

L'IVG A GENEVE

RAPPORT IMC

Fanny Chatelain

Anais Huot

Natacha Dubois

Doriane Ischer

Vendredi 21 juin 2013

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
HISTOIRE ET LOIS.....	5
Avant 2002	5
Aujourd'hui	10
ETHIQUE.....	12
Ethique et interruption de grossesse	12
Le statut et le droit à la vie de l'embryon	13
Le droit des femmes	14
Le droit des soignants.....	15
LE DEVELOPPEMENT DE L'HUMAIN	17
La fécondation.....	17
Embryogenèse	18
1. Première Semaine	18
2. Deuxième Semaine.....	18
3. Troisième semaine.....	18
4. Quatrième semaine.....	19
5. Deuxième mois	19
La période fœtale	20
CONTRACEPTION.....	21
Méthodes de contraception	21
Indice de Pearl.....	23
La pilule du lendemain	25
STATISTIQUES: QUELQUES CHIFFRES	29
PRISE EN CHARGE LORS D'UNE IVG	34
Technique d'interruption de grossesse	34
1. Entretien pré-IVG	34
2. Interruption de grossesse médicamenteuse	35
3. Interruption de grossesse chirurgicale	36
4. Suivi de la prise en charge d'une patiente désirant une IVG par Doriane Ischer.....	37
ASPECT FINANCIER DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET ASSURANCES	40
Le cas des migrantes	41
Le cas des adolescentes.....	41
PSYCHOLOGIE ET INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.....	42
Le syndrome post-abortif.....	42
Les causes psychiques de l'avortement (et donc de la grossesse imprévue)	43

Les conséquences de l'avortement.....	43
Psychologie dans le cas d'une grossesse non voulue portée à terme	46
IVG à répétitions	46
Et l'homme ?.....	47
L'INTERRUPTION DE GROSSESSE, POINT DE VUE RELIGIEUX	49
Le christianisme.....	49
Point de vue catholique.....	49
Point de vue protestant	50
Point de vue du Judaïsme.....	50
Point de vue de l'Islam	51
PREVENTION.....	52
Education sexuelle	52
RESULTATS DU SONDAGE.....	54
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	62
INTERVIEW DE A.M. REY: Fondatrice de l'USPDA.....	63
INTERVIEW DU DR. MICHAL YARON: Médecin-adjointe, responsable des consultations ambulatoires de gynécologie, de gynécologie pédiatrique et des adolescentes aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).....	74
INTERVIEW DU DOCTEUR FRANCESCO BIANCHI-DEMICHELI: Psychiatre à la Maternité de Genève	81
INTERVIEW DE MADAME SIMONE CURTET: Assistante sociale à la Maternité de Genève.....	86
INTERVIEW DE MME ANGELA WALDER: Conseillère en santé sexuelle et reproductive au Planning Familial.....	89
INTERVIEW DE CHRISTINE PILLET: Infirmière à la Maternité de Genève	93
INTERVIEW DE FRANÇOISE ANDREETTA: Infirmière à la maternité de Genève	96
INTERVIEW DE SAMIA HURST: Professeur de Bioéthique à l'UNIGE.....	97
INTERVIEW DE L'ABBE PASCAL DESTHIEUX: Curé-modérateur de l'unité pastorale Eaux-Vives-Champel.....	101
INTERVIEW D'ELISE CAIRUS: Théologienne protestante	103
INTERVIEW DU RABBIN SAMUEL COHEN: Directeur du Service Social de la Communauté Israélite de Genève	106
INTERVIEW D'OLIVIER DEHAUDT: Président de l'association "Choisir la Vie".....	109
Questionnaire – Témoignage : Patiente n° 1	111
Questionnaire – Témoignage : Patiente n°2	114
Questionnaire – Témoignage : Partenaire n°1.....	116
Questionnaire – Témoignage : Partenaire n°2.....	118

INTRODUCTION

Pour cette immersion en communauté, nous avons choisi de traiter la problématique de l'interruption de grossesse. Ce sujet nous intéresse car nous sommes des femmes et que c'est une problématique qui soulève de nombreuses questions. En commençant à préparer ce travail nous avons vite réalisé que c'est un sujet encore très tabou dans notre société. Les avis sont très divergents. Même au sein de notre groupe, nous n'avons pas les mêmes avis sur le sujet. C'est pourquoi, nous avons trouvé particulièrement enrichissant d'investiguer cette problématique. Notre but en réalisant ce travail a été de pouvoir lever des tabous, et de pouvoir donner la parole aux patientes, aux proches, aux soignants, aux militants. Nous avons souhaité rencontrer à la fois des personnes pour l'avortement, mais également des personnes contre l'avortement afin d'avoir une vue d'ensemble du problème.

Nous avons visité les différentes structures vers lesquelles les femmes enceintes peuvent se tourner pour obtenir de l'aide, des renseignements sur l'interruption de grossesse. Ces visites sur le terrain nous ont permis de se rendre compte du parcours et du vécu de ces femmes. Les interviews avec les soignants ont pu nous aider également à cerner mieux le vécu de ces femmes.

Nous sommes également intéressées à l'opinion publique. Effectivement en commençant ce travail, nous avons réalisé que nous avons beaucoup d'idées reçues quant à la population ayant recours à l'IVG, quant aux motifs d'interruption de grossesse. C'est pourquoi, nous avons essayé de mettre en évidence ces différentes idées reçues, par le biais d'un sondage que nous avons diffusé sur internet, à notre entourage.

HISTOIRE ET LOIS

Avant 2002

Le débat sur l'avortement remonte à plus de 100 ans en Suisse et dans le reste de l'Europe. En Suisse, le droit à l'avortement a toujours été controversé et médiatisé ce qui a suscité de vifs débats et de nombreuses initiatives.

A ce jour, le sujet fait encore polémique comme le montre l'initiative pour l'arrêt du remboursement des interruptions de grossesse par la LAMal.

1893: Début du débat sur le droit à l'avortement, rédaction d'un premier texte interdisant l'interruption volontaire de grossesse "à moins d'un danger vital pour la mère".

1942: Entrée en vigueur du Code Pénal Suisse (CPS), contenant les articles 118 à 121 concernant l'avortement, dans le Livre 2, Titre 1 "infraction contre la vie et l'intégrité corporelle"

Art. 118

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

2 L'action pénale se prescrit par deux ans.

Art. 119

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

1. Il n'y a pas avortement au sens présent du 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 la femme enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération a lieu.

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

2. Les dispositions de l'art. 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 sérieusement 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.

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)

4. Les dispositions de l'art. 32 ne sont pas applicables.

Art. 121

Le médecin qui ayant interrompue 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.

Les articles 118 et 119 définissent l'avortement comme étant un délit passible de réclusion. Toute personne impliquée au cours d'un avortement est punissable d'une peine d'emprisonnement.

Il est intéressant de noter que ces articles se trouvent dans le même livre (chapitre) que le meurtre, l'assassinat et le crime.

L'article 120 nuance ces articles en introduisant quatre conditions qui doivent être remplies en même temps pour dépénaliser l'interruption de grossesse:

1. l'acte doit être réalisé par un médecin diplômé
2. nécessité d'un consentement écrit
3. obligation de l'obtention de l'avis conforme par un deuxième médecin
4. à but de prévention d'une atteinte grave ou irrémédiable de la santé de la mère

L'Etat garde ainsi un important pouvoir décisionnel, car ce sont les autorités de chaque canton qui nomment à la fois les médecins ayant l'autorisation de pratiquer l'interruption et ceux aptes à délivrer l'avis conforme.

Il est également intéressant d'examiner le vocabulaire utilisé dans ces articles. Nous avons été choquées de remarquer qu'il est utilisé le terme "*personne enceinte*" alors que cette loi ne concerne bien entendu que les femmes.

En effet, comme le mentionne Isabelle Chatelain dans son article *Le droit à l'avortement en Suisse* "ces deux articles sont une atteinte à la dignité et aux droits les plus élémentaires des femmes. [...] qui, une fois enceintes, perdent leur identité et leurs droits individuels".

Il est d'une part logique que le terme personne soit utilisé car le Code Pénal s'applique à tous les sujets, mais dans le cadre de l'avortement, seule la femme est concernée.

1970: L'application de ce texte de loi varie de plus en plus entre les cantons plus libéraux et les cantons conservateurs catholiques.

Dans les cantons les plus libéraux on commence à élargir la conception de "santé" de l'art. 120, en y incluant un concept plus élargit de la santé selon l'OMS, "*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*" Qui comprend alors le bien-être psychologique et social.¹

¹ <http://www.ekf.admin.ch/dokumentation/00444/00517/index.html?lang=fr>

Art. 118

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 de l'art. 119, alinéa 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 d'une 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 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.

Art.121

Abrogé

Ce résultat fut une surprise, même pour les militantes de l'association USPDA, comme nous l'a confié A.M Rey lors de notre interview *"A mon très grand étonnement le résultat obtenu était vraiment extraordinaire, je n'aurais jamais espéré avoir un si bon résultat avec 72% de oui"*.²

Cette modification du Code Pénal est accompagnée d'une modification de la Loi Fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) 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.

Entrée en vigueur de ces modifications le 1^{er} octobre 2002.

"La réglementation en vigueur a cherché à supprimer les barrières non seulement légales mais également financières à la pratique de l'interruption de grossesse".³ Cette prise en charge par la LAMal fait que la femme n'est plus seule à devoir assumer l'avortement. L'homme indirectement participe également à la prise en charge financière comme un contribuable de l'assurance de base.

L'interruption de grossesse volontaire devient alors non punissable lorsque toutes les conditions demandées par l'art. 119 sont respectées. Ces dernières incluent des conditions qui peuvent malgré tout discriminer une partie de la population nécessitant une IVG, comme le relève Isabelle Chatelain *"Exiger une demande écrite démontre une volonté de décourager les femmes et discrimine les femmes étrangères et celles n'ayant pas fait d'études"*.⁴

Qu'en est-il pour les IVG dites "tardives" c'est à dire après 12SA?

ATF 129 I 402 – Arrêt du Tribunal fédéral du **14 octobre 2003**, 1^{ère} Cour de droit public. *Primauté du droit fédéral. L'art. 119/1 CPS exige un avis médical pour une IVG après la douzième semaine. Un canton ne peut dès lors pas exiger, en sus, le deuxième avis d'un médecin spécialisé.*

La loi est "volontairement" peu précise à ce sujet le but étant d'éviter un "listing" des causes permettant un avortement après 12SA et laisse donc au médecin le soin d'évaluer "l'état de détresse profonde" de la femme enceinte sans en préciser les limites. Le CPS stipule néanmoins que *"le danger devra être d'autant plus grand que la grossesse est avancée"*⁵

² Interview de A.M Rey en annexe

³ <http://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2012/4991.pdf>

⁴ Chatelain Isabelle, *Le Droit à l'Avortement en Suisse*, Chronique féministe n°105, janvier/juin 2010

⁵ Code Pénal Suisse art. 119 al.1

Aujourd'hui

L'IVG reste un sujet politique et médiatique comme le montre les deux nouvelles initiatives lancées en 2013:

- *"Financer l'avortement est une affaire privée – Alléger l'assurance-maladie en radiant les coûts de l'interruption de grossesse de l'assurance-maladie de base"*

Vise le retrait du remboursement de l'avortement par l'assurance-maladie de base, en ajoutant à la Constitution Fédérale l'article suivant:

Art.117, al. 3

3 Sous réserve de rares exceptions concernant la mère, l'interruption de grossesse et la réduction embryonnaire ne sont pas couvertes par l'assurance obligatoire.

Cette initiative a été directement contrée par la Commission Fédérale pour les Questions Féminines, le CFQF, qui explique qu'avec cette nouvelle initiative *"la responsabilité d'une grossesse non désirée repose à nouveau entièrement sur les femmes. Ce texte délie les hommes de leur responsabilité financière et discrimine donc directement les femmes, ce qui est contraire non seulement à l'art. 8 al. 3 de la Constitution fédérale mais aussi à la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes CEDEF"*.⁶

De plus, cette initiative discrimine les femmes vivant dans des conditions de précarité. Avec un risque majeur de voir réapparaître les avortements illégaux dans les populations les plus démunies. Il serait inacceptable que les femmes ayant les moyens puissent avorter dans des conditions d'hygiène et de sécurité médicale alors que d'autres seraient obligées de faire cet acte de manière illégale.

La deuxième initiative lancée en 2013:

- *"Protéger la vie pour remédier à la perte de milliards"*
Vise l'ajout d'un article protégeant la "vie humaine" dans la Constitution Suisse:

Art. 7 Protection de la vie et de la dignité humaine

1 La vie humaine est protégée

2 La dignité humaine doit être respectée et protégée

⁶ <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=it&msg-id=46484>

Tableau comparatif résumant les différences avant et après 2002:⁷

Tableau synoptique - ancienne et nouvelle réglementation	
Anciennes dispositions (art. 120 CP de 1942)	Nouvelles dispositions (art. 119 – 120 CP en vigueur depuis le 1.10.2002)
L'IVG n'est dépenalisée que s'il existe « un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente ». La femme doit donner son accord par écrit. Dans les faits, le terme santé est défini de manière très variée selon les interprétations données par les médecins.	Durant les 12 premières semaines l'interruption est non punissable. Il faut une demande écrite de la femme « qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse ». Après l'écoulement du délai, l'interruption est non 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 doit être confirmé par l'avis conforme d'un second médecin diplômé. C'est de sa décision que dépend l'autorisation d'interrompre la grossesse. Ce deuxième médecin doit être qualifié comme spécialiste par l'autorité compétente du canton et ne peut pas lui-même pratiquer l'intervention.	Durant les 12 premières semaines, la décision incombe à la femme. Le ou la médecin traitant doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme et la conseiller. Il ou elle doit remettre à la femme la liste des centres de consultation ou de conseils et d'aide. Après les 12 semaines de grossesse, l'avis d'un seul médecin est nécessaire.
	Les cantons désignent les cabinets et 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. Les femmes enceintes de moins de 16 ans doivent s'adresser à un centre spécialisé pour mineur-e-s.
Le consentement du ou de la représentant-e légal-e de la femme enceinte est nécessaire si cette dernière est incapable de discernement (en règle générale, les mineures sont capables de discernement !). L'interruption de grossesse doit être prise en charge par la caisse maladie.	

⁷ <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/comparaison.htm>

ETHIQUE

Ethique et interruption de grossesse

Parler d'éthique dans l'IVG est probablement un exercice très périlleux. Un des plus gros problèmes avec l'interruption de grossesse c'est qu'on ne parle pas tous de la même chose. Nous n'avons pas la même définition et perception de la nature de l'embryon. Si nous étions d'accord sur la nature de l'embryon, alors il n'y aurait pas de doute quant au statut de l'embryon. Certaines personnes pensent que l'embryon n'est qu'un vulgaire "tas de cellules", tandis que d'autres pensent que c'est un être humain à part entière. Alors comment parvenir à une solution ? Comment accorder du poids à certains arguments, certaines valeurs, tant bien même que l'on ne possède pas de définition commune de l'embryon, et des droits de la mère ? S'il était possible de prouver que l'embryon est un être vivant à part entière, au même titre que vous et moi, alors il n'y aurait pas de discussion au sujet de l'avortement. Il ne serait pas possible d'autoriser le "meurtre" d'un être vivant. A l'opposé, si on pouvait prouver que l'embryon n'est pas un être vivant, alors il n'y aurait aucune raison valable de ne pas pratiquer d'avortement. La mère pourrait ainsi décider de son corps comme bon il lui semble. Cependant, l'embryon, aujourd'hui, possède un statut intermédiaire. Il n'est ni un être humain avec tous ces droits, ni un objet dénué de droit. Il a le statut de "prémisse d'un être humain". Alors comment faut-il réellement le considérer et le traiter aujourd'hui ? Sous prétexte qu'il va devenir un être humain, faut-il déjà le considérer comme tel ? Hans Saner, un philosophe Suisse refuse cette théorie en avançant cet exemple : "L'embryon n'est pas ce qu'il pourrait devenir. De même qu'une chenille n'est pas un papillon."⁸ Tandis que Tertullien, un des Pères de l'Eglise affirme le contraire en disant : "Est déjà Homme celui qui le sera !" ⁹

On peut percevoir ce problème de définition dans notre langage également. Lorsque l'on parle d'interruption de grossesse avec une femme souhaitant avorter, on utilise le mot "embryon ou fœtus" tandis que lorsque l'on parle avec une femme enceinte désirant poursuivre sa grossesse, on utilise spontanément le mot "bébé". Et pourtant dans les deux cas, on parle exactement de la même chose, mais par les mots que l'on utilise, on pense parler de quelque chose de différent.

Les différents problèmes que l'on observe dans l'interruption de grossesse sont des questions de droit des Hommes et de devoir envers l'embryon:

- Le droit des femmes versus le devoir de gestation
- Le droit à la vie de l'embryon versus le droit des femmes
- La protection de l'embryon, un être fragile versus le devoir de gestation
- Le droit des soignants versus la volonté de la femme

Ces valeurs vont alors avoir un poids différent et vont ainsi pouvoir permettre de prendre une décision.

⁸ Tirée du site de l'USPDA : Le statut moral de l'embryon. Lien : <http://www.svss-uspda.ch/fr/ethique/ethique.htm#Bible>

⁹ Citation provenant du site Evene. Lien : <http://www.evane.fr/citation/deja-homme-sera-homme-19809.php>

Le statut et le droit à la vie de l'embryon

La loi suisse donne un droit à l'embryon dès sa conception. Ce droit est faible au moment de la conception, mais au fur et à mesure que la gestation augmente, ce droit devient de plus en plus important. Il y a une gradation dans la protection du fœtus. Samia Hurst dit très justement: "On pourrait à tort penser que le droit à la vie de l'embryon ne commence qu'à partir de 12 semaines, mais ce n'est pas correct, il existe avant. La protection à partir de 12 semaines devient plus lourde face au droit de la mère. Jusqu'à 12 semaines, la protection de l'embryon est trop petite et est contre balancée par le droit maternel. Après 12 semaines, il faut qu'il y ait quelque chose de plus que le choix maternel pour contre balancer la protection du fœtus. Il faut qu'il y ait une raison très forte qui pourrait contrebalancer le droit de l'embryon à la vie. Il n'y a pas "d'interrupteur" pour la protection, il n'existe pas un moment où l'embryon n'a pas de droit de protection et un moment où l'embryon a tous ses droits, c'est une progression"¹⁰.

Après le délai de 12 semaines, l'embryon a donc un droit à la vie très fort, et il faut que la mère ait des raisons lourdes pour pouvoir interrompre légalement sa grossesse, comme par exemple une malformation fœtale ou un risque pour sa propre santé.



Source : <http://deshautsetdebats.wordpress.com/2011/02/27/pourquoi-je-suis-contre-lavortement/>

¹⁰ Cf annexe : Interview de Samia Hurst

Le droit des femmes

Chaque femme a le droit de disposer de son corps. Il paraît impossible de contraindre une femme à garder sa grossesse. En effet, le principe d'autonomie prône que chaque femme doit pouvoir disposer de son corps comme elle l'entend ; "l'autonomie regroupe des enjeux éthiques touchant au droit de chacun de façonner librement sa destinée et à l'autorité de chacun sur sa propre personne, à commencer par son propre corps"¹¹. En effet, le corps de la femme est son territoire, sa propriété et ce serait contraire au principe d'autonomie de forcer cette dernière à garder sa grossesse alors qu'elle ne le souhaite pas.

