'hui lors de grossesses au-delà de douze semaines.

Selon notre avis, en voici les extraits les plus pertinents :

Art. 118 : Interruption de grossesse punissable

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

Art. 119 : Interruption de grossesse punissable

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.

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

Art. 120 : Rôle du médecin

1. Il n'y a pas d'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.

En 1981 apparaissent de nouvelles lois fédérales concernant les centres de consultation en matière de grossesse. Ces dernières stipulent notamment qu' « *en cas de grossesse, les personnes directement intéressées ont droit à une consultation gratuite et à une aide* » (art. 1, al. 1). Par ailleurs, ces mêmes personnes « *seront informées (...) sur les conséquences médicales d'une intervention et sur la prévention de la grossesse* » (art. 1, al. 2).

Le 1^{er} juin 2002, de nouvelles dispositions au sujet de l'interruption de grossesse volontaire sont votées. Elles sont massivement acceptées par le peuple suisse, et entrent en vigueur le 1^{er} octobre de la même année. Les articles concernés changent alors considérablement, notamment l'alinéa 2 de l'article 119 (cf. ci-dessous) ; la femme a désormais le libre choix de faire interrompre sa grossesse jusqu'à douze semaines d'aménorrhée pour peu qu'elle s'estime en « *situation de détresse* ». Aucun avis médical ne peut désormais s'y opposer. Dans les cas contraires - au-delà de ces douze semaines - le corps médical peut refuser la demande. C'est ce que l'on appelle la solution des délais.

Voici les articles de loi en question, dans lesquels nous nous sommes permises de souligner les notions que nous avons jugées importantes et sur lesquelles nous revenons en particulier dans notre rapport.

Art. 118 :

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'article 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 :

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 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 :

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;

c. de s'assurer lui-même, si la femme enceinte a moins de 16 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.

Art. 121 abrogé :

Modification du droit en vigueur

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

Art. 30 Interruption non punissable de la grossesse

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

Ces articles de loi ont comme spécificité d'être extrêmement précis. En effet, notamment dans l'article 120 du Code Pénal Suisse, le rôle du médecin est spécialement bien défini, et le contenu de son entretien avec la femme enceinte très

détaillé. Nous avons donc été amenées à nous questionner sur les raisons de la formulation de tels articles.

Quelques hypothèses nous sont venues à l'esprit. Parmi celles-ci, nous est apparu le fait que si ces lois donnent autant de détails, c'est afin de souligner que le sujet est extrêmement délicat et qu'il a de tout temps et partout suscité de nombreux débats. La loi Suisse est extrêmement permissive sur le sujet. En effet, les femmes sont seules maîtresses de leur décision (du moins jusqu'au délai des douze semaines) et ce sont elles qui s'estiment en « *état de détresse* » (art.119, al.2). On peut donc supposer que les législateurs ont eu le souci de définir avec précision les limites de cette largesse, afin d'en contenir les immanquables dérives.

Parmi les raisons de ce souci d'encadrement, on peut imaginer le besoin de protéger la femme contre une attitude trop hâtive de la part du médecin. En effet, le fait d'énoncer avec autant de précision les différents points à aborder force la discussion à s'engager. Lorsque l'on pense à la délicatesse du sujet, et lorsque l'on connaît les potentielles conséquences d'une IVG alors que la femme est hésitante (cf. ambivalence, chapitre « Psychologie de l'IVG »), on comprend mieux les buts visés par une telle loi.

A la Maternité, toute une série de stratagèmes ont été mis en place afin que la loi soit au mieux respectée par les médecins. Un certain nombre de feuilles à contresigner obligent en effet ces derniers à faire les choses avec beaucoup de rigueur. Et pourtant, nous avons pu constater que, dans la réalité, la loi n'est bien souvent de loin pas respectée à la lettre. Par exemple, dans aucune des consultations que nous avons suivies n'a été proposée l'alternative de l'adoption. De même, alors que la loi stipule, avec précision et plusieurs fois, que c'est le médecin en personne qui doit s'entretenir « *de manière approfondie* » avec la femme enceinte, c'est bien plus souvent les infirmières qui se chargent de cela. Et dans ce contexte, on n'ose imaginer quelle tournure prendraient les consultations sans un minimum d'encadrement.

En outre, suivant la discussion que nous avons pu avoir avec un gynécologue-obstétricien privé, nous nous sommes rendu compte que, les garde-fous hospitaliers n'existant pas dans ce milieu, la loi y est encore moins bien respectée. Cependant, il

faut noter que les médecins en privé connaissent en général relativement bien, voire très bien leurs patientes, et sont à même de mieux évaluer leurs besoins.

Ce dernier point soulève une question : est-ce la loi qui est trop stricte et qui n'est pas applicable à la réalité, ou est-ce l'attitude des médecins qui est à blâmer ? Le débat reste ouvert.

Epidémiologie

Après ce bref aperçu législatif, et pour mieux cerner l'ampleur du phénomène, nous allons à présent nous intéresser aux données épidémiologiques de l'IVG, tant dans le monde qu'en Suisse, et plus spécifiquement à Genève.

Dans le monde :

L'avortement est un problème de santé mondial. L'OMS a calculé qu'environ 50 millions de grossesses aboutissent à un avortement par an. Dans les pays où l'avortement est illégal, de nombreuses femmes tentent de mettre un terme à leur grossesse de façon illicite (exemple au Brésil) ou se rendent dans des pays aux lois plus libérales (exemple : de la République d'Irlande en Angleterre). Ce phénomène est connu sous le nom de « tourisme gynécologique ». Il est à ce propos intéressant de relever que, jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi de juin 2002, certaines femmes en Suisse avaient recours à cette pratique en se rendant dans un autre canton, voire dans une autre région d'un même canton (exemple Haut-Valais, Bas-Valais).

Les avortements illégaux sont souvent pratiqués dans des conditions insalubres par des personnes non qualifiées et ont comme conséquence des taux de morbidité et mortalité considérables. Il est estimé que 100 à 200'000 femmes meurent chaque année des complications d'un avortement. Par exemple, en Afrique, un avortement sur 150 conduit à un décès. En comparaison, les interruptions de grossesse ayant lieu dans des conditions optimales et grâce aux techniques modernes sont considérées comme des procédures extrêmement sûres. En Europe (Est), seul un avortement sur 1900 se termine mal. Par ailleurs, la légalisation de l'avortement est toujours suivie par une chute du taux de mortalité maternelle, ce qui serait apparemment dû à la diminution des complications imputables aux avortements illégaux.

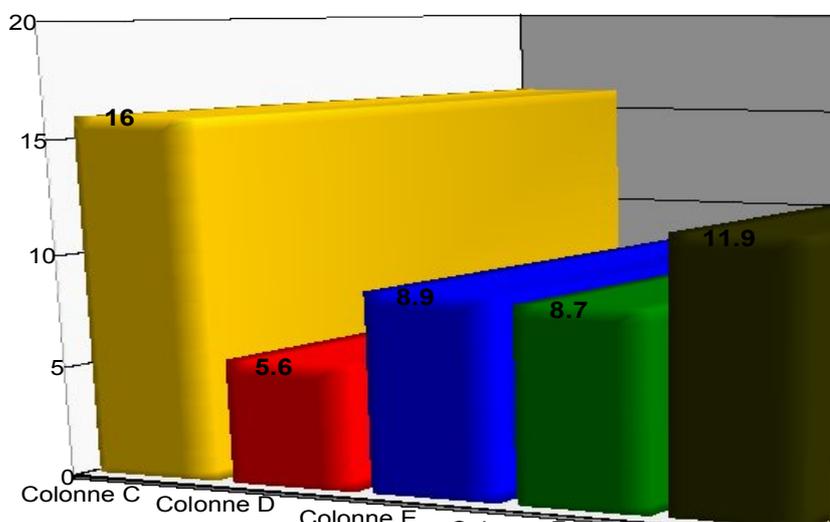
(A. GLASIER, A. GEBBIE, *Handbook of Family Planning and Reproductive Healthcare*, Ed. Churchill Livingstone, 4e édition, 2000)

En Suisse :

Depuis le milieu des années 60, les IVG ont très nettement reculé en Suisse. Alors qu'elles étaient de 17'000 en 1966, elles n'étaient plus que de 11'800 en 1994. Se rajoute à cela une disparition quasi totale des interruptions illégales ou clandestines en Suisse, qui étaient certainement plus nombreuses dans les années 50 que ne l'étaient les IVG légales. De manière générale, une grossesse sur sept est interrompue.

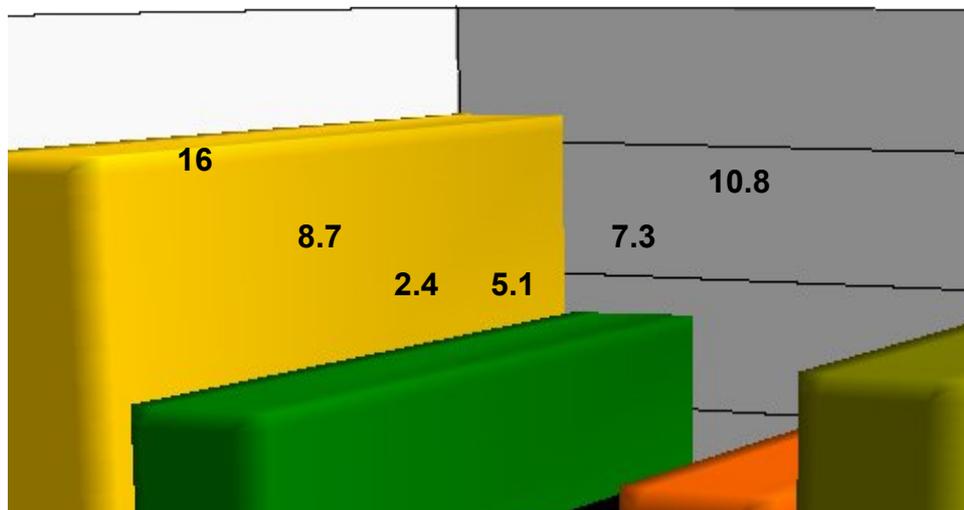
Voici quelques statistiques intéressantes concernant l'année 2004, tirées de données fournies par le Planning Familial.

En ce qui concerne la situation dans les cantons suisses urbains, on peut constater qu'il n'existe pas de différence marquante entre la Suisse alémanique et la Suisse romande, ni entre ces deux dernières et la Suisse italienne. Ainsi, les taux d'IVG au Tessin, dans le canton de Vaud et à Zurich sont tout à fait comparables.