Cependant, il convient aussi de s'interroger si la femme a un certain devoir de gestation. Un des arguments des pro-avortements est le suivant : l'embryon n'est pas un être vivant, il est dépendant de sa mère, il ne peut pas survivre sans elle. Cet argument soulève alors plusieurs autres questions : est-ce que la dépendance est un critère valable pour enlever le droit à la vie ? Que peut-on dire au sujet des nouveau-nés qui sont presque complètement dépendants de leur mère ? Que dire des personnes âgées totalement dépendantes d'autres personnes pour se nourrir ou s'habiller ? Que dire des interruptions thérapeutiques de grossesse où le fœtus est au seuil de viabilité ?

Une fois de plus, on revient au problème de savoir si l'embryon est un être vivant, car si le fœtus était considéré comme un objet, comme un être inanimé alors on ne pourrait pas contraindre la femme à poursuivre sa grossesse. Par exemple, les cheveux d'une femme font parties de son corps, ils sont inanimés, insensibles et attachés directement à la femme, pourtant lorsqu'une femme veut se débarrasser de ses cheveux, doit-elle obtenir une permission spéciale pour disposer de son corps ? Non, car ses cheveux sont à elles, ils ne sont pas en vie. Avec l'embryon le problème est justement que l'on n'arrive ni à le déclarer vivant, ni à le déclarer mort. Judith Jarvis Thomson résume ce conflit comme cela : " On nous demande de remarquer que le développement d'un être humain de la conception à l'enfance, en passant par sa naissance, est continu. On ajoute ensuite que tracer une frontière ou choisir un point dans ce développement et affirmer : "Avant ce point, la chose n'est pas une personne, après ce point, elle en est une "relève d'un choix arbitraire, pour lequel aucune bonne raison ne peut être trouvée dans la nature des choses".¹²

Pourquoi la solution du délai paraît-elle la plus éthique ?

Finalement au terme de cette discussion on se rend compte qu'autoriser l'avortement jusqu'à la 12ème semaine sacrifie certaines valeurs comme le droit à la vie de l'embryon. Après la 12èmesemaine, l'avortement n'est plus pratiqué sauf en cas de détresse profonde de la mère et d'un avis médical. Si l'avortement est refusé, la valeur du droit de la femme est également sacrifiée.

¹¹ Alex Mauron, *cours de Bioéthique*, UNIGE

¹² Une défense de l'avortement, Judith Jarvis Thomson. Lien du site : <http://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-4-page-3.htm>

Pourtant cette solution du délai paraît la plus éthique possible, pourquoi ? Pour répondre à cette question, il faut analyser la situation avec une éthique conséquentialiste. L'éthique conséquentialiste peut être défini de la sorte : "Je peux évaluer la décision en fonction de ses conséquences prévisibles, en termes de la balance bénéfice/dommage ou bénéfice/fardeau probable du résultat. Dans cette perspective, ce qui rend l'action bonne, c'est le caractère globalement positif du résultat escompté. Sous sa forme la plus radicale, l'éthique conséquentialiste, ici décrite, s'appelle utilitarisme et n'admet alors comme seule règle morale que le principe d'utilité: "le plus grand bien pour le plus grand nombre"; ou encore: agi de telle sorte que le résultat prévisible produise le maximum de "bien" et le minimum de "mal", étant entendu que le "bien" et le "mal" sont à évaluer de façon impersonnelle et impartiale"¹³.

En adoptant cette façon d'analyser le problème, on se rend compte qu'autoriser l'avortement est probablement la meilleure chose à faire d'un point de vue des conséquences. Si on le réprime, alors les femmes vont pratiquer des avortements illégaux dans de mauvaises conditions d'hygiène. "L'OMS estime que 20 millions d'avortements à risque se produisent chaque année (soit un avortement pour 10 grossesses), dont 95 % dans les pays en développement et environ 80 000 femmes décèdent chaque année de leurs complications (*World Health Organisation, 1998*)"¹⁴. Ainsi en plus de la mort de l'embryon, la mère risque de mourir. Ces femmes sont également celles qui vont avoir des enfants par la suite. Donc pour le bien du plus grand nombre, il est plus éthique d'autoriser l'avortement afin d'éviter la mort de ces futures mères.

La solution du délai est également éthique dans le sens que l'embryon avorté n'a pas la capacité de survivre hors du ventre de la mère. A 12 semaines, ces poumons sont incapables de respirer.

Le droit des soignants

Lorsque l'on parle d'avortement, il convient également de parler du droit des soignants. L'interruption de grossesse est un acte qui peut poser des problèmes moraux, éthiques ou religieux au personnel soignant. Il existe alors une possibilité pour le soignant : l'objection de conscience. Cette dernière fait l'objet d'une loi cantonale. L'article 82 de la loi sur la santé stipule que :

Art. 82 Objection de conscience¹⁵

¹ Le professionnel de la santé ne peut être tenu de fournir, directement ou indirectement, des soins incompatibles avec ses convictions éthiques ou religieuses.

² L'objecteur doit dans tous les cas donner au patient les informations nécessaires afin que ce dernier puisse obtenir, par d'autres professionnels de la santé, les soins qu'il n'est pas disposé à lui fournir.

³ En cas de danger grave et imminent pour la santé du patient, le professionnel de la santé doit prendre toutes les mesures nécessaires pour écarter le danger, même si elles sont contraires à ses convictions éthiques ou religieuses.

¹³ Alex Mauron, cours d'éthique biomédicale, UNIGE

¹⁴ Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement, site web : <http://www.ceped.org/avortement/fr/chap5/800/chap5-800.html>

¹⁵ http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_03.html

Cette loi permet donc au soignant de ne pas pratiquer d'interruption de grossesse s'il ne le souhaite pas mais le soignant à l'obligation d'adresser son patient auprès d'un autre praticien qui peut pratiquer cette intervention. Le droit à l'objection de conscience permet au soignant de ne pas se retrouver dans un dilemme entre ses propres convictions et le principe de respect de l'autonomie du patient. L'objection de conscience concerne l'acte médical et non l'individu¹⁶.

¹⁶ Conseil d'éthique clinique HUG : Objection de conscience dans la pratique médicale

LE DEVELOPPEMENT DE L'HUMAIN¹⁷

Afin de nous situer, nous avons jugé utile de parler brièvement du développement humain. Il faut bien faire une distinction lorsque l'on parle de grossesse et de l'âge de l'embryon. Pour dater une grossesse, on utilise le nombre de semaines d'aménorrhée. L'âge de l'embryon commence à la fécondation, donc proche de l'ovulation, soit environ deux semaines après le début des dernières règles. En Suisse, l'avortement est légal jusqu'à 12 semaines, sans avis du médecin. Mais lorsque l'on parle des 12 semaines, ce sont 12 semaines d'aménorrhée et non pas 12 semaines de développement de l'embryon. Beaucoup de groupes anti-avortement¹⁸ ne font pas la distinction et culpabilisent les femmes en montrant des photos d'embryons de 12 semaines (qui sont déjà bien développés), alors qu'au fond 12 semaines d'aménorrhée ne représentent pas 12 semaines de développement de l'embryon, mais 10 semaines.

"La très grande majorité des interruptions de grossesse se font dans les premières 5 à 10 semaines d'aménorrhée, ce qui correspond à 3 à 8 semaines de développement embryonnaire".¹⁹

La fécondation

La fécondation a lieu environ 12h après l'ovulation.²⁰

Lors d'un rapport sexuel, les spermatozoïdes éjaculés vont remonter jusqu'aux trompes de Fallope de la femme. Ils ont la capacité de féconder un ovule pendant 2-3 jours, ensuite ils perdent leur pouvoir fertilisant.

L'ovocyte après avoir été expulsé de l'ovaire est amené au niveau de l'ampoule de la trompe où il va rencontrer les spermatozoïdes. Dans le cas où il n'y aurait pas de spermatozoïde, l'ovule meurt en 24h.

Les spermatozoïdes vont essayer de traverser les couches qui les séparent de l'ovule en soi. Lorsque l'un d'eux réussit cet exploit, l'ovocyte reprend sa deuxième méiose et son noyau devient un pronucleus femelle.

Le spermatozoïde perd son flagelle et relâche son noyau (le pronucleus mâle) dans le cytoplasme de l'ovule.

Ces pronuclei vont fusionner et former à partir de leurs contenus haploïdes, une cellule diploïde : le zygote. C'est à ce moment-là que l'on parle de conception. Son sexe chromosomique est déjà déterminé.



[http://fr.maieutapedia.org/wiki/Fécondation_humaine](http://fr.maieutapedia.org/wiki/F%C3%A9condation_humaine)

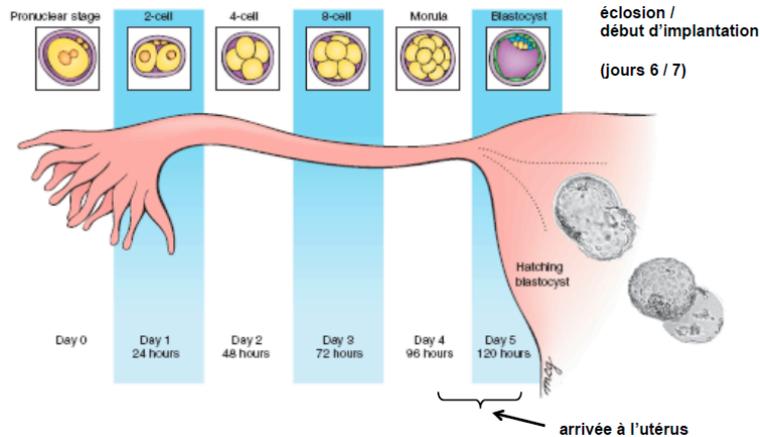
¹⁷ Ce chapitre est basé sur les cours d'embryologie du module A, de 1^{ère} année du Pr. Herrera.

¹⁸ Le développement de l'embryon ; <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/biologie.htm>

¹⁹ Le développement de l'embryon ; <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/biologie.htm>

²⁰ Fécondation et empreinte génomique parentale, Cours du Pr. Herrera, Module A de 1^{ère} année, dia 31/74, 2012

Embryogenèse



Larsen's Human Embryology, Gary C. Schoenwolf PhD, Steven B. Bleyl MD PhD (Author), Philip R. Brauer BS PhD (Author), Philippa H. Francis-West PhD, Churchill Livingstone; 4th edition, 2008, p.42

1. Première Semaine

a. La segmentation

En route pour la cavité utérine, le zygote subit plusieurs divisions : on parle de segmentation. Celle-ci a lieu environ 30 heures après la fécondation et forme des blastomères d'abord 2, 4, puis 8 cellules. A ce stade, il y a une différenciation cellulaire, c'est la compaction qui va créer deux populations cellulaires différentes : les cellules du trophoblaste et les cellules de la masse cellulaire interne. Lors de l'entrée dans la cavité utérine, environ 3 jours après la fécondation, l'embryon est formé de 16 cellules, la morula.

b. Cavitation et blastocyste

Une fois arrivé dans l'utérus, du liquide s'accumule entre les blastomères, ce qui engendre la formation d'une cavité : le blastocèle. C'est à ce stade que l'embryon porte le nom de blastocyste, 4 à 5 jours après la fécondation.

c. La nidation

Au 6^e jour, le blastocyste se colle à l'endomètre et s'y implante.

2. Deuxième Semaine

a. Formation de la cavité amniotique, entourée d'une couche cellulaire : l'amnios.

b. La membrane oro-pharyngée est formée crânialement et deviendra la bouche et la partie antérieure du tube digestif.

C'est à ce stade que la femme aura un test de grossesse positif.

3. Troisième semaine

Durant la troisième semaine, a lieu la formation du tube neural qui donnera le système nerveux. A partir de ce tube neural, une population de cellules, dites *crêtes*

neurales va se développer. Les crêtes neurales vont former tous les composants du système nerveux sensoriels et autonome (parasymphatique et symphatique).

Aussi au courant de la 3^e semaine, il y a apparition de l'aire cardiogène, le site où le système cardiovasculaire se développe. Il y a des contractions myogéniques péristaltiques des tubes cardiaques (cœur primitif), mais la circulation n'est pas unidirectionnelle et coordonnée (flux-reflux).

4. Quatrième semaine

L'embryon une forme cylindrique. Cela permet également la formation du système cardiovasculaire définitif, ainsi que la fermeture du tube neural.

Le cœur définitif est formé et il est capable de battre.

Il y a apparition des bourgeons des membres.

La partie crâniale du tube neural est l'ébauche du futur cerveau. Le canal neural (formé par le tube neural) donnera le canal central de la moelle épinière et les ventricules du cerveau.²¹



Embryon de 32 jours
http://embryo.soad.umich.edu/carnStages/age14/Opticals/10310_lftLat_slide.html

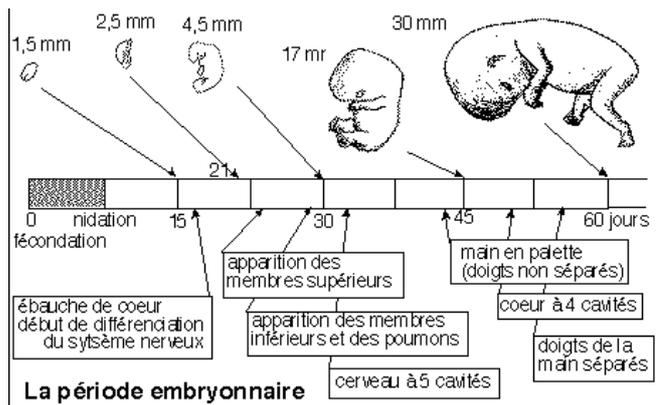
5. Deuxième mois

Les quatre membres continuent à se développer.

Toutes les ébauches d'organes sont présentes, mais les organes ne sont pas encore fonctionnels. Il y a apparition du cortex cérébral.



Embryon de 56 jours
http://embryo.soad.umich.edu/carnStages/age23/Opticals/10300_lftLat_slide.html



<http://pst.chez-alice.fr/svtiufm/grandis.htm>

²¹ Moore K. L., Persaud T.V.N ; The Developing Human: Clinically Oriented Embryology ; September 2007, Saunders, 8th Edition, pp. 416-417

Les prématurés les plus jeunes, viables ont au grand minimum 20 semaines. Mais ils ont une très faible probabilité de survie à long terme, malgré les technologies actuelles en matière de néonatalogie.²²

La période foétale

L'embryon devient le fœtus dès la 9^e semaine de développement.

Quant au système nerveux, les neurones débutent la formation de synapses à la 9^e semaine. Les neurones continuent à se développer entre le 2^e et le 5^e mois. Les dernières formations neuronales se font à la naissance.²³

Concernant la douleur, le fœtus ne peut la ressentir consciemment qu'à partir de la 24^e semaine. Pour être conscient de la douleur, il faut que le cortex cérébral soit formé complètement et fonctionnel. Il faut aussi que le thalamus soit capable de transmettre l'information.²⁴

Les interruptions de grossesses qui ont lieu après la période légale de 12 semaines, sont pour beaucoup dites "thérapeutiques". On interrompt une grossesse si le fœtus est malformé, par exemple en cas d'anencéphalie.

²² Le développement de l'embryon ; <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/biologie.htm>

²³ Idem

²⁴ Idem

CONTRACEPTION

"Seule la prévention efficace des grossesses non désirées, et non les sanctions pénales et les obstacles dressés sur le parcours des femmes concernées, permet de diminuer le nombre des interruptions de grossesse" a déclaré le Dr Evert Ketting (sociologue hollandais, expert en reproduction)²⁵. La contraception est considérée comme la meilleure prévention. Elle doit être adaptée à la femme qui la prend et efficace. Chaque femme est différente. Et heureusement, dans notre société actuelle, le choix de contraceptifs est large, et chaque femme peut ainsi trouver une solution qui lui convienne.

Méthodes de contraception

Avant d'évoquer la "psychologie de la contraception", rappelons quelques méthodes de contraception courantes :

- Méthodes naturelles²⁶ : Entre autre, observer la date d'ovulation en fonction de la durée du cycle, observer la température qui augmente lors de l'ovulation ou encore observer la consistance de la glaire cervicale. Tout ceci dans le but de déterminer la période féconde et ne pas avoir de rapport pendant cette période.
- Coït interrompu²⁷ : Le retrait. Celui-ci consiste à éviter que l'éjaculation n'ait lieu dans le vagin. Il est beaucoup utilisé et considéré comme sûr, à tort malheureusement, car le liquide séminal qui s'écoule avant l'éjaculation contient aussi des spermatozoïdes. Il faut que les partenaires soient expérimentés et se connaisse très bien.
- Préservatifs masculins et féminins²⁸ : Ces dispositifs en latex, permettent de bloquer l'entrée des spermatozoïdes lors d'une pénétration. Ils sont d'ailleurs très utiles pour se protéger des MST. Afin d'augmenter l'efficacité du préservatif (et donc de diminuer l'indice de Pearl), il faudrait faire attention aux points suivants :
 - Température de stockage : éviter la chaleur
 - Date de péremption
 - L'utilisation de certains lubrifiants peut augmenter le risque de déchirure du préservatif (les lubrifiants gras et la vaseline), préférez des lubrifiants aqueux.
 - Utilisation :
 - Pose seulement lorsqu'il y a érection
 - Le dérouler directement sur le pénis et pas avant
 - Pincer la poche d'air pour éviter de faire éclater le préservatif
 - L'homme doit se retirer après l'éjaculation sinon il risque de perdre le préservatif et de répandre du sperme dans le vagin.

²⁵ COURRIER USPDA, n°45, juin 1998 ; <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/prevenir.htm>

²⁶ Winckler M. ; *Choisir sa contraception* ; Fleurus – La santé en questions, Avril 2007, pp. 61-62

²⁷ Naik A. ; *La sexualité des paresseuses* ; Marabout – Les Petits Guides des Paresseuses, Octobre 2007, p.168

²⁸ Winckler M. ; *Choisir sa contraception* ; Fleurus – La santé en questions, Avril 2007, pp. 54-55

- Pilule œstro-progestative²⁹ : Ce petit comprimé contient un œstrogène et une progestérone qui vont bloquer l'ovulation. Actuellement, les dosages sont plus faibles que lorsqu'elle a été pour la première fois mise sur le marché, et donc les effets secondaires sont moins conséquents. Un autre effet contraceptif de la pilule œstro-progestative est l'épaississement des glaires cervicales (comme pendant une grossesse) ce qui empêche le passage des spermatozoïdes et des micro-organismes, ainsi que l'implantation s'il y avait fécondation.

- Dispositifs IntraUtérin (DIU) (stéril)³⁰ : Efficace à 99%³¹, le stérilet, que le médecin place dans l'utérus, existe sous différentes formes. Il peut être en plastique entouré de cuivre et de par sa composition, il inactive les spermatozoïdes et empêche la nidation en interférant avec le développement de l'endomètre. Il existe aussi l'implant intra-utérin qui se compose d'un simple fil avec des morceaux de cuivre (comme des perles) et a les mêmes effets que le premier. Un troisième type de DIU, sous forme de diffuseur d'hormones progestatives (DIU hormonal, Mirena®), est entouré par un cylindre qui contient l'hormone. Ceux-ci induisent l'épaississement des glaires cervicales (comme la pilule) et bloquent le passage des spermatozoïdes. Les DIU peuvent être laissés dans l'utérus pendant 5 ans, voire même 10 ans.³² Les nouveaux stérilets dits "hormonaux" ne sont plus déconseillés pour les femmes nullipares contrairement aux stérilets en cuivre qui eux sont toujours déconseillés.

- Les nouvelles contraceptions hormonales³³ : Les nouvelles contraceptions hormonales telles que l'anneau vaginal (Nuvaring®), le patch contraceptif (Evra®) ou l'implant (Implanon®) font leur grande entrée dans la liste des contraceptifs disponibles actuellement. Elles sont apparues assez récemment et offrent une meilleure compliance auprès des patientes, donc moins d'oubli. Pourquoi ? Car ces nouveaux dispositifs ne doivent plus être pris chaque jour comme les contraceptions hormonales orales connues jusqu'ici. Par exemple, l'anneau vaginal est placé dans le vagin, pendant trois semaines, par la patiente elle-même (contrairement au dispositif intra-utérin qui doit être posé par le médecin) et à moins qu'il y ait expulsion de l'anneau, la femme n'a pas besoin de penser à sa contraception. Au bout des trois semaines, la femme retire l'anneau elle a alors ses règles. Une semaine plus tard elle doit réinsérer un nouvel anneau pour le cycle suivant.

²⁹ Naik A. ; *La sexualité des paresseuses* ; Marabout – Les Petits Guides des Paresseuses, Octobre 2007, p.170

³⁰ Association professionnelle des conseillères et conseillers en santé sexuelle et reproductive, 2010, Membre de PLANeS, Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive ; *Fact Sheets : Les DIU* (données aux patientes lors de la prescription d'une contraception aux HUG) ; https://shop.aids.ch/shop-uploads/1522_02.pdf

³¹ Naik A. ; *La sexualité des paresseuses* ; Marabout – Les Petits Guides des Paresseuses, Octobre 2007, p.175

³² Winckler M. ; *Choisir sa contraception* ; Fleurus – La santé en questions, Avril 2007, pp.104

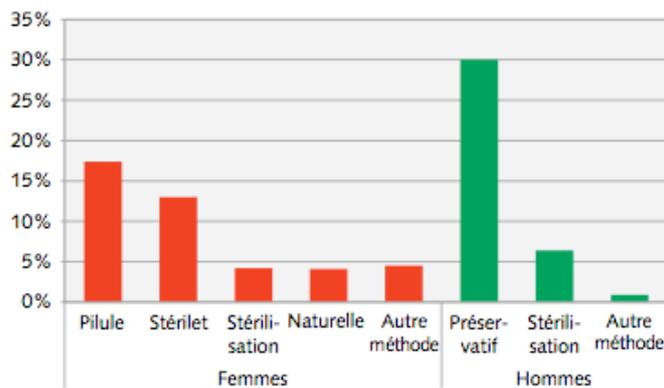
³³ Schmied, Remy ; Patch, Anneau, Implant – Les nouvelles contraceptions hormonales, Cours donné aux Hôpitaux de Rouen, CHU, Mai 2005, http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/A99C533A-2819-4005-BD51-AD4E5871CD98/0/nouvelles_contraceptions.pdf

L'implant, quant à lui, est très fin et souple, il est presque aussi fin qu'une aiguille. Il est inséré en sous-cutané³⁴. Il peut être gardé pendant trois ans et a une efficacité très élevée (99%)³⁵. Il a donc beaucoup d'avantages: compliance améliorée, bonne efficacité.

Recours à la contraception, en 2007

Femmes et hommes sexuellement actifs entre 15 et 49 ans

G 4.71



Source: OFS, ESS

© OFS

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.166422.pdf>

Indice de Pearl

Pour connaître l'efficacité d'une contraception, on utilise l'indice de Pearl³⁶. On observe 100 femmes utilisant une contraception pendant un an et on relève le nombre de grossesses. L'efficacité est inversement proportionnelle à l'indice de Pearl. On peut prendre en compte l'utilisation par la personne (femme ou homme) du préservatif par exemple. Si l'utilisation du préservatif est totalement conforme à ce qui est conseillé, alors l'indice de Pearl n'est pas modifié. Mais si l'homme positionne mal son préservatif ou qu'il est trop petit, l'indice de Pearl augmente et l'efficacité diminue.

Type de contraception	Utilisation en pratique (Indice de Pearl)	Utilisation parfaite (Indice de Pearl)
Pilule	8	0,3
Implant hormonal	0,05	0,05
Anneau vaginal	8	0,3
Patch contraceptif	8	0,3
Stérilet Mirena/Cuivre	0,2/0,8	0,2/0,6
Préservatif	15	2
Préservatif pour femme	21	5
Coït interrompu	27	4

<http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/contraception.htm>

³⁴ Schmied, Remy ; Patch, Anneau, Implant – Les nouvelles contraceptions hormonales, Cours donné aux Hôpitaux de Rouen, CHU, Mai 2005, diapositive 24/35, http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/A99C533A-2819-4005-BD51-AD4E5871CD98/0/nouvelles_contraceptions.pdf

³⁵ Winckler M. ; *Choisir sa contraception* ; Fleurus – La santé en questions, Avril 2007, pp.110-111

³⁶ Winckler M. ; *Choisir sa contraception* ; Fleurus – La santé en questions, Avril 2007, p.32

Dans ce tableau, on peut observer différentes contraceptions et leur indice de Pearl. On entend par "utilisation en pratique" la façon dont la population générale utilise le contraceptif, et elle n'est justement pas parfaite (erreurs de manipulation, oublie, etc.). Il est intéressant de remarquer que si la pilule est utilisée parfaitement, son indice est à 0,3 % (soit 0,3 grossesses pour 100 femmes par année). Or, si on s'intéresse à la colonne "Utilisation en pratique", on réalise que l'indice augmente à 8%. C'est la même chose pour l'anneau vaginal et le patch. Ces contraceptifs n'ont alors comme avantage, par rapport à la pilule, que le confort de ne pas être pris quotidiennement puisque leur effet est continu. Tous les indices de Pearl de l'utilisation en pratique pourraient être un peu diminués si des actions d'information et de prévention étaient plus souvent mises en place. Par exemple, en expliquant la bonne façon de poser un préservatif (en le roulant et non en tirant dessus, c'est le but de l'éducation sexuelle), on diminuerait l'indice de Pearl du préservatif et on augmenterait donc son efficacité. Mais pour beaucoup de contraceptions, l'utilisation ne dépend pas que de la méthode. Cela peut être beaucoup plus complexe.

Dans ce rapport d'immersion en communauté, nous avons réfléchi à une façon de diminuer l'indice de Pearl, soit d'améliorer l'utilisation du contraceptif et de diminuer les erreurs qui y sont liées. De part notre expérience personnelle avec nos gynécologues, nous avons remarqué que certaines informations importantes n'étaient pas transmises systématiquement lors des consultations. Par exemple, il faudrait préciser aux patientes que les vomissements et les diarrhées dues à une quelconque maladie peuvent entraver l'effet de la pilule. Ou encore que certains antibiotiques sont des inducteurs enzymatiques qui engendrent la dégradation des hormones fournies par la pilule. Notre idée a donc été de créer une petite carte, avec une liste des contraceptifs les plus utilisées et les choses auxquelles la patiente doit être attentive lorsqu'elle y a recours. Tout ceci afin que le médecin n'ait pas à expliquer une multitude de choses que sa patiente, sous le flot d'informations, aura probablement oublié en sortant de la consultation. Et bien sûr, le but est aussi de diminuer les risques de fécondation, et donc de grossesses non prévues. Après discussion avec la Dr. Michal Yaron, nous avons appris que ce concept existait déjà sous la forme de prospectus (*Fact Sheets*), apportant chacun des informations propres à un certain type de contraception³⁷. Ainsi, dans chacune des *Fact Sheets*, on peut trouver une description et explication de la méthode, ainsi que les aspects auxquels il faut être attentif. Nous avons trouvé ce concept excellent, car tout est expliqué de façon claire. C'est un outil qui permet à la patiente de connaître sa contraception et son utilisation. Une réelle façon d'éduquer la patiente et la rendre autonome.

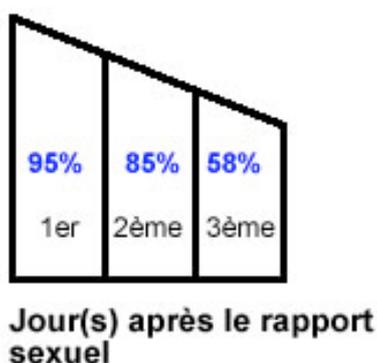
³⁷ Quelques *Fact Sheets* sont jointes en annexe. Elles sont disponibles sur : <https://www.sante-sexuelle.ch/shop/fr/contraception>

La pilule du lendemain

La pilule du lendemain NorLevo[®] est une contraception d'urgence également connue sous le nom de contraception post coïtale. Elle contient une forte dose de lévonorgestrel, progestatif de synthèse ayant un rôle contraceptif.

En Suisse son utilisation est assez contrôlée. En effet, bien qu'on puisse l'obtenir en pharmacie sans ordonnance, Swissmedic, l'Institut suisse des produits thérapeutiques a encadré sa délivrance. Un entretien avec le pharmacien est nécessaire afin de contrôler le risque de grossesse et les probables interactions médicamenteuses. Elle ne pourra être délivrée pour des jeunes de moins de 16 ans. Il est également possible de se la procurer aux urgences, chez un gynécologue ou encore au planning familial. Sa prise est unique et peut se faire à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit quel que soit la période du cycle.

La contraception d'urgence doit impérativement être prise dans les 5 jours après le rapport hypothétiquement fécondant (absence, mauvaise utilisation ou défaillance de la contraception). Il faut l'absorber le plus tôt possible car son efficacité décroît comme le montre le graphique ci-dessous.



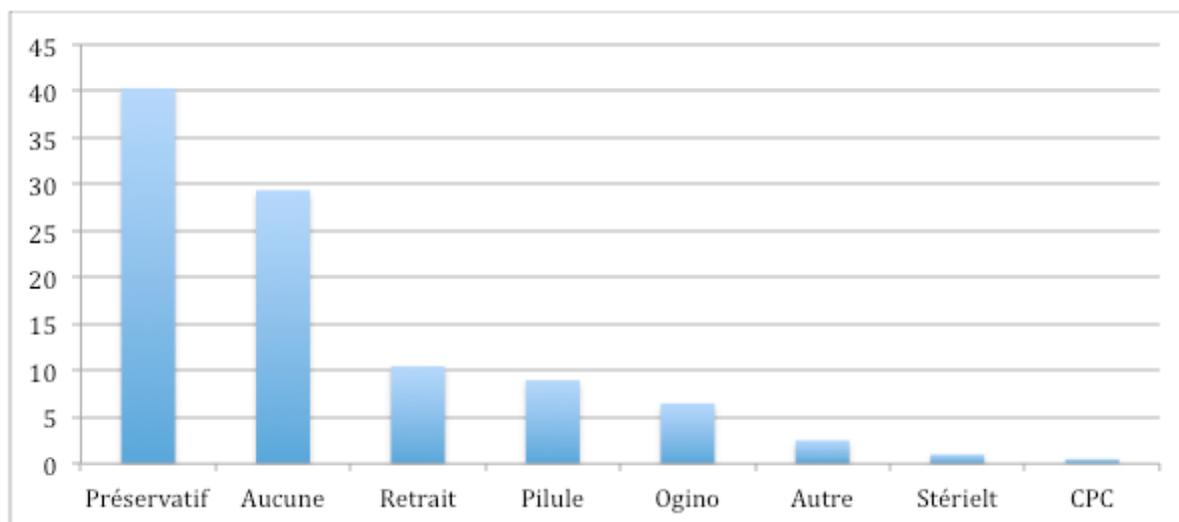
Copyright Creapharma.ch 38

Il est important de signaler que ce médicament ne doit pas être considéré comme une thérapeutique abortive ni comme une méthode de contraception classique et qu'il ne protège aucunement des maladies sexuellement transmissibles. D'après les dernières recherches on pense qu'elle fonctionne en retardant l'ovulation ce qui laisse le temps aux spermatozoïdes de mourir et donc empêche la fécondation. Son utilisation doit rester occasionnelle. Notons également que son efficacité n'est pas de 100%. Statistiquement 1 femme sur 60 tombera quand même enceinte d'où la nécessité d'utiliser un préservatif ou de pratiquer l'abstinence jusqu'aux prochaines règles. A savoir en cas d'échec que les progestatifs n'entraînent pas de risques malformatifs chez le fœtus. En cas de retard de règles de plus de 5 jours ou de règles inhabituelles une consultation auprès d'un médecin ou du planning familial s'impose.

³⁸ <http://www.creapharma.ch/pilule-lendemain.htm>

Les principaux effets secondaires signalés sont nausées, douleurs abdominales, céphalées et vertiges. Les règles suivantes pourront également être plus abondantes.

Voici un graphique **Statistiques sur les IVG, du 01.01.2012 au 31.12.2012**³⁹ qui explique quelle contraception était utilisée au moment de la grossesse:



Ce graphique peut nous faire penser que le préservatif est la contraception qui conduit au plus grand nombre de grossesses imprévues. Faudrait-il revoir l'éducation par rapport à ce dispositif ?

Avec l'interruption de grossesse se pose forcément la question de la contraception. On pense souvent à tort que les femmes qui tombent enceintes sans l'avoir voulu sont "irresponsables". Il est vrai que l'on peut se demander comment une femme d'aujourd'hui peut-elle encore avoir recours à l'avortement alors que tant de contraceptifs sont disponibles ?

Il faut considérer plusieurs aspects de la contraception et du comportement "contraceptif"⁴⁰.

Il y a d'abord les erreurs d'utilisation, l'oubli simple (ce qui peut arriver à toute femme), ou encore le préservatif qui se déchire. Mais si on creuse un peu plus profondément, on découvre qu'il existe aussi d'autres raisons. Des raisons plus complexes. Le Dr. Bianchi-Demicheli⁴¹ déclare qu'il ne faut pas voir la contraception avec comme seuls facteurs la fiabilité et le risque. Au fond, la contraception est un comportement à but précis. "Lequel ?" nous demande-t-il. Nous répondons sans aucun doute : "Et bien ça sert à ne pas avoir de bébé". Certes, la contraception évite de tomber enceinte, évite les MST (avec le préservatif), permet de régulariser les règles des adolescentes, mais on n'oublie trop souvent son objectif évident : avoir une sexualité active et libre. Martin Winckler écrit dans son livre, *Choisir sa contraception* : "Utiliser une

³⁹ Statistiques sur les IVG, du 01.01.2012 au 31.12.2012, Planning Familial HUG, Janvier 2013, p. 3/11

⁴⁰ Le texte suivant est inspiré de l'entretien avec le Dr. Bianchi-Demicheli, cet entretien est joint en annexe

⁴¹ Toute référence au Dr. Bianchi-Demicheli faite dans ce travail se rapporte à l'entretien retranscrit, joint en annexe.

*contraception est un choix de vie – celui d'une sexualité qui ne soit pas systématiquement suspendue à l'éventualité d'une grossesse"*⁴².

Le Dr. Bianchi-Demicheli évoque la résistance à la contraception, un thème peu connu actuellement. Entre la fiabilité théorique de la contraception et la réalité, il existe un écart important. C'est ce qui peut nous aider à comprendre pourquoi, malgré la contraception, il y a encore beaucoup de grossesses non désirées.

On peut énumérer les différentes causes qui engendreraient un échec de contraception : vomissements, diarrhées, interactions médicamenteuses. Celles-ci n'ont pas d'aspects psychologiques.

Mais dans le cas où une femme oublie systématiquement de prendre sa pilule, on peut se dire : "Peut-être ne veut-elle simplement pas la prendre".

Quelles sont les différentes formes de résistances à la pilule (ou à la contraception en général) ?

Entre 20 et 40 ans, beaucoup des patientes qui n'ont pas encore eu d'enfants et qui prennent une contraception, arrivent à un stade où elles se demandent si elles seraient capables de concevoir un enfant. D'une certaine façon, elles testent leur fertilité. Alors on peut parler d'une résistance inconsciente, transitoire.

Un autre aspect, auquel les soignants ne pensent pas souvent, est l'image de soi. Beaucoup d'adolescentes, de jeunes femmes ont une mauvaise image de soi. De très belles filles peuvent se sentir laides, et ceci influence leur compliance à la pilule. Elles ne voudront pas prendre la pilule par peur de grossir, mais elles ne le verbaliseront pas à leur médecin. Pour des personnes ayant un trouble de l'image corporelle, il est très difficile de l'avouer. Personne n'aime dire qu'il se sent mal dans sa peau. Ainsi, ces filles prendront la prescription, iront chercher la pilule en pharmacie, mais ne la prendront pas de façon régulière.

C'est donc le travail du soignant: de dépister ces troubles et de trouver un compromis avec la patiente. Il y a tellement de types de contraceptions différentes sur le marché qui leur conviendront peut-être mieux. Tout ceci à condition que le médecin comprenne et leur explique qu'il y a d'autres solutions.

"Qui dit pilule, dit hormones", et dans la population, les représentations par rapport aux hormones sont souvent négatives. Associées aux cancers, aux maladies thromboemboliques et vues comme des substances artificielles et néfastes, ces médiateurs sanguins sont mal reçus.

Alors si une patiente prend sa contraception "parce qu'elle doit", mais qu'elle est dubitative quant à la méthode, la résistance augmente.

⁴² Winckler M. ; *Choisir sa contraception* ; Fleurus – La santé en questions, Avril 2007, p.9

Comme l'explique le Dr. Bianchi-Demicheli : "*Cette ambivalence entre le sentiment d'obligation de prendre la contraception et la résistance face à celle-ci peut engendrer un comportement contraceptif inadéquat*".

Concernant le préservatif, avec le risque de déchirure qui intervient dans les risques de grossesses non désirées, il y a aussi le simple fait que les hommes n'aiment pas le porter, car il diminue les sensations. Il est vite oublié sous l'influence de l'excitation et des représentations de la femme par rapport aux MST. Elles se diront facilement que si l'homme paraît en bonne santé et qu'elles le connaissent, il n'y a pas de risque. En plus de ces arguments, l'homme prônera qu'il maîtrise la situation et peut utiliser la méthode du retrait pour éviter une fécondation.

Rappelons également que lors d'une consultation, la patiente n'est pas dans le même état d'esprit que lorsque qu'elle est avec son partenaire dans l'intimité. Sa pensée est rationnelle à l'écoute de son médecin, elle est attentive. Elle n'aura plus la même rationalité au moment de la relation sexuelle, lorsque l'excitation l'envahit. Et la contraception est vite oubliée...

Après cet entretien avec le Dr. Bianchi-Demicheli, nous avons pu constater que le contexte de vie, la culture, ainsi que la personnalité de chaque femme peut avoir un effet sur l'adhésion à la contraception. Et ce n'est pas une simple question de fiabilité de la méthode. Alors comment pourrait-on être plus aptes, en tant que soignant à dépister la résistance à la contraception ? Quelle serait, en définitive, la solution pour augmenter la compliance ?