Par contre, on peut constater une différence à l'intérieur même de la Suisse romande. En effet, si l'on compare le 16:1000 genevois au 2,4:1000 valaisan, l'écart est énorme. Ces disparités régionales peuvent s'expliquer notamment par l'urbanisation qui faciliterait l'avortement. Par ailleurs, la religion entre également probablement en jeu lorsque l'on connaît la position de l'Eglise catholique et le fait

que le Valais est un canton où l'influence religieuse est beaucoup plus présente qu'à Genève. Enfin, de part sa forte démographie, Genève assure un certain anonymat qui n'existe certainement pas dans un canton comme le Valais, où les communautés sont beaucoup plus restreintes et où les choses ont tendance à se savoir. Les mots prononcés par une patiente dans la vidéo « IVG Fécondes » que nous avons eu l'occasion de visionner au Planning Familial illustre bien cette préoccupation ressentie par certaines femmes : « *Ca va faire un scandale* ».



D'autres hypothèses peuvent être émises quant au fait que Genève présente des chiffres nettement au-delà de la moyenne nationale. On peut supposer que son caractère très international facilite cette tendance. En effet, si l'on regarde de plus près les statistiques du canton (cf. ci-dessous), on se rend compte que la majorité des femmes ayant recours à l'IVG sont étrangères. Le fait que Genève soit une ville extrêmement cosmopolite et un lieu de passage confirme cette hypothèse. Par ailleurs, l'accès à la santé est certainement beaucoup plus facile de par la multitude de centres de santé et de cabinets médicaux. De plus, si l'on considère que la demande est en étroite relation avec l'offre, ceci explique cela.

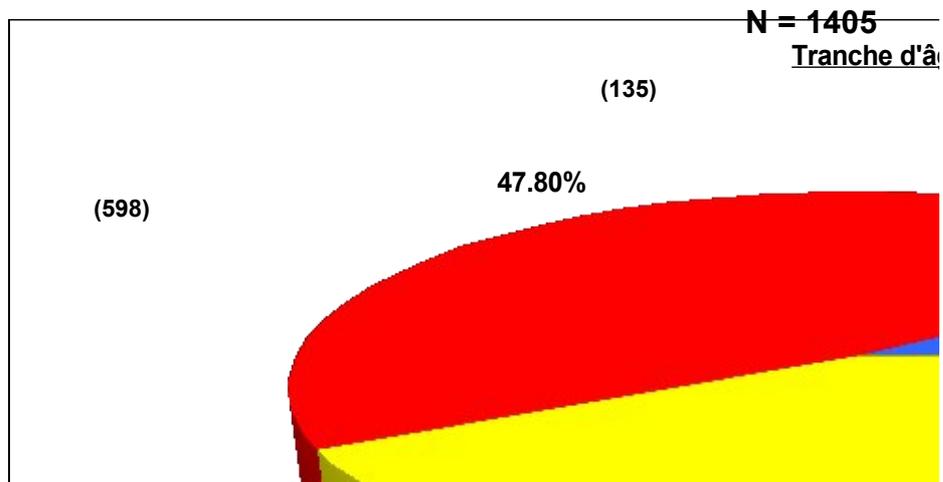
A Genève :

A Genève, les IVG sont passées de 3'909 en 1980 à 1'499 en 2004, alors que le nombre d'accouchements est resté quasiment le même. La diminution constante du nombre d'IVG au fil des ans peut notamment être expliquée par la démocratisation de la pilule, le libre accès à la pilule du lendemain, l'apparition du SIDA et avec ce dernier, le lancement de nombreuses campagnes de prévention vulgarisant le préservatif et sensibilisant la population à une attitude plus prudente. On peut donc en conclure que ce sont les grossesses non désirées qui sont de moins en moins fréquentes, ce qui a pour conséquence d'entraîner une diminution du nombre d'IVG.

Par ailleurs, une proportion croissante de ces interventions est réalisée dans le secteur public ; actuellement, plus de 70% des IVG ont lieu à la Maternité de Genève. En effet, seuls 10% des gynécologues-obstétriciens privés pratiquent couramment ce geste, par ailleurs peu avantageux au niveau de la rémunération TARMED. De plus, la faible proportion de cas drainée par le privé a pour conséquence un manque de pratique pour beaucoup de ces chirurgiens. Ces quelques raisons expliquent pourquoi, depuis maintenant quelques années, la grande majorité des gynécologues en cabinet oriente ces femmes vers la Maternité.

Etant donné que, suivant l'alinéa 5 de l'article 119 du CPS, toute interruption de grossesse doit être annoncée à l'autorité de santé publique compétente à des fins statistiques, un certain nombre de données concernant les femmes subissant des IVG sont disponibles. Ces chiffres sont intéressants et coupent cours à un certain nombre d'idées reçues.

Par exemple, en ce qui concerne l'âge des femmes ayant pratiqué une IG en 2003 à Genève, les moins de 20 ans ne représentent qu'un faible pourcentage, bien en deçà de la proportion représentant les femmes de plus de 30 ans. Avouons que nous nous attendions à trouver d'autres chiffres, notamment une majorité dans les moins de 20 ans. De même, les chiffres relativement importants chez les plus de 30 ans nous ont surprises.



(PLANNING FAMILIAL (CIFERN), *Statistiques IG à Genève en 2003*, Source : Directions générales de la santé)

En ce qui concerne la nationalité de ces mêmes femmes, on constate qu'une majorité relativement significative est étrangère. Comme nous l'avons dit plus haut, on peut supposer que ces chiffres seraient probablement différents dans d'autres cantons suisses.

N = 1398

En effet, même si 57.2% viennent d'Europe occidentale, le pourcentage restant concerne principalement des immigrées venant de pays en voie de développement. Comme nous avons pu le constater au cours de notre entrevue avec le Dr. Wonkam, malgré le fait que l'avortement soit mal perçu dans la plupart de ces régions du monde, les moyens de contraception ne le sont pas moins et l'information y fait parfois singulièrement défaut.

N = 1376
N = 1376

Quant à l'état civil, les femmes célibataires arrivent largement en tête, sans surprise. En effet, on s'imagine bien qu'il est moins évident d'envisager une perspective de maternité seule. Ce chiffre comprend d'ailleurs toutes les femmes vivant en couple mais non mariées, catégorie dans laquelle se situe la plupart des 20-30 ans, qui, comme nous l'avons vu plus haut, arrivent en tête des statistiques.

Cependant, la proportion de femmes mariées reste importante et est supérieure à celle des femmes séparées, veuves ou divorcées confondues. Cela apparaît, dans cette même optique, peu étonnant vu l'importante part des plus de 30 ans.

N = 1408

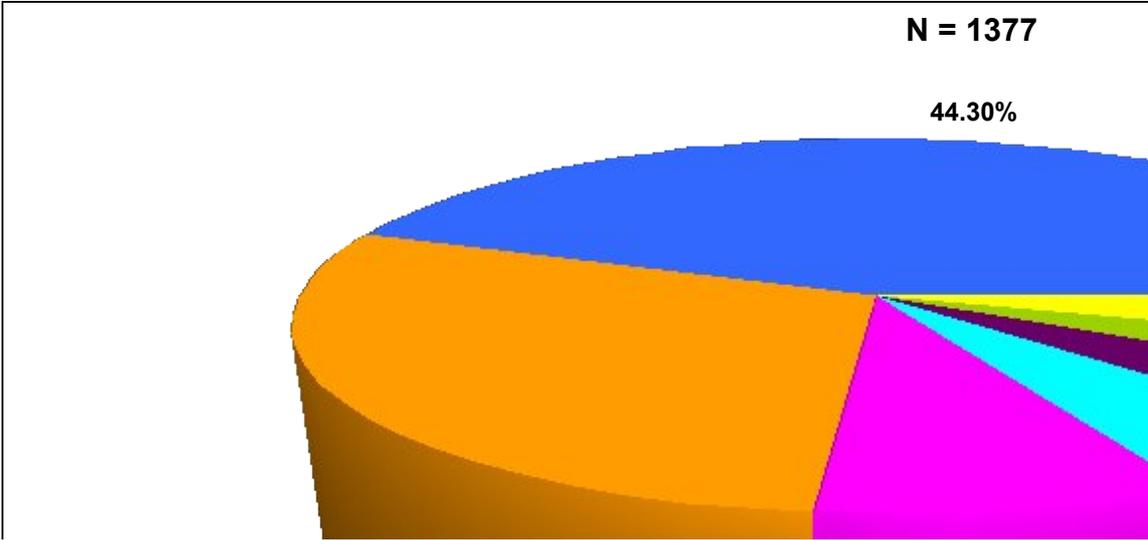
Les chiffres concernant les IVG subies antérieurement sont ceux auxquels nous nous attendions. En effet, la proportion est forte chez les femmes n'ayant jamais eu recours à l'avortement alors qu'elle diminue de façon plus ou moins logarithmique au fil des interventions. Cette constatation est rassurante. Elle traduit en effet le fait que pour la très grande majorité des femmes, une IVG n'est le reflet que d'un simple accident de parcours, qui ne remet aucunement en question leur attitude responsable. On peut également voir dans ces chiffres le fruit du travail de prévention effectué par le corps médical auprès des patientes, et qui fait partie du protocole même des consultations relatives aux IVG à Genève.

Par ailleurs, parmi les femmes ayant recours à plusieurs IVG dans leur vie, on peut faire quelques hypothèses quant à leurs profils : tout d'abord, il arrive qu'un accident de parcours soit suivi d'une deuxième mésaventure, ce qui ne peut être qu'une simple manifestation de malchance. En outre, il existe parfois des résistances psychologiques face aux divers moyens de contraception, rendant les femmes particulièrement susceptibles de tomber enceinte sans le vouloir. Enfin, on peut évoquer le cas de la femme en détresse psychologique et pour qui la grossesse représente une échappatoire. Nous revenons sur ces deux derniers profils au chapitre « Psychologie de l'IVG »

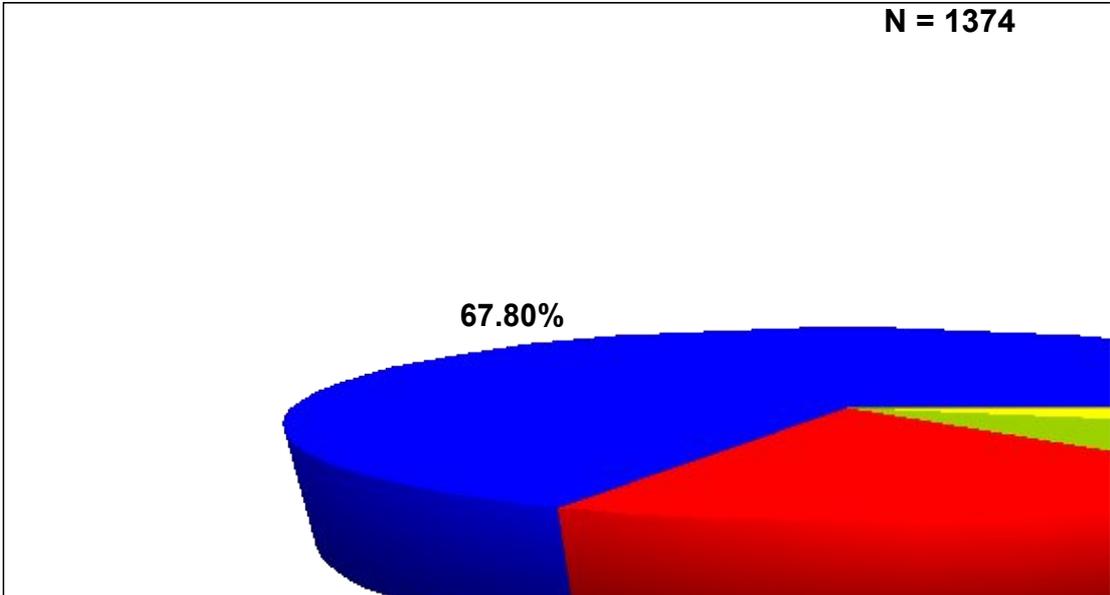
N =1399

Les statistiques concernant la contraception utilisée au moment de la conception ne sont pas étonnantes au premier abord. En effet, les méthodes de contraception les plus fiables selon l'indice de Pearl (cf. chapitre « Contraception »), sont celles qui entraînent le moins de grossesses indésirables et donc d'IVG. Au contraire, les méthodes moins sûres comme le préservatif, voire même l'absence de contraception, arrivent très nettement en tête. Cependant, les 44.3% des femmes qui n'ont utilisé aucune contraception au moment de la conception, nous ont étonnées. En effet, nous avons trouvé ce chiffre extrêmement élevé et pensions l'expliquer par des oublis de pilule ou des problèmes de préservatif. Nous pouvons faire un parallèle avec ce qui a été avancé plus haut à propos de cette proportion non négligeable de

la population qui, de par sa culture ou ses origines, se montre plus réticente à la prise de contraceptifs.



Les données concernant le nombre de semaines de grossesse avant l'intervention traduisent l'attitude responsable des femmes. En effet, ce pourcentage important des interventions ayant lieu jusqu'à 8 semaines révèle une prise en charge personnelle rapide qui pousse ces femmes à aller consulter très tôt.



Un graphique similaire a été réalisé chez les jeunes femmes de moins de 20 ans dans lequel une petite différence de 9% concernant les grossesses jusqu'à huit semaines, néanmoins significative, peut être constatée. Dans cette tranche d'âge, les jeunes femmes attendent plus longtemps avant de voir un médecin. Les hypothèses que nous pouvons imaginer sont les suivantes : tout d'abord, des sentiments comme la peur ou la honte poussent ces jeunes femmes à nier l'évidence. Ensuite, un manque d'information et de connaissances participe certainement bien souvent au phénomène. Enfin, ces dernières ont la plupart du temps une familiarité moins grande avec leur corps que leurs aînées ainsi qu'un cycle moins bien réglé et donc plus difficilement interprétable. Rappelons que ceci dépend également fortement du contexte socioculturel de chaque femme.

N = 131

Quant aux lieux où sont pratiquées les interventions, on constate que la grande majorité de ces dernières se déroule à la Maternité comme nous l'avons mentionné plus haut. Il est à noter qu'à Genève, un seul gynécologue pratique ce geste sous anesthésie locale en cabinet. Le pourcentage de patientes dont ce praticien s'occupe est néanmoins important (10%). On peut l'expliquer par le fait que la prise en charge est moins lourde que lors d'une intervention sous narcose complète à la Maternité ou en clinique. Par ailleurs, étant très rapidement effectué, ce geste est fort apprécié des femmes pour sa discrétion.

N = 1410

Parcours type à la Maternité d'une femme se présentant pour une IVG précoce (jusqu'à douze semaines)

A présent, il est temps de suivre le parcours type d'une femme à la Maternité lorsqu'elle s'y présente dans le but de subir une IVG.

Consultation pré-hospitalisation :

La patiente se présente à la Maternité soit envoyée par un gynécologue, son médecin traitant, le Planning Familial (CIFERN) ou l'UMSCO, soit d'elle-même. Cette dernière est orientée vers la Consultation de contraception et d'interruption de grossesse de la maternité des HUG. Là, la patiente bénéficie tout d'abord d'une consultation avec une infirmière de « pré-hospitalisation », qui prend le temps et s'intéresse aux données relativement générales concernant la patiente, à ses antécédents médicaux et gynécologiques, à sa situation socio-économique et de couple et aux motivations qui l'ont amenée à prendre cette décision. Elle essaie de retracer une chronologie des événements, tout en tentant d'éclaircir la situation psychologique dans laquelle se trouve la patiente. Elle lui propose systématiquement le soutien d'un psychologue ou psychiatre de la maternité que la patiente peut librement refuser si elle n'en ressent pas le besoin (sauf exceptions ci-dessous). L'aide du Planning Familial peut également être invoquée.

L'infirmière informe ensuite la patiente sur les différentes méthodes d'intervention.

Dans les 7 premières semaines d'aménorrhée, la patiente peut choisir entre une IVG médicamenteuse ou chirurgicale. Il est, à ce sujet, intéressant de relever qu'une grande majorité de femmes choisit l'option médicamenteuse. Celle-ci, en effet, bien qu'elle soit plus pénible, n'implique pas d'anesthésie générale et est probablement perçue comme moins invasive. Cependant, les IVG médicamenteuses

ne représentent que 36,8% des IVG précoces totales, car les femmes ne consultent souvent qu'après la 7^e semaine.

Dans le cas contraire où le délai de 7 semaines est dépassé, seule l'option chirurgicale reste ; le choix n'est alors plus donné à la patiente.

Après cette discussion, le pouls et la tension artérielle sont vérifiés, puis la patiente est informée qu'elle va devoir subir une prise de sang où seront testés le groupe sanguin, différentes sérologies (Hépatites B et C, HIV et Syphilis) ainsi que la formule sanguine périphérique.

Enfin, l'infirmière insiste sur le fait que la patiente devra subir un contrôle un mois après l'intervention, et laisse le choix à cette dernière de retourner chez son gynécologue dans le cas où elle en a un.

Dans un deuxième temps, la patiente est vue par un médecin gynécologue qui reprend brièvement son histoire, vérifie qu'elle est en accord avec elle-même dans sa démarche et procède à un examen gynécologique complet ainsi qu'à une échographie. Un dépistage cervical du Chlamydia est systématiquement réalisé. En cas de résultat positif, la patiente reçoit un traitement antibiotique à commencer avant l'intervention pour elle et pour son partenaire.

L'entretien avec le médecin est également centré sur d'éventuelles contre-indications à une IVG médicamenteuse ou chirurgicale ainsi qu'aux risques inhérents à ces procédures.

Le médecin termine l'entretien en réexpliquant à la patiente le déroulement de l'opération avec, à l'appui, un petit dessin explicatif de l'acte en lui-même dans le cas d'une IVG chirurgicale. Il fait enfin signer à la patiente un certain nombre de documents administratifs tels que le formulaire déclarant l'IVG à l'Etat de Genève et lui remet quelques documents d'information (cf. annexe) comme cela est stipulé dans la loi. Ces documents contiennent notamment un certain nombre de numéros de téléphone d'associations susceptibles d'apporter de l'aide à la patiente dont SOS Futures mères ainsi que le Bureau Genevois d'Adoption (BGA).

Il est d'ailleurs intéressant de signaler que nous avons appelé ces numéros, ainsi que le Service de Protection de la Jeunesse. Nos interlocuteurs étaient pour le moins surpris de notre appel et nous ont informées qu'ils n'étaient pour ainsi dire jamais contactés par des femmes s'interrogeant sur les alternatives à une IVG.

Pour en revenir à la consultation, le médecin et l'infirmière sont tous deux particulièrement attentifs à la présence d'une éventuelle ambivalence, d'une souffrance ou d'autres signes de mal-être chez la patiente. La question de la contraception future est abordée et l'éventail des différentes possibilités est expliqué dans le détail. La patiente pourra choisir le mode contraceptif qui lui paraît le mieux adapté.

Le jour de l'intervention (IVG chirurgicale) :

La patiente, à jeun depuis minuit, est chargée de prendre à domicile 400 µg de Misoprostol per os (2 comprimés de Cytotec®) vers 5h du matin. Ce médicament est un analogue synthétique des prostaglandines ; il induit une dilatation cervicale et stimule les contractions utérines. De plus, il a une excellente tolérance et son prix est très avantageux.

La patiente se présente ensuite à 7h à la Maternité où elle est préparée pour l'opération. Elle y rencontre également l'anesthésiste après avoir rempli au préalable un bref questionnaire. Enfin, on l'amène au bloc.

Aux HUG, les IVG chirurgicales sont pratiquées sous anesthésie générale, sauf demande spécifique de la patiente. Le déroulement de l'intervention est le suivant : après désinfection, une dilatation progressive du canal cervical avec des tiges de Hégar, puis une aspiration du matériel tropho-embryonnaire intra-utérin à l'aide d'une canule rattachée à un appareil d'aspiration électrique sont réalisées.

Les risques de cette opération d'aspiration curetage, comme notifiés à la patiente et notés sur la feuille de consentement (ci-dessus), sont les suivants :

- Infection (1-10%)
- Perforation (0,2%)
- Hémorragie (0,05-4,9%)
- Rétention de matériel et réintervention (<1%)
- Laparoscopie

Étant donné que l'intervention se déroule en ambulatoire, la patiente peut quitter l'hôpital vers 17h à condition qu'elle soit accompagnée. Elle aura choisi au préalable un mode contraceptif qu'elle est tenue de respecter dès son retour chez elle et ce pendant un mois au moins.

Les saignements peuvent durer cinq à sept jours. Ils ne doivent pas dépasser en quantité, pour plus de trois ou quatre heures, le flux des règles habituelles.

Lors du contrôle qui a lieu un mois après l'intervention, la patiente est soumise à un nouvel examen gynécologique. Une discussion concernant la contraception est poursuivie et le médecin sera attentif à l'état psychologique de la patiente, du moins en théorie (cf. chapitre « Retour sur une immersion »).