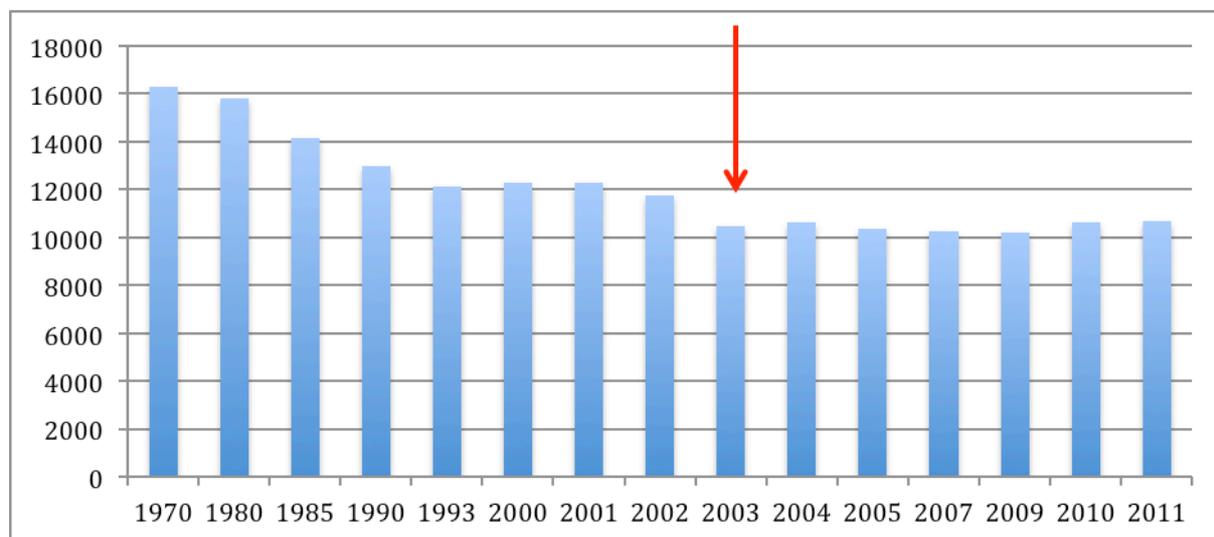
STATISTIQUES: Quelques chiffres

Le taux d'IVG en Suisse est relativement stable depuis les années 1990 avec environ 11'000 IVG par année.

Ceci contredit les prédictions des opposants à l'initiative de 1993 pour le régime des délais, qui prévoyaient une forte augmentation du nombre d'avortement suite à sa légalisation.

Nombre IVG Suisse ⁴³

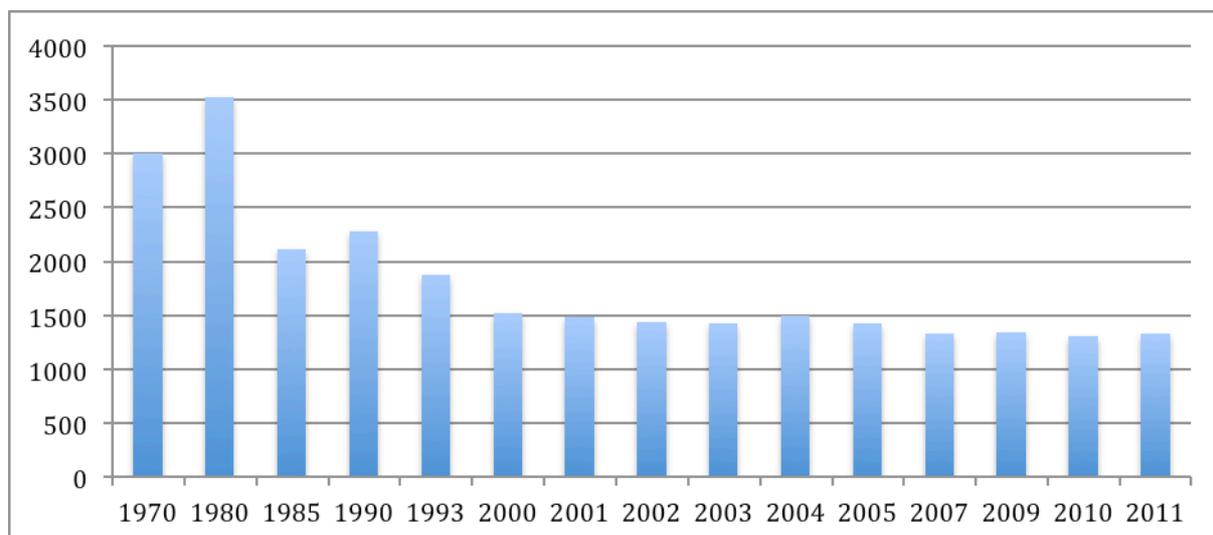
Entrée en vigueur du
nouveau Code Pénal



Tout comme pour la Suisse, les taux à Genève sont stables avec en moyenne 1'500 IVG par an depuis les années 2000.

⁴³ Adapté du site: <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/statistiques.htm>

Nombre IVG Genève ⁴⁴



On observe que le taux moyen d'avortement en Suisse s'élève à 7.0 IVG pour 1000 femmes en âge de procréer, alors que dans le canton de Genève le taux est de 14.8 pour 1000 femmes en âge de procréer.

Une hypothèse avancée lors du congrès annuel de gynécologie Suisse de 2010, est que *"la présence d'étrangers en situation de précarité (est) plus importante à Genève"*.

De plus, comme le montrent les résultats de plusieurs études, les migrantes avortent 2,5 fois plus que les Suissesses.

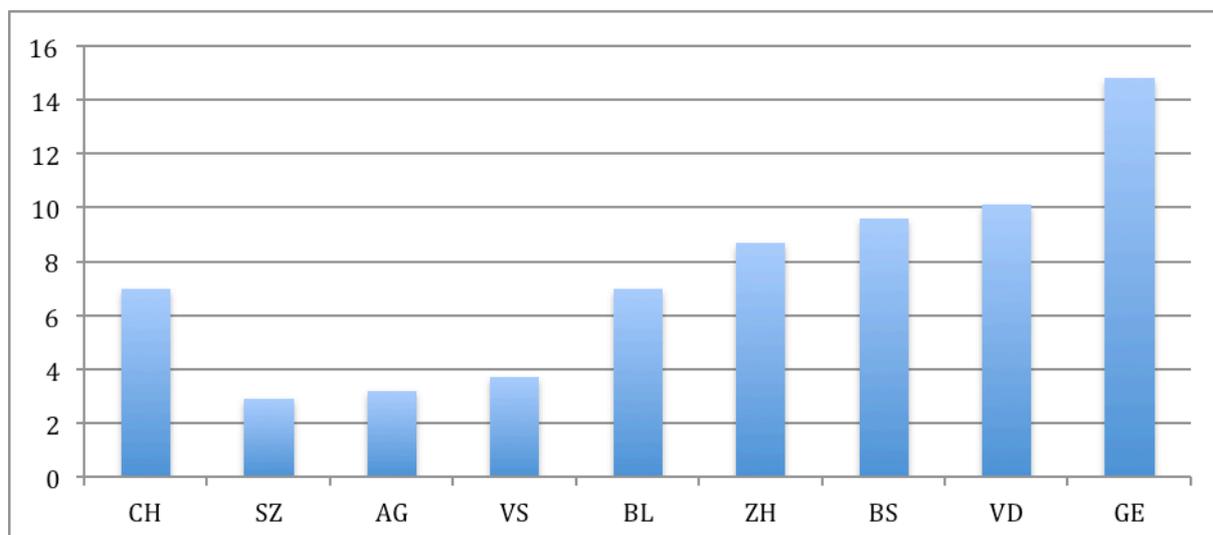
Les femmes migrantes sont issues de diverses cultures dans lesquelles la contraception est souvent moins bien ancrée dans les mœurs. Dans leurs pays d'origine ces femmes n'ont probablement pas eu accès à des informations ayant trait à la sexualité, le sujet restant tabou dans de nombreuses cultures. En effet, ces femmes se protègent moins et ont plutôt tendance à utiliser des moyens de contraception naturels, tels que la "courbe de température", "l'aspect de la glaire" ou encore le "décompte des jours". Comme nous l'a expliqué une assistante sociale travaillant à la Maternité de Genève *"les clandestines (...) se protègent en comptant les jours"*⁴⁵

Deux autres éléments sont à prendre en compte. Tout d'abord les moyens de contraceptions "classiques" coûtent chers. De plus, les migrantes vivant en Suisse se trouvent dans des conditions de grande précarité ce qui limite leur accès aux services de soins ainsi qu'aux centres d'informations qui pourraient leur indiquer où se procurer des moyens de contraceptions gratuits.

⁴⁴ Idem

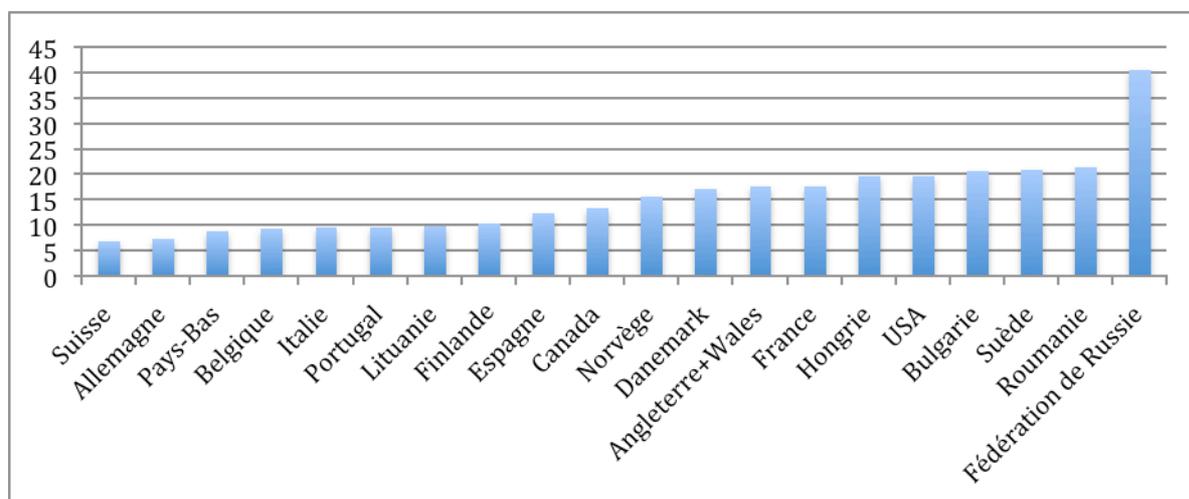
⁴⁵ Interview Simone Curtet, Annexes

Cas IVG / 1000 femmes en âge de procréer dans différents cantons ⁴⁶



Il est intéressant de signaler que la Suisse possède un des plus bas taux d'IVG d'Europe.

Nombre IVG / 1000 femmes 15-44ans ⁴⁷



Nous avons tenté de trouver une explication à ce taux très bas d'IVG en Suisse et plusieurs aspects nous paraissent importants.

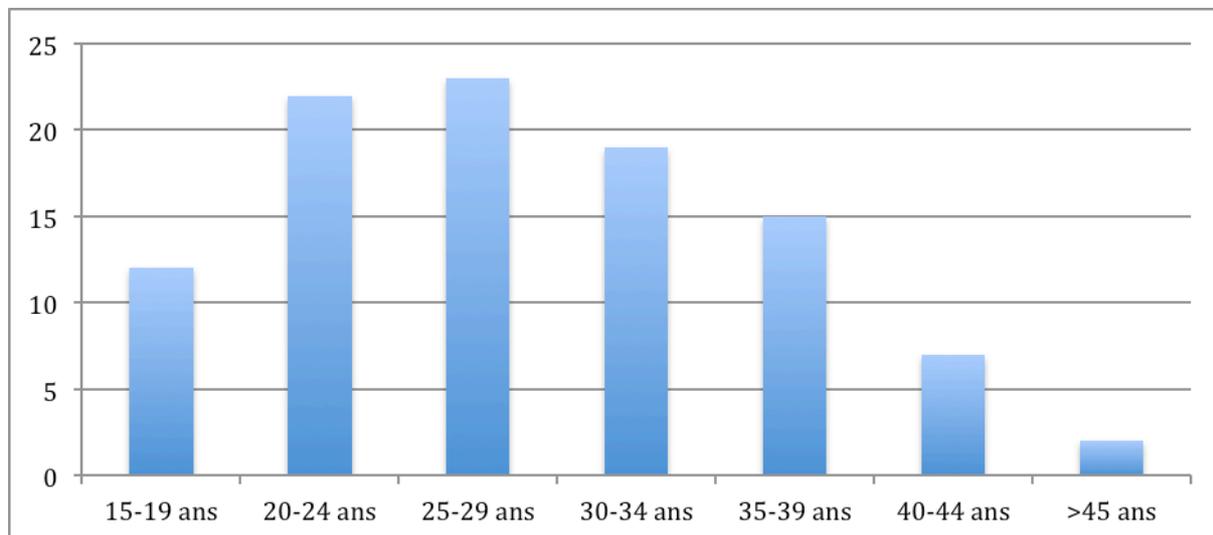
D'une part, le niveau de vie en Suisse est plus élevé que dans les autres pays, ce qui permet un meilleur système de soins ainsi qu'une très bonne accessibilité à ce dernier.

⁴⁶ Adapté du site: <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/statistiques.htm>

⁴⁷ Statistiques nationales / Eurostat Alan Guttmacher Institute 2011

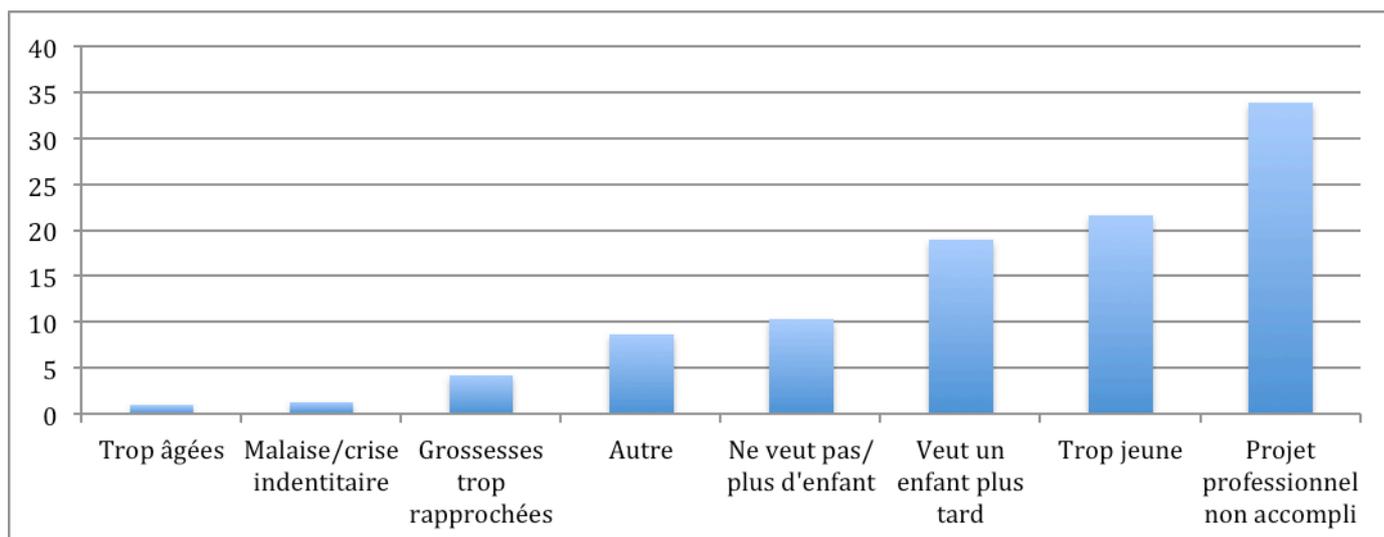
D'autre part, en Suisse, des cours "d'éducation sexuelle" sont dispensés dans les établissements publics dès l'école primaire. Ceci permet de rendre le sujet de la sexualité ainsi que toutes les questions qui y sont relatives "moins tabou" aux yeux des jeunes, qui sont de mieux en mieux renseignés.

Tranches d'âge ayant recours à l'IVG (%) ⁴⁸



Contrairement à l'idée reçue dans la population en générale, les adolescentes ne représentent qu'un faible pourcentage (12%) des femmes ayant recours à l'IVG. En effet, le taux d'IVG tout âge confondu correspond à 7.0 IVG /1000 femmes alors que le taux chez les adolescentes est de 4.7 IVG / adolescentes. Et seulement < 1% des IVG concernent les moins de 16 ans.

Raisons personnelles invoquées lors de l'IVG (%) ⁴⁹



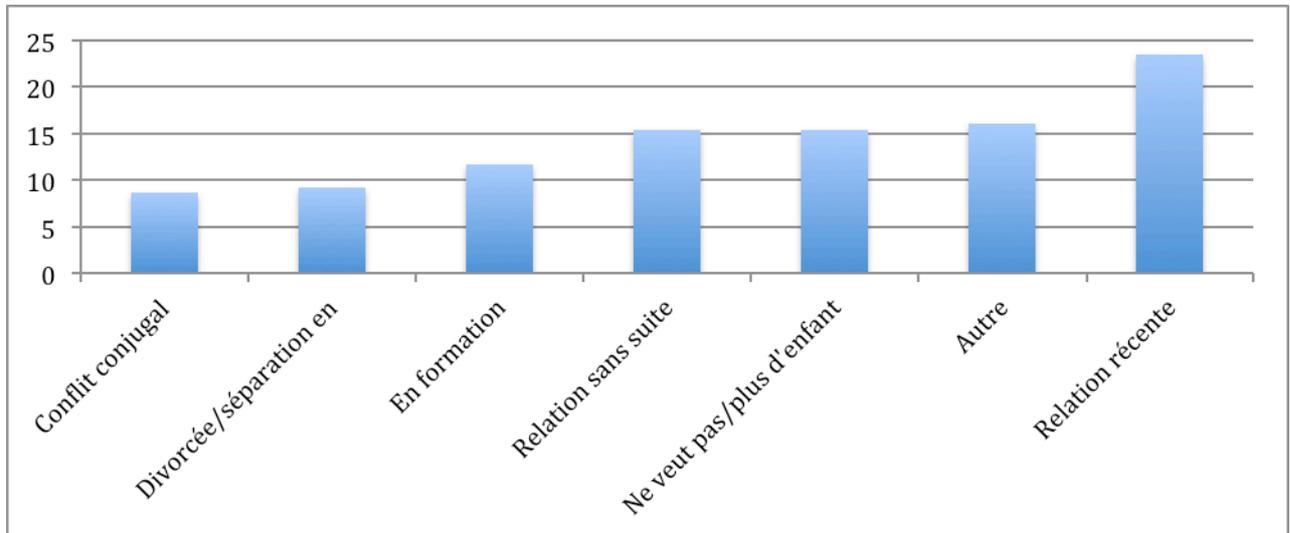
⁴⁸ Statistiques sur les IVG, du 01.01.2012 au 31.12.2012, Planning Familial HUG, Janvier 2013, p. 3/11

⁴⁹ Statistiques sur les IVG, du 01.01.2012 au 31.12.2012, Planning Familial HUG, Janvier 2013, p. 3/11

Les femmes entre 20 et 30 ans représentent 45% des IVG en Suisse. Ceci peut être corrélé avec les causes évoquées.

L'argument le plus fréquemment évoqué est un projet professionnel non accompli, ce qui pourrait tout à fait correspondre à la tranche d'âge majoritaire.

Raisons liées au partenaire invoquées lors de l'IVG (%)⁵⁰



Les raisons liées au partenaire les plus souvent invoquées lors de l'IVG sont le fait que la relation soit récente, que le partenaire ne veut pas ou plus d'enfant, ou encore que la grossesse est le fruit d'une relation sans lendemain.