IVG médicamenteuse :

L'IVG médicamenteuse peut être effectuée selon plusieurs protocoles présentant des taux d'efficacité variables :

- Misoprostol seul à haute dose (efficacité de 69 à 92%) avant 9 semaines.
- Méthotrexate associé au Misoprostol (efficacité de 84 à 97%) avant 8 semaines
- Mifépristone et Misoprostol jusqu'à 7 ou 9 semaines (doses et voies d'administration variables, avec des taux d'efficacité de 95%)

Le Mifépristone (Mifégyne®), anciennement désigné sous le nom de RU486) est une molécule de synthèse possédant des propriétés anti-progestatives et anti-glucocorticoïdes. Ses effets biologiques sont : la nécrose et le décollement du sac gestationnel, une stimulation des contractions utérines, ainsi que la maturation et la dilatation cervicale.

Le protocole classique le plus souvent utilisé est le suivant : la patiente prend à domicile 600 mg de Mifépristone per os. 36 à 48h plus tard, elle se rend à l'hôpital pour prendre deux comprimés (400 µg) de Misoprostol per os. Là, la patiente est en observation durant quelques heures en ambulatoire. En cas d'absence de saignements dans les 3 premières heures, une seconde dose de Misoprostol est

administrée par voie vaginale ou per os. L'expulsion du tissu trophoblastique se fait durant l'hospitalisation chez 65% des patientes.

La patiente quitte l'hôpital munie d'une brochure contenant les consignes pour les jours à venir ainsi que le numéro des Urgences. Le médecin établit un certificat d'arrêt de travail pour trois jours. De même que pour l'IVG chirurgicale, la patiente est tenue de commencer le soir même le contraceptif choisi.

Au contrôle échographique, deux semaines plus tard, la méthode s'avère efficace chez 95% des patientes. On constate une rétention de matériel chez 4% des femmes traitées et chez le 1% restant, la grossesse est évolutive.

Comparée à l'IVG chirurgicale, la méthode médicamenteuse induit des pertes de sang plus importantes et de plus longue durée (sept à douze jours, voire exceptionnellement un mois) ainsi que des douleurs pelviennes plus intenses. Les complications infectieuses sont rares mais peuvent être sévères ; le syndrome de choc toxique dû au *Clostridium sordellii* en est un exemple typique.

Situations particulières :

- **Patiente mineure :**

Moins de 16 ans : Le chef de clinique devra être averti de la situation lors de la consultation et un rendez-vous avec un pédopsychiatre est pris afin de certifier la capacité de discernement. De plus, la loi stipule que la jeune fille doit être prise en charge par un centre de consultation spécialisé pour mineurs (art. 120 CPS). Un rendez-vous au Planning Familial est conseillé pour la contraception et un suivi à long terme. Les parents n'ont pas à être avertis de la situation si la jeune fille est capable de discernement.

Mineure 16-18 ans : Le médecin s'enquerra systématiquement de la mise au courant des parents. Si ces derniers sont informés, le chef de clinique sera tout de même averti de la situation ; la patiente recevra les coordonnées de Consultation santé jeunes. Dans le cas où les parents devraient ne pas être au courant, les

médecins exigeraient alors un entretien avec un pédopsychiatre. Une consultation au Planning Familial est proposée.

De façon générale, pour toute patiente mineure, si aucun des deux parents n'est au courant, seule l'IVG chirurgicale sera pratiquée. Par ailleurs, on s'assurera de la présence d'un soutien majeur dans l'environnement proche et on prendra contact avec les Assistantes Sociales de la Gynécologie.

- **Grossesse sur agression sexuelle :**

Tout d'abord, le chef de clinique sera averti de la situation ; l'équipe se chargera de proposer à la patiente d'effectuer un Constat d'Aggression Sexuelle (CAS) en lui en expliquant les conséquences légales. L'Institut de Médecine Légale sera informé de la situation. Les risques infectieux et psychiatriques seront tous deux évalués. Enfin, la patiente rencontrera systématiquement un intervenant du Service de Sexologie ou du CIFERN ainsi que la Consultation Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (CIMPV).

Il existe également des dispositions spécifiques propres aux patientes présentant des antécédents psychiatriques, ainsi qu'à celles qui n'ont pas de papiers, et que nous ne relèverons pas ici.

Parcours type à la Maternité d'une femme se présentant pour une IVG tardive (au-delà de douze semaines)

La situation est tout à fait différente une fois le délai de douze semaines dépassé, étant donné la situation législative en Suisse. En effet, l'accord du médecin est nécessaire et l'évaluation par un psychiatre est systématique. La détresse ou la souffrance de la patiente doivent sembler suffisamment importantes à ces derniers pour que la requête soit acceptée. L'équipe présente la situation au Professeur qui prend la décision finale. Jusqu'à seize, voire dix-huit semaines, la Maternité de Genève applique une politique assez compréhensive. Au-delà, les prises de décision sont beaucoup plus restrictives.

La prise en charge consiste en la provocation de l'accouchement induite par du Sulproston, autre analogue des prostaglandines, du Misoprostol et du Mifépristone. Les expulsions du fœtus et du placenta ont lieu dans la chambre ou en salle d'accouchement et sont suivies par un curetage, au bloc opératoire.

La contraception

Nous avons trouvé judicieux de nous pencher brièvement sur la question des contraceptifs car ceux-ci sont étroitement liés à toute la problématique de l'interruption de grossesse. En effet, c'est bien souvent d'une faille dans la contraception que naît la décision d'avorter.

Avant toute chose, définissons ce qu'est la contraception : « *Ensemble des moyens employés pour provoquer l'infécondité chez la femme ou chez l'homme.* » (Grand Robert de la Langue française, 2001)

Pour commencer, nous allons brièvement lister les différentes méthodes contraceptives disponibles dans nos pays.

- les méthodes dites « hormonales » : pilule oestro-progestative, pilule progestative, patch transdermique, anneau vaginal, injection trimestrielle, implant sous-cutané.
- les méthodes dites « barrières » : préservatif masculin, préservatif féminin, spermicide, diaphragme.
- les autres méthodes de contraception : dispositif intra-utérin (stérilet), méthode d'auto-observation (température, calendrier), méthode définitive de stérilisation (hystérectomie et ligature des trompes chez la femme, vasectomie chez l'homme)

Les facteurs influençant le choix de l'une ou l'autre méthode sont :

- l'innocuité : incidence sur la santé
- la réversibilité : délai de retour à la fertilité
- l'acceptabilité : la compliance, l'adhésion, le confort d'utilisation
- les inconvénients : effets secondaires, modes de vie, croyances
- les coûts
- la durée : ponctuelle, limitée, longue
- l'efficacité : étroitement liée à la capacité d'utilisation

La sécurité et la fiabilité d'une méthode contraceptive sont évaluées en fonction du taux d'échec, également nommé « indice de Pearl ». Cela signifie que si 100 femmes utilisent une méthode pendant douze mois, le nombre de grossesses non désirées correspondra à l'indice de Pearl. Ce chiffre englobe non seulement les échecs dus à une défaillance directe de la méthode, mais également ceux qui proviennent d'une utilisation inappropriée. C'est pourquoi les différentes statistiques peuvent donner des résultats différents pour une même méthode.

Voici un ordre de valeurs de l'indice de Pearl : méthodes :

- Fiables : < 1
- Relativement sûres : 1 - 4
- De sécurité moyenne : 4 - 10
- Peu sûres : > 10

Exemples :

- Pilule : 0.1 - 5
- Injection : 0.1 - 0.3
- Implant : 0.05
- Préservatif : 1 - 14
- Retrait : 4 - 30
- Stérilet : 0.1 – 2

À ce propos, le Dr. Francesco Bianchi-Demicheli, sexologue, dont nous résumons l'interview plus loin, a attiré notre attention sur la fréquence des ambivalences face à la contraception. En effet, de nombreuses femmes sont réticentes à une méthode fiable car elles ont, dans leur for intérieur, envie d'avoir un enfant. Cependant, le projet inconscient n'est pas réalisable car la prise en charge d'un nouveau-né leur est impossible à assumer dans leur situation personnelle. Elles sont donc contraintes à faire un choix raisonnable allant à l'encontre de leur désir profond. La sécurité d'une méthode peut en conséquence être sabotée sans que la femme en ait conscience. Un exemple illustrant bien ce phénomène est l'oubli fréquent de la pilule. La contraception n'est donc pas simplement une technique mais

aussi un comportement humain qui ne peut être isolé ni de la sexualité ni de la maternité.

Ainsi, même la méthode la plus sûre n'est jamais fiable que dans la mesure où elle est appliquée correctement et bien supportée, ce qui inclut qu'elle doit être pleinement acceptée, aussi bien sur le plan somatique qu'affectif, dans la vie quotidienne.

Un autre phénomène sur lequel le Dr Bianchi-Demicheli a attiré notre attention est ce que l'on appelle les résistances psychologiques face à la contraception. Celles-ci peuvent être de différents ordres : tout d'abord, social et culturel, ensuite médical et psychologique (exemple : dans le temps ou le corps) et enfin conflictuel (dans le couple, la sexualité). Quant à la sélectivité, elle ne se vérifie que dans certains cas ; en effet, parfois, c'est face à la contraception en général que la résistance a lieu.

Le Dr Bianchi-Demicheli nous a donné plusieurs illustrations de résistances sélectives. En ce qui concerne la pilule, certaines femmes sont en effet persuadées qu'il existe une diminution de la libido. Le préservatif, lui, provoque des peurs plus fréquentes parmi la gente masculine ; ces derniers craignent en effet fréquemment l'apparition de problèmes érectiles. Quant aux femmes, certaines y voient plutôt une barrière entre elle et leur partenaire. Par ailleurs, ce sentiment est nettement plus fréquent chez les femmes fragiles psychologiquement (exemple : borderline). Un autre moyen de contraception suscitant des réactions similaires est le stérilet qui peut être perçu comme un corps étranger par la femme qui le porte. En effet, les patientes ont peur de se faire mal ou de faire mal à l'autre. Il est à noter que les femmes ayant été abusées ou étant abusées ne supportent que très mal cette méthode. Pour des problèmes de discrétion, par ailleurs, le patch est parfois rejeté par les femmes car on peut le remarquer facilement. Dans une même catégorie de réticence, l'implant sur la face intérieure du bras est palpable, ce qui dérange certaines patientes. Ces deux derniers moyens de protection ont la même origine de résistance, à savoir la gêne de dévoiler à autrui, et plus spécialement aux hommes, l'utilisation d'un contraceptif.

Pour conclure, et afin d'augmenter les chances de compliance, il est important d'envisager la femme et, de façon plus générale, le couple, dans sa double réalité ; d'une part, celle apparente qui est exprimée en lien même avec le projet d'enfant

situé dans la réalité de la vie, et d'autre part, celle latente, inconsciente, qui met en jeu le désir idéalisé d'un enfant.

Psychologie de l'IVG

-

Rencontre avec le Docteur Francesco Bianchi-Demicheli

Comme nous l'avons mentionné précédemment, nous avons rencontré le Dr Bianchi-Demicheli, et ce à la fin de nos investigations. Ce dernier est un grand spécialiste de la sexualité féminine à Genève et s'est intéressé de très près à la psychologie des femmes subissant des IVG. Il a écrit sur le sujet un certain nombre d'articles, que nous avons lus, se basant sur plusieurs études réalisées à Genève ainsi qu'au Tessin.

Dans l'entretien que nous avons eu, ce médecin spécialiste nous a donné une vision très globale et complète des aspects psychologiques mis en jeu dans une telle démarche. Quant aux articles, ils dégageaient une dimension bien plus statistique et théorique du sujet et nous n'avons pas jugé nécessaire de détailler ces chiffres. En effet, le Dr Bianchi-Demicheli nous a fait part, lors de notre entretien avec lui, de données générales résumant très bien le contenu de ses écrits.

Tout d'abord, il a attiré notre attention sur des données statistiques mondiales frappantes que nous ignorions jusqu'alors. Dans le monde, sur 210 millions de naissances ayant lieu chaque année, un grand nombre sont non désirées et 46 millions aboutissent à des IVG. De même, il nous a permis d'inclure la Suisse dans un contexte plus global à savoir l'Europe entière ; en effet, notre pays possède le taux d'IVG le plus bas de toute l'Europe : celui-ci est estimé à 8.3 pour mille femmes en âge de procréer. Dans une vision plus législative, le Dr Bianchi-Demicheli a insisté sur la diminution importante de cette pratique depuis les votations de juin 2002, ce qui encore une fois, souligne le fait qu'une législation plus large ne pousse pas les femmes à avorter, bien au contraire.

Après cette introduction épidémiologique, nous nous sommes focalisés sur les conséquences psychologiques et somatiques de l'IVG, sujet qui nous tenait particulièrement à cœur.

De façon générale, les conséquences psychiques diminuent en s'éloignant, dans le temps, de l'événement. Comme nous le dirons dans notre chapitre « Retour sur une immersion », nous avons réalisé grâce à cet entretien que le moment clé qui va déterminer comment la femme vivra à long terme son avortement se situe dans la période de temps pendant laquelle elle prend sa décision, c'est-à-dire avant l'intervention. En effet, ce laps de temps est très nettement le plus difficile à traverser et comporte beaucoup plus de risques psychiques.

Avant d'entrer dans les détails, insistons sur la nécessité primordiale de ne pas sous estimer les aspects psychologiques. En effet, très souvent, il existe chez certaines femmes des motivations inconscientes qui induisent l'exposition à une grossesse. Autrement dit, dans un nombre restreint de situations, la grossesse est clairement désirée mais l'enfant, quant à lui, ne l'est pas. Comme le dit très bien une patiente dans l'un des entretiens de la vidéo « IVG Fécondes » vue au Planning Familial, « *C'est pour combler un vide que j'ai en moi* ».

Pour illustrer cette notion, le Dr Bianchi-Demicheli nous a donné un certain nombre de cas de figures où la femme désire une grossesse mais où l'enfant est impossible.

Tout d'abord, les motivations peuvent être psycho-sexuelles. Par exemple, chez l'adulte, le deuil représente un grand « moteur » de désir de grossesse. En effet, la perte de quelqu'un de très important induit un désir de le « remplacer », une pulsion de vie. A ce sujet, une étude réalisée en Suisse sur un grand nombre d'IVG a révélé que toutes, sans exception, ont été précédées d'un deuil grave dans les deux années précédentes.

Pour illustrer cela, nous avons pensé judicieux de citer des propos tenus par une psychologue face à des femmes dans cette situation particulière : « *Vous avez eu une pulsion de vie là où il y avait le contraire [afin de] mettre de la vie là où il y de la mort, là où il y a tellement de chagrin, de mort, qu'on se dépêche, sans le savoir, de réparer* » (Vidéo « IVG fécondes », Planning Familial).

Ensuite, une autre situation psychologique à l'origine d'une telle attitude est la dépression, durant laquelle certaines femmes désirent un enfant « anti-dépresseur ».

Dans un même registre, les femmes « borderline » sont très sujettes à l'interruption de grossesse. Cela va d'ailleurs de pair avec la dynamique relationnelle propre à cet état psychiatrique. En effet, dans ce trouble de la personnalité, la peur de l'abandon est souvent très présente. Certaines femmes voient donc dans une grossesse une façon de retenir leur partenaire. D'autre part, les « borderlines » sont souvent caractérisées par un comportement impulsif ou des prises de risque inconsidérées, qui les amènent à tomber enceintes.

Par ailleurs, un procédé similaire aux cas de figure précédents peut être constaté chez des jeunes filles, ou femmes, ayant été, ou étant, abusées. En effet, une grossesse apparemment non désirée peut être la manifestation somatique d'une blessure psychologique, enfouie ou non, permettant à la femme de donner un signal d'alarme.

Enfin, les IVG peuvent être liées à des conflits mère-fille, ou à des problématiques plus vastes relatives à la féminité en général.

Dans chacune de ces situations, de la plus simple à la plus complexe, il est capital d'identifier le problème sous-jacent afin, d'une part, de permettre à la femme de se sentir mieux et de commencer une éventuelle thérapie si besoin, et, d'autre part, de prévenir de futures IVG. Car on peut bien imaginer que, dans les cas où la grossesse cache un appel à l'aide, tant que le problème n'a pas été compris par le médecin, le risque de récurrence existe. A l'opposé, des cas d'infertilité post-IVG d'origine psychologique ont également été rapportés.

Il est donc essentiel que le médecin établisse une relation de qualité avec sa patiente, afin de pouvoir, dans un premier temps, déceler d'éventuels problèmes psychiques, et, dans un second temps, être en mesure d'offrir un suivi de qualité. Selon les mots du Docteur, le thérapeute doit pouvoir « protéger la femme » de son entourage, et également très certainement d'elle-même. D'ailleurs, la qualité de la relation est d'autant plus importante lorsqu'il existe une ambivalence cachée, c'est-à-dire une discordance entre le comportement et les paroles de la femme. Dans ce cas de figure, la réalisation d'une IVG peut avoir des conséquences très traumatiques, et la prise en charge médicale doit être à même de prévenir de tels dérapages.

Soulignons cependant encore une fois que de tels problèmes psychologiques ou psychiatriques ne sont de loin pas la règle parmi les femmes qui subissent des IVG, mais bien plus des cas particuliers somme toute assez peu fréquents.

Concernant justement l'attitude du médecin, selon l'avis du Dr. Bianchi-Demicheli, il est essentiel que ce dernier accompagne la femme dans sa décision, en prenant grand soin de ne l'influencer d'aucune manière. Le Docteur nous a confié qu'il n'hésite d'ailleurs pas, dans ses consultations, à laisser du temps à ses patientes, et à les renvoyer chez elles dans les cas de figures où ces dernières sont ambivalentes. En effet, il a pu remarquer que le simple fait de les pousser à se confronter une fois encore à leur milieu ou à leur famille leur permet bien souvent d'éclaircir leurs idées.

Dans le cas contraire, si le médecin exerce une pression sur sa patiente dans un sens ou dans un autre, les conséquences psychologiques peuvent s'avérer catastrophiques. Il a été démontré que lorsque la femme est poussée à garder son bébé contre sa volonté, les cas d'abandon ou de mauvaise relation mère-enfant sont beaucoup plus fréquents.

Par ailleurs, comme nous l'a fait remarquer le Dr. Bianchi-Demicheli, malgré les attitudes parfois décourageantes de leur thérapeute, les femmes ne changent souvent pourtant pas d'avis ; elles subissent l'IVG désirée, mais en conçoivent un sentiment de culpabilité des plus destructeurs et sont sujettes au développement de séquelles psychologiques.

Cependant, les IVG n'ont de loin pas que des conséquences destructrices sur la vie des femmes.

En effet, comme nous l'avons dit plus haut, l'intervention peut amener certaines patientes à consulter, ce qui révèle parfois des troubles psychiques sous-jacents pouvant dès lors être identifiés et pris en charge.

Dans le même ordre d'idée mais à plus petite échelle, une IVG peut amener, comme toute expérience marquante dans une vie, à une remise en question personnelle constructive. Toujours selon les mots de la même psychologue citée précédemment : « *Il faut dégager un peu de sens de l'événement* ». C'est du moins ce que l'on peut souhaiter à chaque femme qui traverse une telle épreuve, très vraisemblablement rarement vécue comme bénigne.

De même, une grossesse qui survient dans une dynamique de couple amène forcément ce dernier à considérer l'éventualité de fonder une famille. Les issues de telles discussions sont diverses et plus ou moins heureuses. En effet, de telles perspectives peuvent parfois scinder le couple, dont les deux partis sont en désaccord sur un avenir commun. Cependant, la communication qui s'établit entre les potentiels futurs parents peut avoir des répercussions très positives, alors même qu'il est décidé que l'enfant ne sera pas gardé. En effet, devant les difficultés, se met parfois en place une stratégie relationnelle qui n'avait jusque là pas été envisagée et qui peut renforcer le couple. Il n'est d'ailleurs pas rare de voir une femme venant de subir une IVG retomber enceinte quelques mois plus tard et décider de garder l'enfant.

Enfin, sans entrer dans les détails, il ressort des articles que le Dr. Bianchi-Demicheli a écrits quelques données comparant la vie des femmes avant et après une IVG, notamment en ce qui concerne leur moyen contraceptif et leur sexualité.

Premièrement, à propos de ce dernier point, il a été démontré que deux tiers des femmes ne ressentaient aucune différence dans leur vie sexuelle après une interruption de grossesse. Dans le tiers restant, des dysfonctions sexuelles ont pu être constatées, telles qu'une diminution du désir, des troubles orgasmiques, une sécheresse vaginale ainsi que des dyspareunies. Il est intéressant de révéler que ces dysfonctions étaient dans la plupart des cas liées à des symptômes d'anxiété et de dépression.