⁵⁰ Statistiques sur les IVG, du 01.01.2012 au 31.12.2012, Planning Familial HUG, Janvier 2013, p. 3/11

PRISE EN CHARGE LORS D'UNE IVG⁵¹

Technique d'interruption de grossesse

1. Entretien pré-IVG

Avant toute interruption de grossesse, il existe un entretien obligatoire d'une heure avec une infirmière, puis avec un médecin. La fonction première de cet entretien est d'évaluer si la femme est ambivalente vis-à-vis de sa grossesse. Le soignant mène cet entretien en essayant de créer un climat de confiance afin que la femme puisse exprimer d'éventuels problèmes et doutes face à sa grossesse et son désir d'interruption de grossesse. Pour mener à bien cette étape, le soignant doit rester neutre et ne pas influencer la patiente. Pour cela, il faut privilégier les questions ouvertes afin de laisser l'opportunité à la femme d'exprimer ses craintes et ses désirs.

Si à ce stade de la consultation la conseillère détecte une ambivalence, alors elle va devoir clarifier avec la patiente les raisons de cette ambivalence.

L'ambivalence peut être liée à

- Difficultés économiques
- Problème de couple
- Pression de l'entourage
- Conviction personnelle au sujet de l'interruption de grossesse
- Sentiment de ne pas être à la hauteur

Si une ou plusieurs des raisons mentionnées sont mises en lumière durant l'entretien alors le soignant va planifier un autre entretien avec d'autres acteurs du réseau de soins tel que: assistante sociale, planning familial ou psychiatre. Une interruption de grossesse ne peut pas être envisagée si la femme manifeste une ambivalence persistante, c'est une contre-indication car "l'après-IVG" risque d'être vécu très difficilement par cette femme.

Si au contraire, la femme n'est pas ambivalente mais parvient à exprimer clairement sa décision, le soignant peut alors poursuivre l'entretien. La suite de l'entretien vise à explorer comment la femme envisage l'interruption de grossesse et surtout comment elle envisage les répercussions de cet acte dans sa vie présente et future. Les alternatives à l'interruption de grossesse sont également discutées.

Le soignant va alors expliquer les deux différentes techniques d'interruption de grossesse à la femme. Les effets secondaires ainsi que les éventuelles complications vont être abordés. La contraception utilisée au moment de la grossesse va être discutée. Le soignant va également tenter de trouver avec la femme une contraception adéquate pour la suite.

⁵¹ Inspiré des dépliants disponibles au Planning Familial

2. Interruption de grossesse médicamenteuse

Jusqu'à la fin de la 7^{ème} semaine d'aménorrhée, une interruption de grossesse médicamenteuse peut être faite chez un gynécologue titulaire du droit de pratique d'IVG médicamenteuse en cabinet. Ils ne sont que 4 ou 5 gynécologues à Genève à avoir demandé ce droit de pratique. L'interruption de grossesse peut aussi se faire de façon médicamenteuse en milieu hospitalier jusqu'à la 9^{ème} semaine.

Cette technique se base sur l'association de deux substances: un antiprogestatif et une prostaglandine. Ces médicaments vont alors déclencher une hémorragie avec une expulsion du fœtus et des débris placentaires.

L'interruption de grossesse médicamenteuse peut soit se dérouler en milieu hospitalier où soit au cabinet du médecin. La femme vient chez son médecin gynécologue ou à l'hôpital, elle prend l'antiprogestatif: trois comprimés de Mifégyne[®] puis rentre chez elle. Deux jours plus tard, elle revient pour prendre les prostaglandines: deux comprimés de Cytotec[®]. Cette haute dose de prostaglandines va provoquer des contractions de l'utérus permettant l'expulsion dans les quelques heures suivantes. A ce moment, la patiente doit rester sous surveillance soit au cabinet du médecin ou en milieu hospitalier. Les prostaglandines vont provoquer des contractions, des crampes abdominales, des saignements et éventuellement des nausées. Après l'expulsion du produit de la grossesse, le personnel soignant va pratiquer une échographie de contrôle afin de vérifier la vacuité utérine. Un des risques de cette méthode est une expulsion incomplète qui va alors nécessiter une intervention chirurgicale dans 5% des cas.

La femme ayant subi une IVG se voit prescrire de manière systématique par le gynécologue un nouveau moyen de contraception.

Une consultation de contrôle est planifiée deux semaines après l'interruption de grossesse. Beaucoup de femmes ne reviennent pas pour le suivi.

Cette méthode provoque des saignements importants et/ ou des douleurs nécessitant la prise d'antalgique. Les prostaglandines peuvent provoquer des nausées et/ou une légère diarrhée. Il existe des critères médicaux d'exclusion à l'IVG médicamenteux comme : une anémie sévère ; une grossesse ectopique ; un traitement d'anticoagulant. Par ailleurs, il existe également des critères d'exclusion non médicaux. Les adolescentes n'ayant pas mis au courant leurs parents, ainsi que les femmes migrantes n'ont pas accès à cette technique. Plusieurs raisons expliquent cela.

Dans le cas des adolescentes, le personnel soignant ne prescrit pas d'IVG médicamenteuse car cette technique nécessite une surveillance par les proches lors des trois jours de la procédure. Les saignements peuvent être importants, et si la patiente ne peut ou ne veut pas mettre ses parents au courant, il est trop risqué de la laisser seule. C'est pourquoi, le personnel soignant préfère pratiquer une interruption chirurgicale lors de laquelle la patiente reste sous surveillance pendant la matinée.

Pour les femmes migrantes, les motifs sont différents. La plupart de ces femmes n'ont pas d'assurance maladie. Bien que les frais soient inférieurs avec une IVG médicamenteuse, on préfère pratiquer une IVG chirurgicale car l'IVG médicamenteuse a

un têt d'échec plus important. Par conséquent, si la procédure échoue et que la grossesse se poursuit, il faut pratiquer une intervention chirurgicale. Les coûts vont alors être encore plus élevés. De plus, les femmes migrantes n'ont souvent pas d'adresse et pas de moyen de communication. Il est donc difficile de suivre ces patientes. Lors d'une interruption médicamenteuse, la femme doit venir deux fois : une fois pour la prise de Mifégyne® et une autre fois pour la prise de Cytotec®. Un des risques de l'IVG médicamenteuse est que la femme ne revienne pas prendre le Cytotec®. En voyant des saignements après la prise de Mifégyne®, elle peut, à tort, croire que sa grossesse a été interrompue avec succès. Etant donné les difficultés de suivi des femmes migrantes, la maternité proscrit l'utilisation de l'IVG médicamenteuse pour cette population.

3. Interruption de grossesse chirurgicale

Pour les femmes enceintes de plus de 9 semaines, il n'est pas possible d'avorter de façon médicamenteuse, il faut alors opter pour une technique chirurgicale. La procédure chirurgicale peut être réalisée entre la 7^{ème} et la 12^{ème} semaine. Cette méthode s'appelle un curetage, cela se pratique sous anesthésie générale. La durée de l'intervention est de l'ordre d'une vingtaine, trentaine de minutes. Le curetage nécessite une dilatation du col utérin induite par des prostaglandines, afin que le médecin puisse introduire une canule dans l'utérus. Cette canule va alors aspirer l'embryon. Ensuite, il va falloir éliminer les restes du produit de grossesse en grattant l'endomètre. Cette étape va nécessiter l'utilisation d'une curette pour gratter la paroi utérine. C'est à ce moment que le risque de complication est le plus important. Si le médecin pénètre trop profondément dans la paroi de l'utérus, il peut alors causer une perforation de l'utérus. Cette opération se passe en ambulatoire, c'est-à-dire que la patiente peut rentrer chez elle quelques heures après l'intervention. Une visite de contrôle a lieu environ six semaines après.

Tableau comparatif des deux méthodes

	Médicamenteuse	Chirurgicale
Délais	Jusqu'à 7 SA (en cabinet), et 9 SA (à la maternité)	Jusqu'à 12 SA
Méthode	Comprimés	Anesthésie générale
Durée prise en charge	Sur 3 jours	1 jour
Complication	- Hémorragie - Echec de la méthode, nécessitant alors une IG chirurgicale	- Perforation utérine - Hémorragie

Source : réalisé par nous-mêmes à l'aide des dépliants du Planning Familial

4. Suivi de la prise en charge d'une patiente désirant une IVG par Doriane Ischer

Ce matin à la maternité, j'ai eu l'occasion de suivre une infirmière dans une consultation pré-IVG. Une jeune patiente consulte pour demander une interruption de grossesse. Elle n'est pas suisse et n'a pas d'assurance. Elle a déjà un enfant et n'en veut pas d'autre car elle ne pourrait pas l'assumer financièrement (elle n'a pas un travail très bien rémunéré). Elle est enceinte d'environ 7 semaines.

Cette consultation pré-IVG s'est fait en 2 étapes. D'abord, la patiente discute avec l'infirmière pendant une trentaine de minutes. C'est le moment où l'infirmière pose des questions sur sa santé en général, sur les antécédents médicaux. Au fil de cette discussion, nous découvrons que la patiente n'est pas à sa première interruption de grossesse. C'est la deuxième en moins de deux ans. La dernière grossesse était due à un problème de préservatif, mauvaise utilisation ou pas de préservatif du tout, ce n'est pas très clair. La dernière fois, comme elle n'avait pas de contraception régulière, elle avait commencé à prendre la pilule directement après le premier avortement. La grossesse qu'elle veut interrompre aujourd'hui est sûrement due à un oubli de pilule qu'elle n'a compensé que 24 heures plus tard, sans port de préservatif les sept jours suivants.

Ce point m'a particulièrement rendue attentive. Je me suis demandé pourquoi cette patiente qui avait réalisé son oubli et fait une compensation le lendemain, n'a pas pensé à se protéger en plus avec un préservatif ? Savait-elle qu'une méthode de contraception non hormonale était indiquée dans sa situation ? En avait-elle été informée lors de la prescription de la pilule ?

L'infirmière lui demande alors quelles sont les raisons de sa demande d'avortement. Cette jeune femme est en couple depuis plus d'un an. Elle n'est pas heureuse en Suisse, ne gagne pas assez d'argent et a envie de retourner au pays. Elle ne veut pas devoir subvenir au besoin d'un deuxième enfant alors qu'elle a déjà tant de peine à assumer le premier. Elle n'a pas terminé ses études et aimerait les reprendre une fois hors de la Suisse.

Dans son discours, je ne ressens aucune ambivalence. Moi qui, après avoir lu beaucoup de témoignages sur l'avortement, m'étais dit que je ressentirais toujours un sentiment partagé face à une femme qui demande en quelque sorte qu'on la "débarrasse de son bébé", je suis surprise de ne ressentir aucun malaise, aucune opposition. Cette jeune femme est tellement claire dans sa tête, il n'y a aucune ambivalence et elle réussit à nous le faire sentir d'une façon très claire. Je n'ai aucun doute quand je la regarde. Elle ne veut pas de cette grossesse et elle ne s'en portera que mieux une fois libérée.

La consultation se poursuit et l'infirmière demande si le partenaire est au courant ? La jeune femme veut le lui cacher. Elle a peur qu'il ne la pousse à garder cet enfant. C'est sa décision à elle, il ne doit pas interférer.

Je m'intéresse à cet aspect de la situation. Est-ce qu'en cachant une situation aussi importante à son partenaire, la patiente ne va-t-elle pas, au fond, détruire la confiance qui règne dans son couple ? L'homme n'aurait-il aucun mot à dire à ce sujet ? Est-ce juste ? Est-ce éthique ? Il est certain que c'est son corps, mais en elle, elle a une moitié de son partenaire qui grandit sous forme d'embryon. Alors son amant n'a-t-il vraiment aucun droit ?

Cette situation m'a fait réfléchir par rapport à la loi suisse.

Je ne peux pas imaginer notre société avec une loi qui exigerait que le consentement du partenaire soit obligatoire pour avoir recours à l'IVG. Cela ferait jaser les féministes, cela compliquerait beaucoup les consultations et les médecins se retrouveraient certainement dans des situations tellement complexes que les avocats deviendraient leurs nouveaux meilleurs amis.

Alors face à cette patiente, je ne peux qu'adhérer à son choix. Si elle considère que son partenaire pourrait influencer sa décision, alors que c'est à elle de choisir (selon la loi suisse), je pense qu'elle a bien fait de le lui cacher.

Il est temps d'aborder la contraception. La patiente est passée au planning familial où la conseillère en santé sexuelle lui a proposé d'essayer le dispositif intra-utérin hormonal (Mirena®). Celui-ci permet d'ailleurs de ne plus avoir de règles. L'infirmière explique que ce DIU est particulièrement cher (plus de 300 Chf) et que comme la patiente n'a pas de règles qui durent trop longtemps, il conviendrait mieux de prendre un stérilet en cuivre qui coûte le tiers du prix (env. 70 Chf).

L'infirmière a de suite réagi face à la situation financière de la patiente, ce qui au planning familial, n'avait apparemment pas été pris en compte. Pour une femme migrante, l'assistante sociale peut venir en aide d'un point de vue financier si cela est vraiment nécessaire. Dans le cas de cette patiente, comme elle était éligible pour recevoir un stérilet en cuivre (qui augmente les règles), elle n'aurait probablement pas reçu de soutien pour le stérilet Mirena®.

Dans la deuxième étape, la patiente rencontre un médecin interne en gynécologie. Il lui repose quelques questions, puis passe à l'examen physique. Celui-ci comprend : un examen du col de l'utérus avec plusieurs prélèvements (chlamydia, HPV, ...), une échographie endovaginale pour observer l'utérus, les ovaires et l'embryon. Son cœur est visible, il bat. Il pratique aussi un toucher vaginal pour observer la version de l'utérus.

Au service de gynécologie et médecine de la reproduction des HUG, on ne montre pas l'échographie à la patiente qui souhaite avorter. Ceci surtout dans le but de ne pas influencer sa décision de base. Même si la patiente demande à voir les images.

Enfin, le médecin explique à la patiente la procédure. Elle subira une interruption de grossesse chirurgicale, car c'est le protocole pour les patientes sans assurance. Avec une interruption médicamenteuse, il y a le risque qu'elle ne se passe pas bien et qu'il faille la refaire, voire même envoyer la patiente en chirurgie. Tout ceci augmenterait les coûts.

La patiente devra prendre deux comprimés de Cytotec® (qui va "ouvrir" le col, voire commencer les contractions) le matin de l'intervention. Les soignants lui expliquent bien que si elle change d'avis, elle ne doit pas prendre ces comprimés.

Lorsqu'on lui explique cela, un sentiment étrange m'envahit. C'est la première fois depuis le début de cette consultation que le sujet semble réellement sérieux, important. Jusque là, il me semblait qu'autant pour la patiente que pour les soignants, que la situation était banale, sans implication majeure. Or, au moment où les soignants mentionnent la possibilité de changer d'avis et le non-retour si la patiente prend les comprimés, je réalise qu'il s'agit tout de même d'un acte conséquent qui va coûter l'existence à un être et à une mère en puissance.

La patiente signe plusieurs documents, on lui fait des tests sanguins (HIV, hépatite B et C) et on la laisse partir. Elle semble heureuse de partir enfin.

Mon impression finale de cette prise en charge est en général assez bonne. J'ai trouvé que la patiente était bien entourée, qu'on lui expliquait bien toutes les étapes, qu'on s'intéressait à elle et à son contexte de vie.

En voyant le cœur de l'embryon battre sur l'échographie, je me suis tout de même reposée la question : Et si j'étais à la place de cette patiente, un jour ? Les jambes écartées sur la chaise d'examen gynécologique, prête à demander une IVG ? Pourrais-je poursuivre cette voie en sachant que le cœur de mon embryon bat ? Je n'ai malheureusement pas la réponse à cette question maintenant. C'est là que je réalise que le contexte de vie et les émotions qui font partie d'une telle situation sont primordiaux. Je ne peux pas me mettre à la place de cette femme, et j'espère que je n'aurais jamais à le faire.

ASPECT FINANCIER DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET ASSURANCES

En Suisse, un avortement coûte entre 600 et 2000 francs environ. Le prix dépend surtout de l'établissement où a lieu la procédure.

Une interruption chirurgicale coûte un peu plus cher qu'une interruption médicamenteuse, car il faut prendre en compte le matériel et le personnel qui doit être présent.

Par exemple, en cabinet, selon Tarmed, une interruption de grossesse médicamenteuse coûte environ 600 francs auxquels s'ajoute 120 francs s'il faut injecter des anticorps anti-rhésus.⁵²

En milieu hospitalier, une interruption médicamenteuse coûte plus cher, car elle mobilise plus de personnel qu'en cabinet.

La procédure médicamenteuse inclut: l'entretien (anamnèse, explication des méthodes, etc), l'examen gynécologique, l'échographie et parfois le test de grossesse HCG, la mifégyne® et le cytotec®, la consultation après l'avortement. Et en plus de cela, dans les prix moyens, on ajoute le coût d'une éventuelle complication (deuxième interruption par médicament ou curetage). C'est pourquoi la différence entre une IG médicamenteuse et chirurgicale n'est pas si grande.

Le coût d'interruption de grossesse chirurgicale comprend: l'entretien (anamnèse, explication des méthodes, etc), l'examen gynécologique, l'échographie et parfois le test de grossesse HCG, le cytotec®, deux comprimés à prendre le matin de l'intervention, l'intervention en elle-même, le séjour en ambulatoire (pas de nuit) et la consultation après l'avortement.

Tableau de prix⁵³

	IVG médicamenteuse	IVG chirurgicale
En cabinet	Env. 600.-	Env. 700.-
A la maternité	Env. 1500.-	Env. 2300.-

L'assurance maladie de base Suisse (selon la LAMal) prend en charge 90% des frais. Les 10% restants sont à la charge de la patiente, comme pour tout autre remboursement par la LAMal.

⁵² <http://www.seidenberg.ch/pages/abtreibung/kosten.php>

⁵³ http://www.seidenberg.ch/media/Schwangerschaftsabbruch_Costs_EN.pdf + Entretien avec Angela Walder, Planning familial HUG (voir annexes).

Le cas des migrantes

Les migrantes représentent une bonne part des femmes qui subissent des IVG sur le canton de Genève. Beaucoup d'entre elles ne parlent pas français, c'est pourquoi certaines infirmières en santé de la reproduction à la maternité ont appris l'espagnol ou le portugais.⁵⁴ Ces femmes n'ont souvent pas d'assurance et dans ce cas, l'interruption de grossesse n'est pas particulièrement différente, si ce n'est que les choix sont restreints. Souvent ces femmes n'ont que très peu d'argent. Or, si elles ont recours à une IVG médicamenteuse, le risque qu'elles doivent ensuite subir une interruption chirurgicale est relativement élevé, et donc cela augmenterait le prix. C'est pourquoi, lorsqu'une femme demande une IVG et qu'elle n'a pas d'assurance, on ne lui donne pas vraiment de choix : on la dirige vers une IVG chirurgicale. D'abord pour des questions financières, ensuite car ces femmes ne vont que rarement revenir pour la consultation et l'échographie de contrôle nécessaire (environ un mois après l'IVG médicamenteuse) pour vérifier si tout le matériel de grossesse a bien été évacué. Avec une interruption de grossesse chirurgicale, le contrôle échographique se fait immédiatement à la fin de l'intervention et il est possible de poser un stérilet à ce moment-là également.

Il existe un soutien financier pour aider les patientes les plus démunies.