Deuxièmement, concernant la contraception, les études ont montré que la très grande majorité des femmes ont déjà utilisé une contraception dans leur vie avant de subir une IVG. Lors de la conception, plus de la moitié utilisait une contraception, et seul un tiers n'en faisait pas du tout usage. Cependant, six mois après l'intervention, la majorité utilisait une contraception efficace, alors qu'environ 15% n'en utilisait toujours pas. Il est à noter que parmi ces dernières femmes, seule la moitié sont les mêmes que celles n'utilisant pas de contraception pré-IVG.

En conclusion, nous constatons que la grande majorité des femmes semblent bien supporter l'interruption de grossesse, mais que l'attitude du médecin est clé dans le bon déroulement du processus.

La situation de l'IVG en Afrique

Entretien avec le Docteur Ambroise Wonkam :

Suite à la suggestion de notre tutrice, Samia Hurst, nous avons trouvé intéressant de nous entretenir avec le Dr Wonkam afin d'élargir notre recherche concernant l'IVG à l'Afrique. En effet, ce dernier, d'origine camerounaise, avait travaillé sur le sujet à l'occasion d'un cours donné aux sages-femmes, et nous a aidées à appréhender de façon plus large le problème dans le continent africain. Il nous paraissait en effet intéressant de nous pencher non seulement sur une région du monde où la législation diffère, mais aussi de comprendre l'importance des disparités socio-culturelles face au regard porté sur l'IVG.

Les propos que nous rapportons ici sont le fruit de notre entretien avec le Dr Wonkam. Malgré le fait que de nombreuses informations récoltées auprès de ce dernier soient d'ordre épidémiologique ou statistique, et donc assez objectives, nous tenons à souligner qu'il existe une part subjective dans ce chapitre, notamment en ce qui concerne les dimensions socio-culturelles relatives à l'IVG, dont le Dr Wonkam nous a proposé sa propre interprétation. N'ayant nous-mêmes pour ainsi dire aucune connaissance sur le sujet, nous n'avons pas pu apporter de dimension critique à notre entretien et tenions à le souligner.

Tout d'abord, le Dr Wonkam a attiré notre attention sur le fait que la justice condamne sévèrement l'IVG dans 51 pays africains sur 53. En effet, dans ces derniers, toute interruption volontaire de grossesse est considérée comme criminelle, et donc illégale aux yeux de la loi. Cette très forte majorité s'explique par un contexte culturel particulier et très présent dans ces populations.

En effet, dans la culture africaine, la vie est considérée comme un filon continu que la mort n'interrompt pas ; dans les croyances propres à la tradition de ces régions, il existe une vie avant et une vie après le passage présent parmi les vivants, ce qui entraîne toute une série de rites de passages dans la vie d'un individu. Ceci peut, par exemple, être illustré par le fait qu'après un accouchement, lors d'un rite

intitulé « initiation à la terre », le cordon ombilical et le placenta sont enterrés à un site commun aux membres d'une même famille. De plus, le nouveau-né reçoit souvent à sa naissance le nom d'une personne récemment disparue. Enfin, le culte des ancêtres a une grande place dans ces sociétés. Deux notions se détachent clairement de ces quelques exemples : premièrement, il existe une forte fusion entre le passé et le présent, et deuxièmement, l'individualité s'efface bien souvent au profit de la communauté.

Dans ce contexte, il est aisé de comprendre à quel point l'avortement n'a pas sa place dans les mentalités. Ce dernier est vu comme une interruption artificielle de ce filon de vie.

A cela s'ajoute, comme l'a souligné le Dr Wonkam, une situation socio-politique particulière : l'Afrique sort, en effet, de 400 ans de domination coloniale. De multiples facteurs ont par ailleurs contribué à une relative dépopulation du continent. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer : les guerres d'indépendance, de fréquentes épidémies ainsi qu'une mortalité infantile très élevée. Dans ce contexte, le désir de repeuplement s'ajoute à la résistance psychologique de la population face à l'avortement.

Malgré cela, on estime que plus de 5 millions d'IVG illégales sont pratiquées chaque année en Afrique. Par exemple, au Cameroun, une adolescente sur cinq a déjà subi une IVG, soit 19%. Les principales motivations de ces jeunes femmes et de leurs aînées semblent être la pression sociale exercée contre les grossesses hors-mariage, ainsi que les situations socio-économiques difficiles et potentiellement insuffisantes à la prise en charge d'un enfant supplémentaire.

Cependant, dans la majorité des pays, cette intervention est considérée comme honteuse. Cela a pour conséquence une pratique clandestine donnant suite à des complications dans 60% des cas. Parmi celles-ci, on peut citer : les avortements incomplets, les fréquentes infections, ainsi que les perforations utérines et intestinales. À plus long terme, des cas d'infertilité ou d'incompétence cervicale sont parfois constatés.

En ce qui concerne les facteurs poussant les femmes à avoir recours à l'interruption de grossesse, ont notamment été mis en évidence : le fait d'habiter en

ville, de faibles revenus économiques, un bas niveau de scolarisation, la multiparité ou encore l'âge avancé. L'opinion du partenaire ainsi qu'une situation professionnelle particulière peuvent également jouer un rôle dans la décision.

Dans un tout autre registre et d'un point de vue purement pratique et logistique, le geste peut être exécuté via trois voies différentes ; premièrement, un infirmier ou un médecin peut procéder, comme on le fait chez nous, à une dilatation-curetage, suivie d'une aspiration ; deuxièmement, l'avortement est parfois réalisé par des guérisseurs et autres « faiseurs d'anges » ; troisièmement et enfin, la femme procède à l'auto-induction via des plantes. Le Dr Wonkam a, à ce sujet, insisté sur les nombreux risques que comportent les deux dernières solutions et que nous avons déjà cités plus haut.

Concernant justement la voie médicalisée de l'avortement, le Dr Wonkam s'est penché sur les résultats d'une étude réalisée au sujet de la prise de position des médecins et des étudiants en médecine dans son pays, le Cameroun.

Dans les années pré-cliniques, les étudiants sont 80% à être contre l'IVG ; dans les années cliniques, 75% ; quant aux médecins, ils ne sont plus que 60%. On constate donc une évolution des mentalités au fil des années d'études, mais la résistance à la pratique de l'IVG reste cependant très importante dans le corps médical. Les raisons principalement invoquées par les opposants sont : la santé maternelle, la religion et l'éthique. Les raisons économiques, quant à elles, ne sont pas prises en compte.

Par ailleurs, ces mêmes médecins et étudiants sont majoritairement favorables à l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG). Cette attitude traduit une relative ouverture d'esprit quant à l'acte en lui-même et laisse entrevoir la possibilité d'une certaine évolution des mentalités dans le futur.

Face à cela se pose inévitablement la question de la légalisation de l'avortement. En 1996, l'Afrique du Sud a dépénalisé la pratique de l'IVG. Cela a eu pour effet une baisse marquée des complications infectieuses, une diminution de 90% du taux de mortalité ainsi qu'un taux d'avortement incomplet en chute. Ces constatations devraient pousser les autres gouvernements africains à modifier leurs législations. Cependant, on comprend mieux leurs réticences lorsque l'on sait que 61% des étudiants d'Afrique du Sud considèrent toujours l'IVG comme un meurtre et

que deux-tiers des interventions ont lieu dans ce même pays en dehors du contexte hospitalier, malgré la dépénalisation de l'avortement dans ce pays.

On peut donc se poser la question de savoir si la plus grande part de changement doit avoir lieu au niveau législatif ou au niveau des mentalités, et si le manque d'information n'est pas à l'origine, en partie au moins, des résistances psychologiques de ces populations. Car le problème ne se situe pas uniquement au niveau d'interruptions malheureuses de grossesse, mais également en amont, au niveau des moyens de contraception.

Expérience de notre tutrice, Samia Hurst :

Lors de l'une de nos entrevues pour organiser notre immersion avec notre tutrice, Samia Hurst, cette dernière nous a fait part d'une expérience tout à fait personnelle concernant les IVG en Afrique.

En effet, cette dernière a eu l'occasion, lors des stages effectués en sixième année de médecine, de fréquenter le service de gynécologie d'un grand hôpital public au Cameroun. Là, elle a pu observer de très près la problématique de l'avortement chez les femmes africaines.

Dès le premier jour, nous a-t-elle raconté, elle s'est rendue compte qu'un grand nombre de femmes arrivant à la consultation présentaient des symptômes gynécologiques liés à des complications d'avortements clandestins. Elle a donc tenu un petit carnet de statistiques et a constaté au bout d'une semaine que ces femmes ne représentaient pas moins de la moitié des patientes. Ce chiffre qui paraît déjà énorme pourrait être revu à la hausse dans l'absolu lorsque l'on sait que les hôpitaux publics camerounais sont payants et donc que les gens ne s'y rendent qu'en cas de grande nécessité.

Notre tutrice nous a raconté l'exemple à la fois terrible et éloquent d'une jeune fille de 16 ans, afin d'illustrer de manière plus explicite la situation. En effet, une nuit où elle se trouvait en salle d'accouchement, le chef de clinique l'a appelée pour qu'elle « voit ce qui se passe en Afrique... ». La jeune fille, qui en était à 22 semaines de grossesse, avait voulu provoquer elle-même son propre accouchement, mais n'était pas parvenue à expulser la totalité du matériel. Elle s'était donc rendue à pied à l'hôpital, traversant la moitié de la ville et en proie à de grandes souffrances,

afin de demander de l'aide. Cependant, n'ayant pas d'argent pour payer ses soins, elle avait inventé une histoire afin de forcer le personnel soignant à la prendre en charge. Elle avait pensé que si elle disait que c'était l'un des membres de l'hôpital qui l'avait assistée dans son entreprise, on l'aiderait plus facilement. Malheureusement pour elle, son stratagème s'était retourné contre elle car aucun n'avait accepté, dans le souci de se disculper.

Cette histoire est tout à fait anecdotique, mais elle illustre très bien deux aspects de la problématique de l'avortement illégal en Afrique.

Premièrement, on remarquera à quel point le spectre de la criminalité est présent autour de cet acte. En effet, alors qu'une toute jeune femme était en grand danger, personne dans l'hôpital n'était prêt à lever le petit doigt pour elle, afin d'être certain de ne pas être impliqué dans une telle affaire. Cette attitude de la part de médecins a de quoi interpeller.

Deuxièmement, on notera que, malgré les visions extrêmement négatives de la société face à l'IVG, malgré les énormes risques encourus et malgré les lois parfois très dures punissant les femmes concernées, ces dernières continuent à se faire avorter, et ce de tout temps et partout dans le monde.

Cet échange avec notre tutrice n'a fait que donner un exemple concret de l'impression que nous avait laissée notre entretien avec le Dr Wonkam. Le problème en Afrique est très complexe et met à la question un très grand nombre d'aspects différents. De plus, étant donné l'ampleur du phénomène, on ne peut l'ignorer.

Retour sur une immersion

Dans les précédents chapitres, nous avons rapporté de manière assez pragmatique le fruit de nos recherches. Cependant, il nous paraît capital, dans le contexte d'une immersion en communauté, d'apporter notre point de vue personnel à ce travail. C'est dans ce but que nous avons écrit ce dernier chapitre, notamment afin de revenir sur les différentes rencontres que nous avons eu la chance d'avoir, et d'en transmettre nos impressions

Après avoir décidé de nous pencher sur la problématique de l'IVG à Genève, nous avons commencé par effectuer quelques recherches sur Internet ainsi que dans les livres de la BFM. Une fois un peu d'information accumulée, nous avons pris rendez-vous avec la responsable du Planning Familial genevois, Mme Dorette Fert-Beck.

Entretien au planning familial :

Cette première entrevue nous a permis d'entrer dans le vif du sujet. En effet, nous avons été très bien reçues par Mme Fert-Beck qui connaît parfaitement ce chapitre. Nous avons débuté par une discussion au cours de laquelle notre interlocutrice nous a brossé un tableau relativement global de la situation à Genève. Elle nous a, d'une part, expliqué le côté logistique et législatif, et d'autre part, nous a présenté son vécu professionnel en la matière.

Très rapidement, nous avons réalisé à quel point chaque histoire est différente et que tous les cas de figures existent. En effet, il nous faut avouer que nous avions quelques a priori sur le profil type de la femme venant consulter pour une interruption de grossesse. Nous avons à l'esprit deux catégories de femmes : la première était celle des adolescentes peu expérimentées et informées, la deuxième, celle des femmes d'âge plus mûr, éventuellement mariées et avec des enfants, mais dont les difficultés économiques ou sociales ne permettaient pas la prise en charge d'un

nouveau-né. Statistiques à l'appui, Mme Fert-Beck nous a fait comprendre à quel point ces schémas étaient stéréotypés et ne se vérifiaient ni dans les chiffres ni au cours des consultations données au Planning Familial. En effet, l'exemple le plus marquant qui illustre notre méprise réside dans le fait que les jeunes femmes de moins de 20 ans représentent moins de 10% des IVG pratiquées en 2003 à Genève.

Mme Fert-Beck a eu la gentillesse de nous permettre de visionner une cassette où des entretiens entre une psychologue et des femmes désireuses d'une IVG étaient filmés. En effet, au départ de notre projet, nous voulions avoir la possibilité d'interviewer un certain nombre de patientes afin de mesurer directement l'impact de cette décision sur leur psychisme. Cependant, nous avons vite réalisé à quel point cela serait délicat au vu de la sensibilité du sujet et cette vidéo a contribué à illustrer ces difficultés. C'est donc avec d'autant plus d'intérêt que nous l'avons regardée. Nous avons été très touchées par chacune des femmes présentées dans ce petit documentaire et nous avons pu vérifier, une fois encore, que chaque vécu est unique.

Enfin, cet entretien nous a permis d'avoir un premier aperçu des rouages du système genevois et des différents institutions mises en place afin d'accueillir, de prendre en charge et d'accompagner ces femmes.

Quant à l'impression que nous a laissée le Planning Familial et tout spécialement sa responsable, Mme Fert-Beck, nous tenions à dire à quel point nous avons été frappées par l'humanité et l'engagement qui s'en dégageaient. Mme Dorette Fert-Beck nous a, en effet, semblé entrer parfaitement dans ce rôle d'interlocutrice bienveillante et engagée que nous espérions trouver dans un pareil contexte.

Fortes de cette rencontre fructueuse et avec quelques livres supplémentaires sous le bras, nos pas nous ont menées de l'autre côté de la rue, à la Maternité. Là, nous avons rencontré le Docteur Ana Lourenço, cheffe de clinique. Cette dernière s'occupe tout spécialement de la prise en charge des femmes voulant mettre fin à leur grossesse.

Rencontre avec Ana Lourenço, cheffe de clinique à la Maternité :

Elle nous a, tout d'abord, permis de rencontrer l'équipe de l'Unité de Médecine de la Reproduction où ont lieu les consultations pré-opératoires. Cette dernière est principalement constituée d'infirmières (nous n'avons pas croisé d'infirmier...) travaillant en étroite collaboration avec des médecins. Après une prise de contact avec un certain nombre d'entre eux, nous avons planifié de revenir voir quelques consultations un autre jour.

Quant à notre entrevue avec Ana Lourenço, elle nous a été d'une grande utilité dans la mesure où nous avons pu éclaircir les différentes étapes du protocole établi dans la prise en charge des IVG (cf. chapitre « Parcours à la Maternité »)

L'impression que nous a laissée cette entrevue diffère passablement de celle avec laquelle nous avons quitté le Planning Familial. Le retour que nous avons était beaucoup plus factuel et nous avons eu de la peine à entrer dans la dimension psychologique et humaine du sujet. Cette attitude, que nous allons retrouver par la suite dans les services, nous a amenées à nous poser un certain nombre de questions sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Consultation dans l'Unité de Médecine de la Reproduction :

Quelques jours plus tard, nous sommes donc revenues dans le Service que nous avons visité et avons eu la possibilité de suivre une consultation pré-opératoire de bout en bout. Sans entrer dans des détails assez techniques pour la plupart, nous allons reporter ici nos impressions générales.

Tout d'abord, nous avons envie de relever le travail effectué par les infirmières qui prennent véritablement le temps de discuter avec les femmes arrivant à la consultation. En effet, ce sont elles qui, les premières, tentent d'appréhender l'histoire de chacune de ces femmes dans son ensemble. Elles sont chargées de déterminer si la décision de la patiente est claire ou ambivalente (il existe une case à cocher dans le dossier répondant spécifiquement à cette question) et pour ce faire, engagent véritablement la discussion. D'ailleurs, ce sont également elles qui remplissent la plus grande partie du dossier. En plus des aspects communs à toute consultation, elles s'intéressent également à la vie de couple de la patiente, à la

position de l'éventuel partenaire face à la décision prise ainsi qu'au potentiel désir d'enfants ultérieur.

En tant que simples spectatrices de cet échange, nous avons pu percevoir à quel point ces moments pouvaient être difficiles et douloureux. Malgré le fait que les femmes semblent arriver parfois très décidées, cette consultation peut faire remonter à la surface un certain nombre d'émotions pas toujours faciles à gérer, et dans ces moments douloureux, nous avons trouvé les infirmières pleines de délicatesse et de respect.

Quant à l'attitude des médecins dans l'entrevue qui suit celle qui se déroule avec les infirmières, nous avouons avoir été quelques peu déçues... Est-ce par manque de temps, ou parce que les infirmières ont déjà fait le plus gros du travail, il n'en demeure pas moins que nous avons trouvé les médecins assez peu soucieux de la situation psychologique dans laquelle se trouvent leurs patientes. Alors que cette consultation est la dernière avant le jour de l'opération et que c'est à cette occasion qu'est prise la décision « finale » et que les femmes signent les papiers, le côté psychologique n'est presque pas abordé. Cependant, le médecin insiste sur le fait que la patiente peut renoncer à tout moment à l'intervention jusqu'au matin même.

De même, lors de la consultation de suivi qui a lieu deux semaines ou un mois après l'intervention, selon le mode de cette dernière, nous avons été frappées par le manque d'intérêt des médecins face au vécu des femmes. Pour tout dire, le sujet n'a été abordé dans aucun des entretiens auxquels nous avons assisté.

Lors de l'un de ces contrôles, l'une de nous a eu l'occasion de s'entretenir avec une patiente, en l'absence du médecin, et s'est rendue compte à quel point cette dernière était dans l'attente d'une écoute bien plus attentive et soucieuse de la part du gynécologue.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'attitude commune à tous les médecins rencontrés a soulevé en nous un certain nombre de questions. Nous avons déjà émis des hypothèses : était-ce simplement par manque de temps, ou n'y a-t-il pas, peut-être une sorte de banalisation de la situation qui s'installe chez le corps médical confronté fréquemment à cette problématique ? Les médecins ont-ils le sentiment que cette dimension ne leur appartient pas et est du ressort des

infirmières seules ? Est-ce une façon de se protéger face à la détresse parfois très troublante des patientes ?

Nous n'avons de loin pas la prétention d'être en possession d'une quelconque réponse face à ces nombreuses interrogations. Le procédé est certainement multifactoriel et sans doute pas spécifique aux gynécologues-obstétriciens de la Maternité. En effet, ce problème est assez récurrent dans la relation médecin-malade en général, comme nous avons pu l'aborder dans les divers séminaires donnés dans notre cursus. Mais nous nous attendions, il est vrai, à plus d'attention de la part des médecins face à des patientes traversant des moments si délicats et douloureux.

D'un point de vue purement législatif, comme nous l'avons déjà mentionné, un article (art.120 CPS) est consacré tout spécialement au déroulement de la consultation qui doit avoir lieu entre le médecin et la femme désirant avorter. Celui-ci stipule notamment que le médecin doit « s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte » et « la conseiller ». Nous nous posons la question de savoir à quel point cela est respecté étant donné que ce sont les infirmières qui réalisent plutôt ce travail. D'autre part, le médecin est tenu d'informer la patiente au sujet « des possibilités de faire adopter l'enfant », autrement dit sur des éventuelles alternatives, ce que nous ne les avons pas vu faire.

Par ailleurs, nous avons eu l'occasion d'assister à des interruptions de grossesse chirurgicales grâce au Dr. Fraisse, un des internes que nous avons rencontré dans le Service. Tenant à avoir une vue d'ensemble, il nous paraissait en effet important de ne pas laisser de côté ce volet du parcours. Cependant, il ne nous paraît pas utile de nous étendre plus sur le sujet qui reste très technique.

Interview du Dr. Francesco Bianchi-Demicheli, responsable de la Consultation de Gynécologie psychosomatique et Sexologie :

Sur le conseil de la cheffe de clinique, Ana Lourenço, nous avons rencontré le Dr. Bianchi-Demicheli. Cette rencontre a eu lieu relativement à la fin de notre projet. Ayant déjà un certain bagage de connaissances, pour la plupart assez théoriques,

cela nous a enfin permis d'y ajouter la dimension psychologique qui nous intéressait tant au commencement de notre immersion.