Il faut savoir que la méthode médicamenteuse en milieu privé (cabinet) est moins chère et plus rapide, c'est pourquoi le planning familial envoie souvent les patientes chez des gynécologues privés.

Le cas des adolescentes

Pour les adolescentes, si les parents ne sont pas au courant (dans le cas d'une patiente capable de discernement), elles n'ont pas non plus le choix : elles doivent subir une IVG chirurgicale, pour les mêmes raisons que les migrantes. Et en plus de cela, l'IVG médicamenteuse pouvant induire des hémorragies, la patiente doit donc être surveillée après l'intervention. Les soignants demandent donc toujours qu'un adulte soit au courant (tante, marraine, amie) et vienne la chercher à la fin de l'opération.

De plus, une consultation psychologique est obligatoire pour ces jeunes filles, car souvent, les adolescents n'ont pas encore l'esprit capable de se projeter dans un avenir émotionnellement.⁵⁵

⁵⁴ Rencontre avec la Dr. Michal Yaron (voir annexes)

⁵⁵ Idem

PSYCHOLOGIE ET INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Le syndrome post-abortif

"La souffrance abortive est une souffrance morale qui atteint la femme à un niveau central, qui tient à l'essence même de son être, à sa capacité d'être mère [...]. Cette douleur s'associe à une perte marquée de l'estime de soi. La femme ne se pardonne pas d'avoir cédé aux influences de ses proches, et d'avoir commis un tel acte, dont elle se croyait incapable". Dr. Florence Allard, *Le Traumatisme Post-Avortement*.⁵⁶

Dans les années 80', aux États-Unis, les groupes anti-avortement, n'ayant pas réussi à convaincre la population d'interdire l'avortement en prônant le statut de l'embryon, tentent une autre approche pour sensibiliser les gens à cette problématique. Cette fois, ils ne ciblent pas l'argument moral (la vie de l'embryon), mais l'état psychologique de la mère après qu'elle ait "tué" son enfant.

Ils commencent à parler de SPA (Syndrome Post-Abortif) qu'ils comparent avec le désordre de stress post-traumatique (DSPT) que vivent les soldats revenus de la guerre du Vietnam. Le SPA est diagnostiqué sur la base de symptômes tels que, flash-back, évitement et déni, voire même amnésie. Sans compter les sentiments négatifs tels qu'impuissance, rupture dans le couple, désespoir, tristesse, culpabilité, deuil, perte de l'estime de soi, regrets.⁵⁷ Les mouvements anti-avortement déclarent que l'avortement peut engendrer des problèmes psychologiques graves et demandent à ce que ces risques soient expliqués à la patiente afin qu'elle ait, comme convenu dans la loi, un consentement éclairé.⁵⁸

Avec ces arguments, sous entendant qu'un avortement engendre forcément des troubles psychologiques graves, on peut penser que la femme existe dans le seul but de procréer et que si elle s'oppose à ce rôle ou suit une voie contraire à sa présumée nature, elle en subira les conséquences psychologiques.⁵⁹

Or, il n'y a pas d'affirmation scientifique que l'avortement engendre un syndrome post-abortif.

⁵⁶ Allard F. Dr., Frolo J-R. ; *Le Traumatisme post-avortement* ; 2007, Editions Salvator, pp. 13-14

⁵⁷ Lee Ellie Dr., *Mythe ou réalité ?*, Condensé de l'exposé tenu lors du Symposium « Séquelles psychiques de l'interruption de grossesse – le mythe et les faits scientifiques », à Berne, le 31 mai 2001. *Journal Sage-femme suisse*, avril 2002, p. 26

Bianchi-Demicheli F. Dr.; *Conséquences psychiatriques et psychologiques de l'interruption de grossesse* ; 2007, La Revue Médicale Suisse, n° 3098

⁵⁸ Lee Ellie Dr., *Mythe ou réalité ?*, Condensé de l'exposé tenu lors du Symposium « Séquelles psychiques de l'interruption de grossesse – le mythe et les faits scientifiques », à Berne, le 31 mai 2001. *Journal Sage-femme suisse*, avril 2002, p. 26 (concerne tout le paragraphe)

⁵⁹ Idem, p. 27

Les causes psychiques de l'avortement (et donc de la grossesse imprévue)

Il existe diverses raisons qui mènent à une grossesse imprévue. Celles en lien avec la contraception ont été mentionnées antérieurement dans ce rapport.

La maternalité⁶⁰ joue un rôle important dans la cause de grossesse imprévue. On peut être maternelle sans avoir d'enfant, on peut aimer son "idée d'enfant". Le désir de grossesse n'est donc pas équivalent à l'envie d'avoir un enfant. Et peut donc mener à une interruption.⁶¹

A la puberté, l'adolescente se sépare de sa mère. Cette séparation est souvent douloureuse et emplit d'agressivité. On parle de grossesse impulsive comme un désir d'enfant lié à une mauvaise image de soi et l'avortement est une façon pour la jeune fille de se blesser, comme c'est le cas dans d'autres pathologies comme la boulimie ou les mutilations⁶².

Les conséquences de l'avortement

L'avortement est une thématique qui parle de l'avortement d'un embryon. Mais on oublie la femme. C'est aussi l'avortement d'une mère en puissance.

Après avoir lu quelques témoignages relatés dans l'ouvrage du Dr. Florence Allard⁶³, il nous semblait que l'avortement était un acte terrible qui laissait les femmes au bord d'un précipice. Alors, nous avons demandé au Dr. Bianchi-Demicheli, s'il y avait aussi des femmes qui se portaient bien après une IVG.

"La majorité des femmes va bien après l'IVG", nous a-t-il affirmé. Le sentiment qui revient le plus souvent est le soulagement, la levée du poids, la libération. D'ailleurs, dans la prise en charge à Genève, il n'est pas obligatoire d'avoir un entretien avec un psychiatre, sauf s'il est indiqué dans le contexte de vie et psychologique de la patiente.⁶⁴

Il semblerait que même beaucoup de femmes vont mieux après un avortement (vie sexuelle, couple, psychisme) sans qu'on ne puisse l'expliquer.⁶⁵

Au fil de nos rencontres, nous avons reçu deux témoignages. Une femme qui a avorté à 26 ans et l'autre à 45 ans.

⁶⁰ Déf : La maternalité commence au désir d'enfant réalisé ou non, se poursuit pendant la grossesse et après l'accouchement ; http://www.passerelles-eje.info/glossaire/definition_94_maternalite.html

⁶¹ Bergeret Catherine, psychanalyste, *Quelles paroles face à l'IVG ?*, Juin 2002, Psychanalyse Magazine, retranscription d'un colloque.

⁶² Sermier Fabienne Dr, médecin généraliste, homéopathe, *Quelles paroles face à l'IVG ?*, Juin 2002, Psychanalyse Magazine, retranscription d'un colloque.

⁶³ Allard F. Dr., Fropo J-R. ; *Le Traumatisme post-avortement* ; 2007, Editions Salvator

⁶⁴ Rencontre avec le Dr. F. Bianchi-Demicheli, psychiatre, voir Annexes

⁶⁵ Idem

La première a immédiatement su qu'elle ne voulait pas de cette grossesse : *"J'ai été choquée, furieuse, ahurie, angoissée, accablée. Je me sentais livrée à la fatalité, impuissante, j'avais la rage au corps... [...] Tout en moi se révolta contre cette grossesse. J'avais le sentiment que cette grossesse voulait prendre possession de tout mon être, elle allait détruire ma vie".*⁶⁶

Cette femme a préféré suivre son cœur. Même étant mariée, elle ne voulait pas de cette grossesse, car elle aurait dû arrêter la danse, ce qu'elle aimait par dessus tout.

*"Je n'ai jamais eu de regret. L'IVG m'a permis de vivre une des plus belles phases de ma vie".*⁶⁷

La seconde tombe enceinte sur probable rupture du préservatif. Elle a 45 ans, déjà deux enfants et ne se voit pas encore une fois avec un nouveau-né.

*"J'ai pris la décision avec mon mari. Notre choix a été influencé déjà par notre âge : moi 45 et lui 52 ans. Nous avons déjà consacré, avec beaucoup de plaisir, toutes ces années à nos enfants et j'avais retrouvé du travail à ce moment-là. Je n'avais donc aucune envie de tout recommencer avec un bébé. Égoïste ? Certainement ! Mais je pense qu'il y a un temps pour tout dans la vie".*⁶⁸

Pour ces deux femmes, la décision a été rapidement prise. Elles étaient au clair dans leur tête. Aujourd'hui, elles n'ont pas de regret.

Le régime du délai a permis de déculpabiliser, de modifier le regard de la société sur cette problématique. Mais elle reste encore un tabou. Il ne faut pas négliger l'essentiel : l'avortement n'est pas un acte anodin. Même si les femmes se sentent bien, c'est un événement qu'elles n'oublieront jamais.

*"Il m'arrive d'y penser, mais vraiment sans aucun regret".*⁶⁹

Une minorité de femmes vont tout de même ressentir l'impact psychologique de l'avortement. Cela peut être des troubles graves (PTSD, dépression) ou moins (tristesse, culpabilité, regret, détresse émotionnelle). Beaucoup de ces phénomènes sont présents peu après l'acte, mais se résorbent avec le temps.

Les psychopathologies qui apparaissent après une IVG sont souvent présentes chez des femmes connues pour des problèmes psychologiques, et se résolvent donc moins bien.

Il ne faut pas négliger les bénéfices du temps. Comme le Dr. Bianchi-Demicheli l'explique, avec le temps, les femmes arrivent à faire face à leur décision, à la "métaboliser" et à reprendre une vie normale.⁷⁰

⁶⁶ Annexe : témoignage Patiente n°1

⁶⁷ Annexe : témoignage Patiente n°1

⁶⁸ Annexe : témoignage Patiente n°2

⁶⁹ Annexe : témoignage Patiente n°2

⁷⁰ Rencontre avec le Dr. F. Bianchi-Demicheli, psychiatre, voir Annexes

Dans une étude longitudinale⁷¹ au Royaume-Uni, en 1995, les chercheurs ont mesuré la morbidité psychiatrique après accouchement et après un avortement de grossesse non planifiée. Un bilan psychiatrique était fait avant la grossesse. Lorsque les troubles psychiatriques étaient pris en compte, la morbidité psychiatrique entre avortement et accouchement était presque égale. En conclusion, le risque relatif de troubles psychiatriques parmi les femmes qui avortent n'est pas plus élevé que le risque parmi les femmes qui poursuivent leur grossesse non prévue.⁷²

Ceci nous laisse penser que le déterminant des conséquences psychologiques post-avortement est l'état mental avant l'avortement, et avant la grossesse.

Comme mentionné plus haut, les antécédents de troubles psychiatriques ou encore la pression externe (de la famille, du conjoint, de la société) augmentent les risques d'être touché par des problèmes psychologiques post-IVG. Une femme qui n'obtient aucun soutien moral de la part de ses proches et qui subit une IVG sera d'autant plus à risque de développer, par exemple, une dépression. "Le bien-être préexistant déterminerait donc le bien-être post-IG".⁷³

Mais au fond, quels sont les symptômes qui surviennent dans l'IVG ?

L'avortement est une situation difficile pour les femmes. Elles doivent prendre une décision qui oscille entre garder un enfant avec toutes les difficultés que cela comporte ou avorter et vivre avec ce souvenir. Il est évident que ces femmes vont ressentir des émotions fortes et diverses.⁷⁴

Il semblerait que l'anxiété est la principale émotion. Tant avant, pendant qu'après. 15 à 69% des futures avortées endurent anxiété, dépression et détresse. L'anxiété avant l'acte peut être liée à la décision (est-ce la bonne ?) ou à l'intervention même (douleurs, complications).⁷⁵

Après l'IVG, il semblerait que le stress, les dépresses et l'anxiété diminuent.

Il y a tout de même des études qui contredisent ceci et qui avancent que si l'anxiété ne diminue pas, elle est alors liée à autre chose qu'à l'intervention ou à la décision.

En général, la période avant l'interruption est la plus difficile.

⁷¹ Gilchrist et al. 1995 / Major B. PhD, Appelbaum M. PhD, Beckman L. PhD, Dutton M-A. PhD, Russo N. F. PhD, West C. PhD ; APA Task Force on *Mental Health and Abortion* ; 2008, p.89, <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

⁷² Major B. PhD, Appelbaum M. PhD, Beckman L. PhD, Dutton M-A. PhD, Russo N. F. PhD, West C. PhD ; APA Task Force on *Mental Health and Abortion* ; 2008, p.89, <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

⁷³ Bianchi-Demicheli F. Dr.; *Conséquences psychiatriques et psychologiques de l'interruption de grossesse* ; 2007, La Revue Médicale Suisse, n° 3098, p.2, <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=32049>

⁷⁴ Tracy A. Weitz, Kirsten Moore, Rivka Gordon, Nancy Adler ; *You say regret and I say relief : a need to break the polemic about abortion* ; August 2008, Elsevier, *Contraception* Vol. 78, Issue 2, Pages 87-89

⁷⁵ Bianchi-Demicheli F. Dr.; *Conséquences psychiatriques et psychologiques de l'interruption de grossesse* ; 2007, La Revue Médicale Suisse, n° 3098, p.4, <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=32049> (concerne tout le paragraphe).

Psychologie dans le cas d'une grossesse non voulue portée à terme

Discutons maintenant des conséquences d'une maternité non désirée. Si une femme demande une IVG et qu'on la lui refuse ou que l'entourage l'en dissuade, elle mettra au monde un enfant qu'elle n'aura pas réellement désiré. Et au fond, la naissance d'un enfant, c'est la naissance d'une mère au même titre. S'il y a une discordance, alors il peut en découler de graves problèmes tant psychologiques pour la mère que dysfonctionnels dans la relation mère-enfant.

Des études indiquent d'ailleurs que la grossesse engendre plus de psychopathologie que l'interruption de grossesse.⁷⁶ Mais rappelons aussi que dans les deux cas, cela engendre un stress assez sérieux.

IVG à répétitions

L'avortement regroupe un ensemble d'aspect culturel, familial, sexuel, contraceptif ainsi que de désir et de vision de la vie. Au fond, c'est un long processus. Entre le moment où l'on a une relation sexuelle et le moment où l'on apprend sa grossesse, il y a tellement de facteurs qui entrent en compte que l'on ne peut pas dire : "la cause de son avortement, c'est ça !". Ainsi, une interruption de grossesse peut se répéter si on n'a pas exploré le contexte de vie de la patiente. Quelle est la raison des grossesses indésirées à répétition ? Pourquoi avorter autant de fois ? Est-ce devenu une procédure banale pour ces femmes ?

Parfois il faut aller plus loin dans les investigations. Il ne suffit pas de prescrire une nouvelle contraception car l'avortement à répétition cache autre chose. Un désir d'enfant non reconnu ? Des abus ? Des violences ? Une façon d'appeler à l'aide ?

Dans le cas de violences, présentes ou passées, elles ont un impact sur la sexualité et la compliance à la contraception.

"La majorité des femmes ayant subi des violences sexuelles ont développé des comportements différents et particuliers vis-à-vis de la contraception. Des jeunes femmes violées dans l'enfance expriment leur difficulté à utiliser une pilule liée à la régularité de la prise ou par impossibilité de supporter l'absorption de produits chimiques et médicamenteux. Leur point commun est de dire, en utilisant les mêmes mots, "j'aime pas avoir un truc dans mon corps" en évoquant la contraception, les produits chimiques et le stérilet. Alors l'assimilation de la contraception à "ce truc inconnu" ou "extérieur", "étranger" ou encore "ce quelque chose d'intrus" rend jusqu'à présent son utilisation impossible dans le moyen et long terme".⁷⁷

⁷⁶ Bianchi-Demicheli F. Dr.; *Conséquences psychiatriques et psychologiques de l'interruption de grossesse* ; 2007, La Revue Médicale Suisse, n° 3098, p.4, <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=32049>

⁷⁷ Morgny C., Taque R., Fromaget J., Sagot P. ; Interruptions volontaires de grossesse : tenter de comprendre la répétition ; adsp, n°53-54, décembre 2005-mars 2006, p.107 <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad53106110.pdf>

Un autre aspect lié à la répétition serait une recherche d'identité. *"Ainsi la grossesse peut s'interpréter comme "un facteur d'accomplissement personnel familial et social, à travers une recherche d'identité, une autonomisation par rapport aux parents", elle peut également être utilisée pour "se sentir une vraie femme".*⁷⁸

Et l'homme ?

N'est-il pas, lui aussi, touché psychologiquement par cette situation ? Un homme qui est témoin de l'avortement d'un embryon, à la conception duquel il a participé, ne peut-il pas lui aussi être triste ? Se sentir coupable ?

*"Je me suis senti coupable et impliqué, je ne pouvais la [ma copine] laisser seule face à ça. J'ai été inquiet et j'ai détesté l'idée d'enlever la vie à un petit être et ma partenaire aussi".*⁷⁹

Il est clair que les hommes ne sont pas assez impliqués. Certains ont plutôt tendance à fuir ce "monde de femme". D'autres demandent à être écoutés.

*"Je pense que seule la femme a le dernier mot, et ceci correspond à la loi suisse. Mais la femme devrait écouter le partenaire et prendre en compte son avis pour prendre une décision".*⁸⁰

Pour beaucoup, c'est important qu'ils soient intégrés à la prise de décision.

*"Elle m'a annoncé qu'elle avait subi une IVG sans m'avoir informé qu'elle était enceinte de moi ! J'étais scié, je me suis arrêté net, un peu glacé. En l'espace d'une seconde, j'apprenais qu'elle avait été enceinte de moi, la vie d'un enfant possible, et puis la mort. Moi, qui en ai déjà, je sais qu'un enfant existe bien avant sa naissance et que c'est une richesse infinie. "Pourquoi ne l'as-tu pas gardé ?" a été ma première question. J'aurais pu poser la deuxième question qui me venait à l'esprit : "Pourquoi ne m'en as-tu pas parlé ?"... Aborder le sujet, c'était rendre cet embryon plus présent, envisager qu'il fut possible de le garder. Moi je ne lui aurais jamais demandé d'avorter. Elle a préféré que ça reste sa décision. Je la comprenais et je lui en voulais en même temps : je me sentais agressé. Moi, en me privant de parole, de décision, de l'information même, elle m'avait nié. En taisant cet avortement, elle m'avait rendu impotent, impuissant". Florian, 2000*⁸¹

Un homme de 20 ans raconte son ressenti après l'interruption de grossesse : *"Un soulagement d'une part, je n'aurais pas été capable d'assumer un enfant. Mais aussi du remord, un acte pareil est difficile pour qui que ce soit et aurait facilement pu être évité. C'est une vraie remise en question que de savoir qu'on peut potentiellement devenir parent."*⁸²

⁷⁸ Idem, p. 108

⁷⁹ Annexes : Témoignage Partenaire n°2

⁸⁰ Annexes : Témoignage Partenaire n°1

⁸¹ Allard F. Dr., Fropp J-R. ; *Le Traumatisme post-avortement* ; 2007, Editions Salvator, p. 44

⁸² Idem

Au final, la loi suisse donne un droit de 100% à la femme sur la décision. Dans le cas où le couple n'est pas très uni ou la femme ne veut pas annoncer la situation à son partenaire, l'homme est mis de côté. C'est un phénomène qu'il serait difficile de changer. D'abord à cause du droit de la femme sur son corps. Par exemple, un mari ne peut forcer sa femme à poursuivre une grossesse. Mais il est clair que c'est un événement difficile pour un homme qui aurait souhaité garder l'enfant, puisqu'il n'a aucun droit sur l'embryon.