Nous avons abordé avec lui un certain nombre de questions. Tout d'abord, il nous a parlé des conséquences psychologiques et somatiques de cette difficile décision qu'est l'avortement. Par ailleurs, il a attiré notre attention sur ces femmes qui désirent une grossesse, sans pour autant vouloir d'un enfant, et nous a énoncé un certain nombre de cas de figure. Enfin, nous avons abordé le sujet des différentes résistances psychologiques face à la contraception.

Ce qui s'est très fortement dégagé de cette rencontre est le fait que le moment clé qui va déterminer comment la femme vivra son avortement se situe dans la période de temps pendant laquelle elle prend sa décision, c'est-à-dire avant l'intervention. En effet, si l'IVG est pratiquée chez une femme ambivalente, les conséquences psychologiques peuvent s'avérer catastrophiques par la suite. Au contraire, si le médecin, le psychologue ou le psychiatre laissent le temps et donnent les moyens à cette même femme d'éclaircir sa situation, l'intervention peut être à long terme parfaitement bien supportée.

Cette conclusion ne nous a pas, à proprement parler, surprises, mais nous ne pensions pas que le dialogue avant l'intervention avait une importance aussi grande par rapport au suivi post-opératoire. Cependant, quand on y réfléchit à deux fois, cela apparaît tout à fait logique car le fait que la femme soit en accord avec elle-même aussi tôt que possible va de pair avec un vécu plus facile de l'épreuve à traverser.

Par ailleurs, cette prise de contact, qui nous a amenées à voir les choses au travers du prisme de la psychiatrie, a mis en exergue toute la complexité du problème. En effet, dans un certain nombre de situations, se cache derrière une demande d'IVG une autre problématique, comme nous l'avons détaillé dans le chapitre « Psychologie de l'IVG ».

Cet entretien avec le Dr. Bianchi-Demicheli a donc été riche en enseignements et nous a quelque peu rassurées sur la prise en charge d'un certain nombre de femmes qui passent par la Maternité. On peut cependant se poser la question de savoir si un entretien avec un psychologue ou un psychiatre ne devrait

pas avoir lieu de façon systématique, au vu de l'importance que peut revêtir l'interaction entre un médecin attentif et sa patiente.

Interview du Docteur Ambroise Wonkam :

Dans un tout autre registre, nos pas nous ont menées au Dr. Ambroise Wonkam. Ce dernier est généticien et travaille dans les étages du CMU. Nous l'avons rencontré sur conseil de notre tutrice, Samia Hurst. Il avait, en effet, élaboré un cours concernant l'avortement en Afrique et destiné aux sages-femmes suisses.

Si nous désirions le rencontrer, c'était dans le but d'élargir notre vision de la problématique de l'IVG à une région du monde différant en de nombreux points de la nôtre. Le continent africain s'y prêtait particulièrement bien en raison de sa culture unique et des prises de position très tranchées face à l'avortement dans la quasi totalité de ces pays.

Le Dr. Wonkam nous a donc présenté son cours en y ajoutant quelques explications et commentaires personnels. Cet échange nous a permis d'acquérir une connaissance globale de la situation africaine, aussi bien du point de vue culturel que du point de vue législatif.

Cette rencontre a été pour nous très enrichissante. Elle a encore mieux illustré à quel point le débat sur l'avortement touche aux fondements mêmes de toute société. En effet, entrent en jeu dans le débat des notions de perception de la vie, de croyances, d'idéologies ainsi que de mœurs en général.

Conclusion

Ce travail a été pour nous très intéressant car il nous a permis de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de cette problématique. A l'occasion de nos différentes rencontres, nous avons pris la mesure de la grande complexité du sujet.

En effet, une des plus grandes révélations que nous avons eue est que l'histoire de chaque femme est différente et qu'il n'existe pas de schéma pré-établi. L'IVG est ainsi un problème de santé qui surgit dans toutes les populations, quelque soit l'âge, le milieu social ou culturel, ou encore la situation familiale.

Par ailleurs, nous avons été frappées par la difficulté de la prise de décision à laquelle les femmes doivent faire face. Car entre en jeu une multitude de facteurs soulevés, dans un premier temps, par le fait d'être enceinte et de mettre au monde un enfant, puis, dans un second temps, de désirer mettre un terme à cette perspective. Cette dernière décision n'est jamais facile à prendre et son vécu dépend de beaucoup de paramètres, dont le contexte culturel et social. L'importance de ce dernier a été mis en exergue par notre rencontre avec le Dr Wonkam, qui nous a permis de comparer la situation africaine avec celle que nous connaissons ici.

À ce propos, nous sommes bien conscientes de n'avoir couvert qu'une partie restreinte du sujet, et de nombreuses fois, nous aurions voulu approfondir ou nous lancer dans d'autres thématiques, comme nous l'avons déjà dit dans l'« Introduction ». Par ailleurs, nous n'avons fait que survoler le côté psychologique qui nous intéressait pourtant tant, à notre plus grand regret.

Un autre point très positif que nous retirons de cette recherche est qu'elle nous a permis d'entrer en contact avec des organismes gravitant autour de l'hôpital, non-médicalisés mais néanmoins essentiels au bon fonctionnement du système. En effet, nous avons été très impressionnées par le professionnalisme et le savoir-faire des intervenants du Planning Familial., ou encore l'accueil reçu dans de simples

conversations téléphoniques avec certaines organisations tels que SOS Futures mères.

Pour conclure, ce projet a été une expérience très enrichissante au travers de laquelle nous avons touché aux aspects les plus divers. Nous en retirons par ailleurs la satisfaction d'avoir pu rencontrer des gens aussi variés qu'intéressants qui ont chacun, à leur manière, éclairé notre recherche sur les IVG.

Liste des intervenants rencontrés

- Dr. Samia Hurst, médecin et éthicienne, accessoirement tutrice responsable de notre projet d'immersion en communauté
- Mme Dorette Fert-Beck, responsable du Planning Familial à Genève
- SOS Futures mères
- Service de Protection de la Jeunesse
- Bureau Genevois d'Adoption (BGA)
- Dr. Ambroise Wonkam, généticien au CMU
- Dr. Miroslav Pirek, gynécologue obstétricien
- Dr. Ana Lourenço, cheffe de clinique à la Maternité de Genève
- Dr. Bianchi-Demicheli, sexologue, responsable de la Consultation de Gynécologie psychosomatique et Sexologie aux HUG
- 3 médecins, internes à la Maternité de Genève dont le Dr. T Fraise
- 3 infirmières du Service de Médecine de la Reproduction (Maternité)
- 1 infirmière de l'Hôpital de jour (Maternité)
- 5 patientes, dans le Service de Médecine de la Reproduction

Bibliographie

- F. BIANCHI-DEMICHELI, E. PERRIN, A. DUPANLOUP, P. DUMONT, J. BONNET, M. BERTHOUD, R. KULIER, L. BETTOLI, F. LORENZI-CIOLDI, D. CHARDONNENS, *Contraceptive counselling and social representations : a qualitative study*, Swiss Med Wkly, no136, pp.127-134, 2006.
- F. BIANCHI-DEMICHELI, E. PERRIN, F. LUDICKE, A.CAMPANA, *Contraception and Sexuality after Termination of Pregnancy : a comparison between Lugano and Geneva*, Swiss Med Wkly, no131, pp.515-520, 2001.
- F. BIANCHI-DEMICHELI, E. PERRIN, F. LUDICKE, P. G. BIANCHI, D. CHATTON, A.CAMPANA, *Termination of Pregnancy and Women's Sexuality*, Gynecologic and Obstetric Investigation, no53, pp.48-53, 2002.
- F. BIANCHI-DEMICHELI, E. PERRIN, P. G. BIANCHI, P. DUMONT, F. LUDICKE, A.CAMPANA, *Contraceptive practice before and after termination of pregnancy : a prospective study*, Contraception, Volume 67, Issue 2, pp.107-113, 2003.
- F. BIANCHI-DEMICHELI, F. LUDICKE, D. CHARDONNENS, *Imaginary pregnancy 10 years after abortion and sterilisation in a menopausal woman : a case report*, Maturitas, Volume 48, Issue 4, pp.479-48, 2004
- CHUV, HUG, *Consultation IVG et Situations spécifiques*, Endocrinologie, Gynécologie et Infertilité, modifié le 28 mai 2006.

- CHUV, HUG, *Le curetage interrupteur*, Endocrinologie, Gynécologie et Infertilité, modifié le 28 mai 2006.
- DORETTE FERT, *Planning Familial : Contraception, Comportements à risque*, Cours « Personnes, Santé, Société » (PSS), 27 avril 2006.
- FONDATION GENEVOISE POUR LA FORMATION ET LA RECHERCHE MEDICALES, *Interruption volontaire de grossesse*, www.gfmer.ch/Cours/IVG.html, 13.08.2003.
- J-J. GHEDIGHIAN-COURIER, *Avortement, l'Impossible Avenir*, Ed. L'Harmattan, 2000.
- A. GLASIER, A. GEBBIE, *Handbook of Family Planning and Reproductive Healthcare*, Ed. Churchill Livingstone, 4e edition, 2000.
- J. KELLERHALS, W. PASINI, avec la collaboration de G. WIRTH, *Le sens de l'avortement, Étude psycho-sociologique*, Librairie de l'Université Georg, Genève, 1976.
- A. P. LOURENCO, C. REUSE, D. DE ZIEGLER, *L'interruption de grossesse précoce : ce que le praticien doit savoir*, Revue Médicale Suisse, 17 mai 2006.
- A. P. LOURENCO, *Avortement spontané et interruption de grossesse - Aspects médicaux*, Maternité des HUG, Cours créé le 24 avril 2006.
- D. MERKI, J.BITZER, *Tout ce que je souhaite savoir sur la contraception*, Ed. Schering.

- E. PERRIN, F. BIANCHI-DEMICHELI, *Sexual life, future of the couple, and contraception after voluntary pregnancy termination. Prospective study in Geneva (Switzerland) with 103 women*, Rev Med Suisse Romande, no122, pp.257-260. mai 2002.
- PLANNING FAMILIAL (CIFERN), *Statistiques IG à Genève en 2003*, Source : Directions générales de la santé.
- PLANNING FAMILIAL, Vidéo « *IVG Fécondes* ».
- J-C. PONS, F. VENDITELLI, P. LACHCAR, *L'Interruption volontaire de grossesse et sa prévention*, Ed. Masson, Paris 2004.