Dans le milieu médical, on ne prend pas assez en charge l'homme, car celui-ci ne vient que rarement demander de l'aide.

L'INTERRUPTION DE GROSSESSE, POINT DE VUE RELIGIEUX

Dans ce travail, nous avons souhaité connaître le positionnement des différentes religions monothéistes sur l'interruption de grossesse. Nous avons alors rencontré un curé, une pasteure et un rabbin afin de leur poser des questions relatives à l'interruption de grossesse. Nos questions portaient sur le statut de l'embryon, la prise de position des textes religieux face à l'avortement et sur la façon d'entourer les personnes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse. Nous avons cherché à rencontrer un imam pour recueillir le point de vue de la religion islamique, mais nous n'avons pas réussi.

Le christianisme

Afin de connaître le point de vue de la religion sur l'avortement, nous avons rencontré un curé et une pasteure. Ce qui est ressorti lors de ces deux entretiens est le fait que le christianisme prend position contre un acte : l'avortement, mais en aucun cas la religion condamne les femmes ayant eu recours à une interruption de grossesse. L'argument principal du christianisme est que Dieu est l'auteur de la Vie et que nous ne pouvons pas décider de la mort d'un bébé que Dieu lui-même a créé.

Le christianisme condamne l'avortement. C'est une pratique qui selon eux est contraire à la vie et par conséquent contraire à Dieu et à ses commandements. Dans les dix commandements, il est dit : " Tu ne tueras point". L'avortement est donc perçu équivalent à un meurtre car selon eux la vie commence dès la fécondation. Le fœtus est un être vivant, à part entière, une entité que Dieu a créée et façonnée.

Dans la Bible, il est écrit : "Tu m'as fait ce que je suis, et tu m'as tissé dans le ventre de ma mère. Merci d'avoir fait de moi une créature aussi merveilleuse : tu fais des merveilles, et je le reconnais bien"⁸³. Ce passage tiré de l'Ancien Testament mentionne que c'est Dieu lui-même qui a créé l'être humain. Ce passage relève aussi la valeur de la vie humaine, l'être humain y est décrit comme "une créature merveilleuse". Ainsi, il est impensable pour une personne chrétienne d'autoriser l'avortement car cela reviendrait à détruire l'œuvre de Dieu, le travail que Dieu a fait de ses mains.

Point de vue catholique

Jean-Paul II dans son discours l'Evangile de la Vie dit : "L'Être humain doit être respecté et traité comme une personne dès sa conception, et donc dès ce moment on doit lui reconnaître les droits de la personne, parmi lesquels en premier lieu le droit inviolable de tout être humain innocent à la vie."⁸⁴

⁸³ La Bible version du semeur 2000, Psaumes 139 :13-14

⁸⁴ Jean-Paul II, l'Evangile de la Vie, lettre Encyclique "sur la valeur et l'invulnérabilité de la vie humaine", publiée le 25 mars 1995

Concernant l'attitude de l'Eglise catholique envers les femmes ayant recours à l'avortement, on peut dire que l'Eglise vise à accompagner, sans juger. L'Eglise reconnaît la souffrance engendrée par une telle décision. Jean-Paul II dans son texte sur l'Evangile de la Vie verbalise la difficulté d'une telle décision et le chagrin occasionné par cette interruption de grossesse. Il s'adresse aux femmes en leur disant : "l'Eglise sait combien de conditionnements ont pu peser sur votre décision, et elle ne doute pas que, dans bien des cas, cette décision a été douloureuse, et même dramatique. Il est probable que la blessure de votre âme n'est pas encore refermée." Lors de l'entretien avec l'Abbé Desthieux, il a également soulevé ce même aspect, il ne conseille, ni te cautionne l'avortement mais l'Eglise a le désir d'accompagner ces femmes et ces couples qui traversent cette épreuve. Lors de notre rencontre avec l'Abbé Desthieux, nous lui avons demandé comment il réagirait si une femme venait le voir en ayant l'intention d'avorter. Il nous a alors répondu : "Si une femme venait vers moi avec l'idée d'interrompre sa grossesse, je ferais tout pour l'en dissuader, mais si elle revient après en ayant interrompu sa grossesse, je ferais tout pour l'aider."⁸⁵

Point de vue protestant

Pour mieux connaître le positionnement des protestants sur l'avortement, nous avons rencontré une théologienne protestante : Elise Cairus qui écrit une thèse sur l'accompagnement spirituel lors de la grossesse, de l'interruption de grossesse, du deuil périnatal et de la procréation médicale assistée.

Pour Mme Cairus, la Bible est clair au sujet de l'avortement, elle ne le conseille pas. La vie vient de Dieu et ce n'est pas à nous de décider d'interrompre le développement d'un être humain.

Lors de cet entretien, Mme Cairus nous a exprimé sa volonté d'écouter et d'accompagner les femmes ayant recours à une interruption de grossesse. Selon elle, il est primordial de ne pas juger la femme, mais plutôt de l'accueillir là où elle en est. Elle déclare à ce sujet : "Pour bien accompagner, il faut aimer la personne. Il faut être capable de dissocier la personne en détresse à ce moment-là et l'acte qu'elle commet (l'avortement)".

Point de vue du Judaïsme

Le judaïsme n'est pas favorable à l'avortement mais le tolère dans certaines situations. Il existe beaucoup d'avis divergents au sujet de l'avortement. En règle générale, le judaïsme autorise l'avortement lorsque la grossesse constitue un risque mortel pour la santé de la mère. Le rabbin Samuel Cohen affirme à ce sujet : "Donc s'il y a un danger pour la maman et pour le fœtus, la maman prime. Il ne s'agit pas d'un avortement volontaire mais d'une situation grave ou d'un cas de force majeure".⁸⁶

⁸⁵ Tirée de l'interview de l'Abbé Pascal Desthieux

⁸⁶ Tirée de l'interview du Rabbin Samuel Cohen

Le statut de l'embryon, selon la loi juive, n'est pas le même au moment de la conception et lorsque la gestation avance. Selon le rabbin Samuel Cohen, l'embryon est un être humain en pleine possession de ses droits qu'à partir de 40 jours. "La formation se fait dans les 40 premiers jours. Après 40 jours, il y a déjà eu la formation donc il ne reste que le développement"⁸⁷. Cette notion de 40 jours vient de la Bible, de l'ancien testament plus particulièrement. Dans la Bible, ce chiffre a une signification symbolique et représente la période de mise à l'épreuve avec à la fin de ce temps, l'aboutissement d'une promesse. Le déluge dure 40 jours et à la fin de ce temps Dieu accomplit sa promesse envers Noé. C'est pour cela que l'avortement est toléré dans les 40 premiers jours.

Point de vue de l'Islam

Dans la religion islamique, il existe plusieurs avis divergents. Dans certaines communautés, l'avortement est strictement interdit alors que d'autres communautés tolèrent l'interruption de grossesse dans certaines situations.

Celui-ci est fortement déconseillé, mais toléré pendant les premiers 120 jours pour une indication valable telle que : maladie de la femme enceinte, malformation du fœtus. Après cette période, l'avortement n'est plus permis selon les écrits islamiques. L'Islam accorde un statut spécial au fœtus, celui-ci est considéré comme sacré, alors que les êtres humains n'ont pas ce statut, l'embryon lui possède ce statut sacré. On peut voir cela dans la jurisprudence islamique.

Lors du jeûne de Ramadan qui est un des cinq piliers de l'islam, la femme enceinte peut manger si elle se sent faible. Cela prouve que l'embryon a une place quasi sacrée puisque que son bien-être peut justifier le fait de ne pas suivre un des cinq piliers de l'islam.

⁸⁷ Tirée de l'interview du Rabbin Samuel Cohen

PREVENTION

Education sexuelle

1824: Le Département genevois de l'instruction publique met en place des cours pour les garçons âgés de 16 à 18 ans dans certains établissements du supérieur (écoles secondaires supérieures).

1907: Congrès international d'hygiène scolaire à Londres : besoin d'un soutien pluridisciplinaire pour aborder le sujet des maladies vénériennes.

1910: 3ème Congrès international d'hygiène scolaire de Paris. De nouvelles résolutions en faveur de l'éducation sexuelle sont votées.

1928: Conférence annuelle suisse d'hygiène publique à Genève. Prise de conscience de la stagnation de la situation.

L'éducation sexuelle devient obligatoire dans deux cantons:

- Genève en 1965.

- Vaud en 1969.

2003: Création du Centre de compétences national en éducation sexuelle (Amorix).

La prévention en milieu scolaire est un sujet qui fait polémique et donne naissance à de nombreux débats. Les avis sont très partagés en ce qui concerne sa nécessité et son efficacité.

Certaines personnes sont inquiètes et les principales raisons de leur appréhension sont la peur de s'immiscer dans la vie privée d'une famille et par conséquent une probable contradiction des idées religieuses ou des principes familiaux. Un autre fait est dénoncé : celui d'aborder de tels sujets à l'école. Certains ont peur que les élèves soient choqués alors que d'autres craignent l'effet contraire c'est-à-dire d'inciter les jeunes à développer une vie sexuelle prématurément. Ils redoutent donc une réaction de désinhibition. Comme le dit Monsieur Christian Mounir, (expert en santé publique, formateur-consultant en promotion de la santé, éducation de la santé et santé sexuelle, ancien collaborateur du Service de santé de la Jeunesse, Genève,) dans son article *L'indispensable éducation sexuelle aujourd'hui* : "La perversité ne réside pas dans le fait de parler de sexualité. Elle n'est pas plus une déviance de la sexualité que la boulimie ne l'est de l'alimentation ou l'alcoolisme de la viticulture !".

Les personnes qui militent pour l'information des adolescents, quant à elles, ont bien conscience qu'il ne s'agit en aucun cas de se substituer aux parents et que les personnes disposant ces séminaires doivent être spécialisées et compétentes.

De plus il est nécessaire de prendre en compte l'évolution de la société. En effet, de nos jours, la sexualité n'est plus un sujet tabou et les jeunes y sont fréquemment confrontés que ce soit volontairement ou non. Les programmes télé, les affiches

publicitaires et les médias diffusent des vidéos, des images voire des propos qui ont directement trait à la sexualité. Ainsi il est possible de considérer que c'est rendre service aux adolescents, âge fatidique, que de leur donner de réelles informations et la possibilité d'obtenir des réponses claires et étayées à leurs questions.

Le Service de la santé et de la jeunesse est responsable de la promotion de la santé et ainsi des cours dispensés aux élèves de tous âges. Comme le montre cette citation extraite de leur site internet : "Durant ces cours, les éducatrices et des éducateurs pour la santé, spécifiquement formés pour intervenir auprès des enfants et des jeunes, abordent des notions telles que l'amour et la sexualité, l'anatomie féminine et masculine, la conception et la grossesse, la prévention des risques liés à la sexualité (grossesse, VIH-Sida, MST), la prévention des abus sexuels, le respect de soi et des autres", l'interruption de grossesse n'occupe pas un rôle central dans le programme de l'éducation sexuelle.

Nous avons contacté le Service de santé et de jeunesse qui nous a expliqué que l'avortement n'était traité que si un(e) élève posait une question à ce sujet.

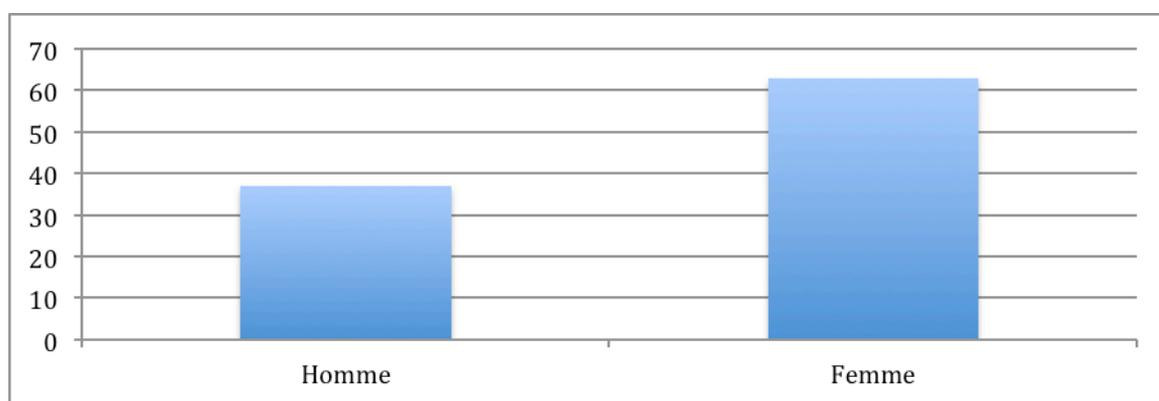
RESULTATS DU SONDAGE

Au cours de notre IMC, il nous a paru important de faire un sondage afin de connaître les idées reçues de la population générale sur la question de l'IVG.

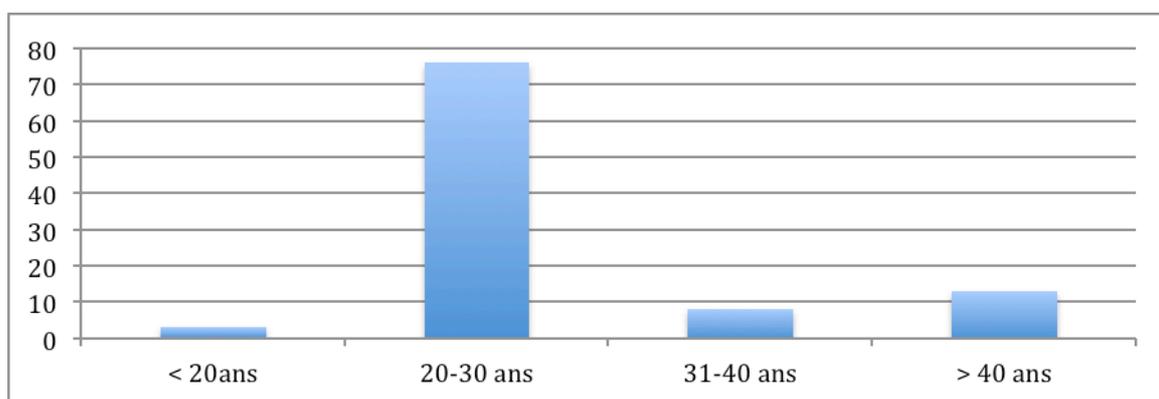
Nous avons principalement diffusé le sondage par e-mail et sur les réseaux sociaux. Nous avons obtenu environ 200 réponses mais à cause du site utilisé pour faire le sondage, l'analyse ne porte que sur les 100 premières réponses.

Nous avons donc réalisé un petit sondage de 8 questions dont voici les résultats:

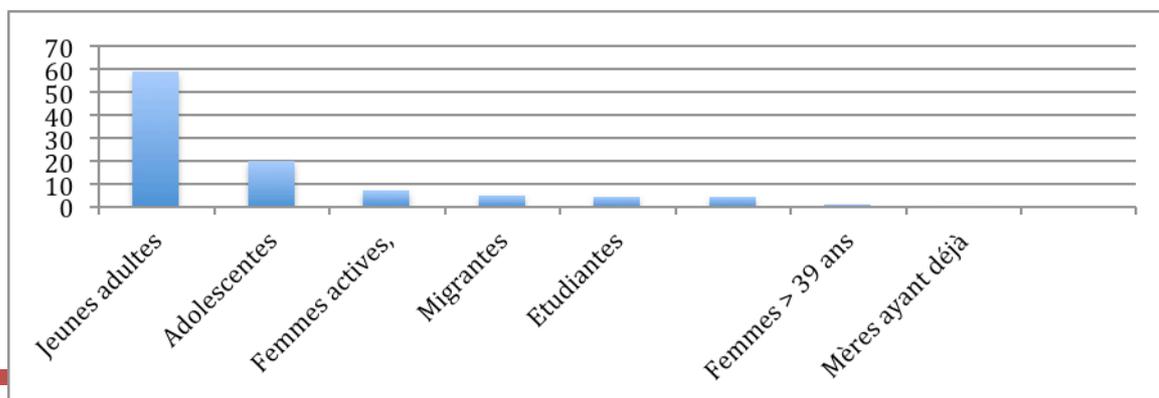
1. Vous êtes?



2. A quelle tranche d'âge appartenez-vous?

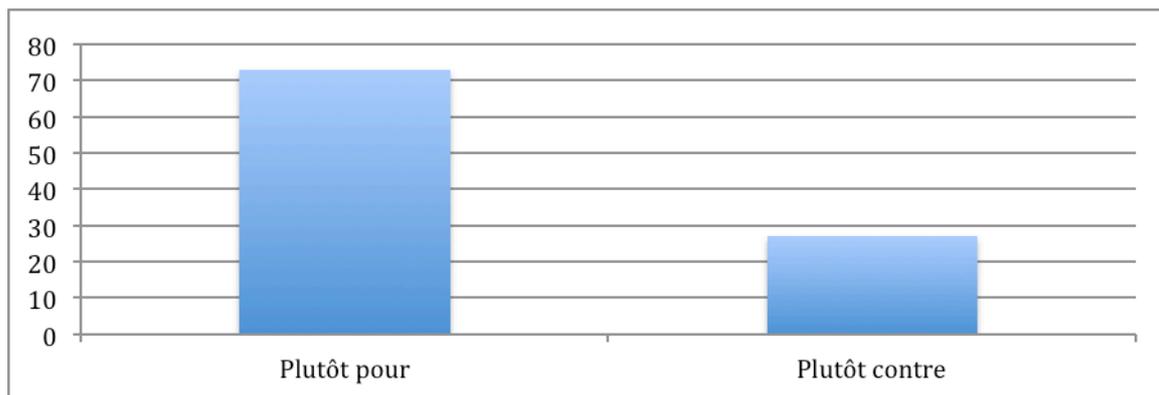


3. Selon vous, quelle est la population qui a le plus recours à l'IVG?

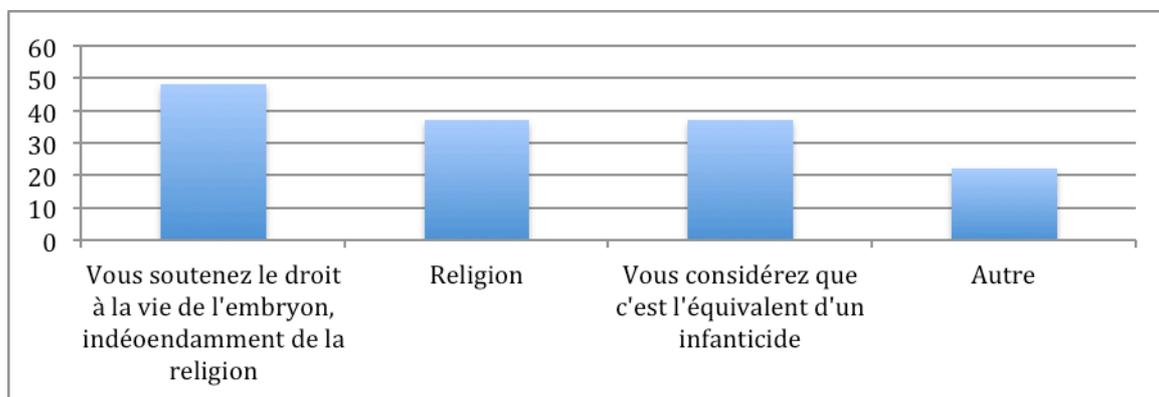


Lors de l'élaboration de cette question, nous pensions que la population répondrait majoritairement que les adolescentes étaient les plus demandeuses d'IVG. Nous avons été surprises de constater que ce préjugé n'a pas été mis en évidence par notre sondage.

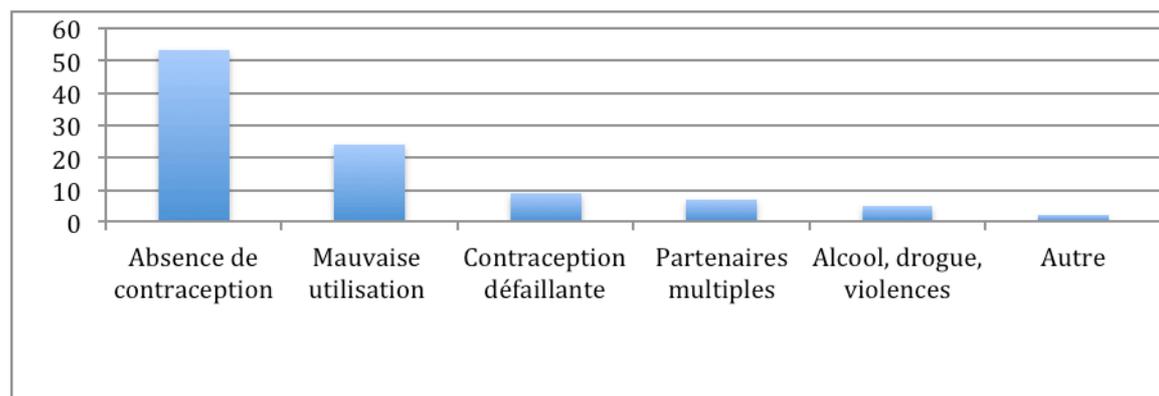
4. En général, êtes-vous plutôt en faveur ou contre l'IVG?



5. Si vous êtes contre l'IVG, quelles en sont les raisons?

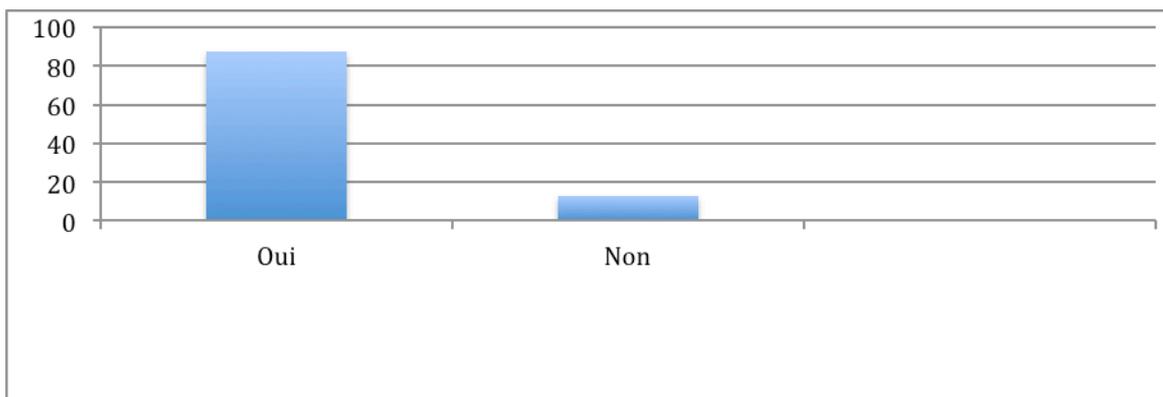


6. Quelle est, selon vous la cause la plus courante qui engendre des grossesses non désirées?

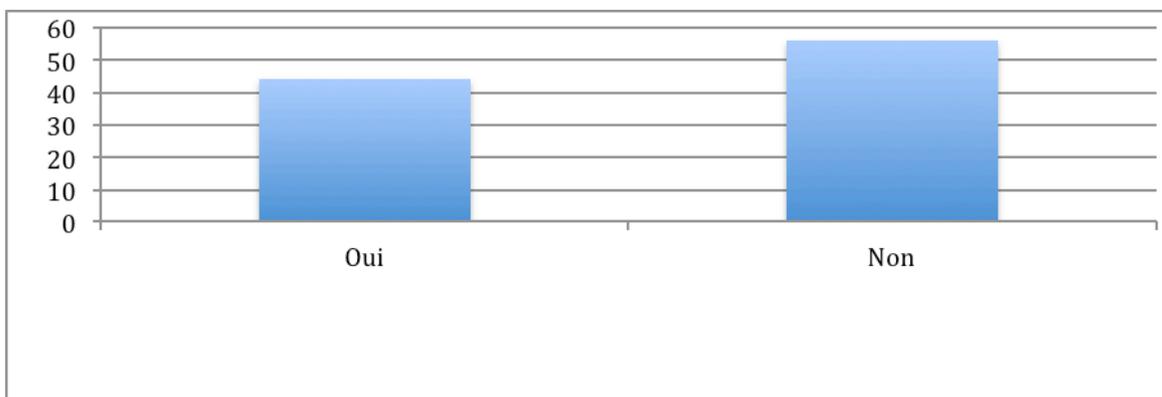


L'idée reçue dans la population est que les femmes ayant recours à l'IVG sont celles qui n'utilisent pas de contraception. Or comme le montre les statistiques du Planning Familial de 2011 la majorité des femmes utilisaient une contraception au moment de la grossesse. La majorité de ces grossesses non désirée est due soit à une mauvaise utilisation du moyen de contraception ou à un oubli ponctuel de contraception.

7. Estimez-vous être suffisamment informé sur les moyens de contraception?



8. Est-ce que l'homme devrait avoir des droits au niveau législatif dans la prise de décision face à l'IVG?



BIBLIOGRAPHIE

Faucher Philippe, Danielle Hassoun ; *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse* ; 2005, Editions ESTEM

Prof. J. Bitzer , Dr. A. Schwendke, Dr. S. Tschudin; *Manuel pour un entretien de conseil avant interruption de grossesse*, Département de Médecine sociale, gynécologique et psychosomatique, pp.1-19

Hurst S., Harari J., *Objection de conscience dans la pratique clinique*, 2011, http://ethique-clinique.hug-ge.ch/library/pdf/Objection_de_conscience_v7_final.pdf

Vianney, *Pourquoi je suis contre l'avortement*, 2011, <http://deshautsetdebats.wordpress.com/2011/02/27/pourquoi-je-suis-contre-lavortement/>

Anas, *Un point de vue musulman sur l'avortement*, 2008, <http://www.maison-islam.com/articles/?p=131>

Fatwa de cheikh al Fawzan, *L'avortement en islam : les étapes de l'embryon et l'avortement en islam*, <http://true.salaf.over-blog.com/article-15414663.html>

Dr. Eisenberg Daniel, *L'avortement dans la loi juive*, <http://www.lamed.fr/index.php?id=1&art=1176>

Professeur Flore Alessandro, *Identité et statut de l'embryon humain*, http://www.cerbafo.org/textes/congres/acte_congres99/embryon_flore99.pdf

Judith Jarvis Thomson, *Une défense de l'avortement*, Raisons politiques, 2003, p.3-24, <http://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-4-page-3.htm>

Mouhammad Patel, *L'avortement*, 2001, <http://www.muslimfr.com/modules.php?file=article&name=News&sid=158>

Guillaume Agnès, *Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement*, 2004, <http://www.ceped.org/avortement/fr/chap5/800/chap5-800.html>

Mauron Alex, *éthique déontologique et éthique conséquentialiste*, 2004, http://www.unige.ch/medecine/ib/ethiqueBiomedicale/enseignement/glossaire/Ethique_deontologique.pdf

Jean-Paul II, *l'Évangile de la Vie*, lettre Encyclique "sur la valeur et l'inviolabilité de la vie humaine", 25 mars 1995

http://fr.wikipedia.org/wiki/Dispositif_intra-utérin

Naik A. ; *La sexualité des paresseuses* ; Marabout – Les Petits Guides des Paresseuses, Octobre 2007

Winckler M. ; *Choisir sa contraception* ; Fleurus – La santé en questions, Avril 2007

Schmied, Remy ; Patch, Anneau, Implant – Les nouvelles contraceptions hormonales, Cours donné aux Hôpitaux de Rouen, CHU, Mai 2005, http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/A99C533A-2819-4005-BD51-AD4E5871CD98/0/nouvelles_contraceptions.pdf

<https://www.sante-sexuelle.ch/shop/fr/contraception>

<http://www.seidenberg.ch/pages/abtreibung/kosten.php>

http://www.seidenberg.ch/media/Schwangerschaftsabbruch_Costs_EN.pdf

COURRIER USPDA, n°45, juin 1998 ; <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/prevenir.htm>

Association professionnelle des conseillères et conseillers en santé sexuelle et reproductive, 2010, Membre de PLANeS, Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive ; *Fact Sheets : Les DIU* (données aux patientes lors de la prescription d'une contraception aux HUG) ; https://shop.aids.ch/shop-uploads/1522_02.pdf

Quelques *Fact Sheets* sont jointes en annexe. Elles sont disponibles sur : <https://www.sante-sexuelle.ch/shop/fr/contraception>

Statistiques sur les IVG, du 01.01.2012 au 31.12.2012, Planning Familial HUG, Janvier 2013, p. 3/11

http://fr.maieutapedia.org/wiki/Fécondation_humaine

Le développement de l'embryon ; <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/biologie.htm>

Fécondation et empreinte génomique parentale, Cours du Pr. Herrera, Module A de 1^{ère} année

Gary C. Schoenwolf PhD, Steven B. Bleyl MD PhD (Author), Philip R. Brauer BS PhD (Author), Philippa H. Francis-West PhD ; *Larsen's Human Embryology* ; Churchill Livingstone; 4th edition, 2008, p.42

http://embryo.soad.umich.edu/carnStages/stage14/Opticals/10310_lftLat_slide.html

http://embryo.soad.umich.edu/carnStages/stage23/Opticals/10300_lftLat_slide.html

Moore K. L., Persaud T.V.N ; *The Developing Human: Clinically Oriented Embryology* ; September 2007, Saunders, 8th Edition, pp. 416-417

<http://pst.chez-alice.fr/svtiufm/grandis.htm>

Allard F. Dr., Fropo J-R. ; *Le Traumatisme post-avortement* ; 2007, Editions Salvator

Lee Ellie Dr., *Mythe ou réalité ?*, Condensé de l'exposé tenu lors du Symposium « Séquelles psychiques de l'interruption de grossesse – le mythe et les faits scientifiques », à Berne, le 31 mai 2001. Journal Sage-femme suisse, avril 2002

Bianchi-Demicheli F. Dr. ; *Conséquences psychiatriques et psychologiques de l'interruption de grossesse* ; 2007, La Revue Médicale Suisse, n° 3098, <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=32049>

Tracy A. Weitz, Kirsten Moore, Rivka Gordon, Nancy Adler ; *You say regret and I say relief : a need to break the polemic about abortion* ; August 2008, Elsevier, Contraception Vol. 78, Issue 2, Pages 87-89

http://www.passerelles-eje.info/glossaire/definition_94_maternalite.html

Bergeret Catherine, psychanalyste, *Quelles paroles face à l'IVG ?*, Juin 2002, Psychanalyse Magazine, retranscription d'un colloque.

Sermier Fabienne Dr, médecin généraliste, homéopathe, *Quelles paroles face à l'IVG ?*, Juin 2002, Psychanalyse Magazine, retranscription d'un colloque.

Gilchrist et al. 1995 / Major B. PhD, Appelbaum M. PhD, Beckman L. PhD, Dutton M-A. PhD, Russo N. F. PhD, West C. PhD ; APA Task Force on *Mental Health and Abortion* ; 2008, p.89, <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Major B. PhD, Appelbaum M. PhD, Beckman L. PhD, Dutton M-A. PhD, Russo N. F. PhD, West C. PhD ; APA Task Force on *Mental Health and Abortion* ; 2008, p.89, <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Morgny C., Taque R., Fromaget J., Sagot P. ; Interruptions volontaires de grossesse : tenter de comprendre la répétition ; adsp, n°53-54, décembre 2005-mars 2006, p.107 <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad53106110.pdf>

Communiqué aux médias contre l'initiative de 2011

<http://www.schwangerschaftsabbruch.org/wp-content/uploads/2012/04/communiqué-NON-à-linitiative-financer-lavortement-juin-20111.pdf>

<http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/prevenir.htm>

<http://www.reiso.org/spip.php?article2154>

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/prevention_sante/Sanimedia/depliantG.pdf

http://www.plan-s.ch/IMG/pdf_2.Juni_Resolution_franz.pdf

<http://www.ippf.org/our-work/what-we-do/Abortion>

http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/ru_compar.htm

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/03.html>

<http://www.reiso.org/spip.php?article1742>

<http://www.reiso.org/spip.php?page=recherche&recherche=interruption>

"Interruption de grossesse" - *Femme-pouvoir-histoire / histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000*

Ancien Code Pénal Suisse - *du 21 décembre 1937*

Code Pénal Suisse – *Modifications du 23 mars 2001*

"Le droit à l'avortement en Suisse" - *Chronique Féministe n°105 janvier/juin 2010*

"Check-up après dix ans de régime du délais" – *Revue d'information sociale REISO*

"Fonctionnement du régime du délai – un bilan" – *01.2011*

<http://www.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis381t.html>

<http://www.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis438t.html>

Communiqué de presse de l'OFS "Statistique des interruptions de grossesse 2011" du 19.06.2012

Communiqué de presse de Santé Sexuelle Suisse "le nombre d'interruptions de grossesse reste stable en Suisse – la mise en application du régime du délais fonctionne bien" du 19.06.2012

"Vie sexuelle, devenir du couple et contraception après l'IVG" – *Les dossiers de l'obstétrique N°302 Février 2002*

"Pourquoi le taux d'IG à Genève est-il le plus élevé de Suisse?" – *Présentation au Congrès annuel Gynécologique Suisse 24-26 juin 2010, Interlaken*

"L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention" – *Jean-Claude Pons, Françoise Vendittelli, Pierre Lachcar édition Masson*

Congrès annuel de gynécologie Suisse 24-26 juin 2010 Interlaken "*pourquoi le taux d'IG à Genève est-il le plus élevé de Suisse*"

Fiches bleues statistiques du plannig familial
USPDA

Pilule du lendemain – Lévonorgestrel. Créapharma.ch

Société suisse des pharmaciens : *La « pilule du lendemain » sans ordonnance - un an après.*
Article du 27 avril 2003.

www.presseportal.ch

Carte d'information sur la contraception d'urgence. Association professionnelle des conseillères et conseillers en santé sexuelle et reproductive, 2010. Membre de PLANeS, Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive.

Vidal 2010.

Pour une éducation à la santé sexuelle en Suisse. PLANES Fondation Suisse pour la santé sexuelle et reproductive.

Dossier réalisé par Simone Forster. *L'éducation sexuelle : pourquoi, comment ? – Histoire d'un parcours semé d'embûches.*

L'indispensable éducation sexuelle aujourd'hui. *Faut-il parler ouvertement de sexualité aux enfants et, le cas échéant, pour quelle raison, pour leur dire quoi, et qui devrait s'en charger ?*
Article de Christian Mounir dans la revue Reiso. Lundi 7 novembre 2011.

ANNEXES

INTERVIEW DE A.M. REY: Fondatrice de l'USPDA

Pouvez-vous vous présenter? Nous raconter votre parcours?

Je vais commencer tout au début. J'ai donc eu une interruption de grossesse moi même, vous avez peut-être lu mon livre de mémoires. Mon père était gynécologue, il avait une toute petite clinique avec 2 chambres où il faisait beaucoup d'accouchements et d'autres opérations même des appendicites parfois.

Et puis moi à 18 ans encore je disais " Ces femmes, elles devraient y penser avant !" et puis à 24 ans j'avais bien pensé avant mais ça m'est arrivé quand même. Malgré la contraception avec le diaphragme, à l'époque on n'avait pas encore la pilule qui était encore à ces débuts. Je faisais donc la contraception avec le diaphragme et puis voilà je suis tombée enceinte malgré cela. A cette époque, je suivais des cours de danse classique et moderne et j'avais l'intention de faire un diplôme de danse, ce qui n'allait pas du tout avec une grossesse.

A ce moment là j'étais furieuse avec le diaphragme, avec moi-même, avec la nature, avec l'état qui voulait s'en mêler. J'avais vraiment une rage au ventre. J'ai pu attendrir mon père qui a fini par m'enlever cette grossesse non voulue, détestée. C'était vraiment une grossesse détestée.

J'ai donc ensuite terminé mon diplôme, ces cours de danse ont vraiment été une des meilleures périodes de ma vie.

Et après, plus tard j'ai eu 3 enfants qui sont plus âgés que vous maintenant. Et j'ai vraiment vu la différence d'avoir une grossesse non voulue et puis 3 grossesses que j'ai désirées.

Cette rage au ventre je la ressens encore, à chaque fois que l'on discute de la problématique. Et cela a aussi fait que je m'intéressais politiquement à la question et que j'ai écrit un article dans le journal local de Berne sur la contraception et l'utilité de l'éducation sexuelle à l'école et de propager la contraception, et qu'il fallait libéraliser l'interruption de grossesse. Parce que dans le temps, avec l'ancienne loi, il fallait aller voir un deuxième médecin qui donnait l'avis conforme, qui disait que pour cette femme là, la grossesse la rendait malade et qu'elle pouvait avoir une interruption de grossesse.

Dans mon cas, j'ai pu le faire sans le psychiatre, qui m'aurait dit que j'étais un peu folle. Mais toutes les femmes, et j'en ai connues beaucoup, qui m'ont dit que c'était pour rien du tout, que c'était pour les traumatiser et que cet avis psychiatrique n'avait servi à rien.

Après cet article, j'ai eu un écho d'un juriste, qui m'a dit ensuite qu'il réfléchissait depuis quelque temps à la question, et qu'il fallait absolument changer cette loi. En même temps, il y avait plusieurs affaires d'avortement dans le canton de Neuchâtel, où des médecins étaient accusés de faire des interruptions sans avis conforme. Ainsi que des faiseuses d'ange, donc des personnes non médecins, qui remuaient les journaux.

Et il avait aussi un député radical dans le canton de Neuchâtel qui a déposé une proposition au grand conseil Neuchâtelois pour une initiative cantonale, pour demander d'abroger cet article dans le code pénal. Et nous, ici à Berne le juriste et moi, on a vu une petite note dans le journal sur cette motion et on a tout de suite pris contact avec ce député. On a ainsi formé un groupe de 5 personnes; 3 Neuchâtelois et nous 2 à Berne, on a formé un comité d'initiative et on a lancé une initiative pour dépénaliser et donc abroger les articles du Code Pénal. Tout ceci c'était en 1971, on avait aucun appui, d'aucun parti ou association, c'était un tabou. Il y a avait quand même le MLF (mouvement de libération des femmes) qui a sauté sur l'occasion et qui nous a aidé à récolter les signatures. Au bout de quelques mois, on avait les signatures. Donc c'était vraiment comme une avalanche, ça a lancé le débat politique au parlement et dans la Presse.

On a vu que cette revendication n'avait aucune chance, alors on a réfléchi, et sur la base des débats dans les chambres et dans la presse, on a vu que éventuellement on pourrait avoir une chance avec la solution du délai.

On a donc relancé une nouvelle initiative en 1975 qui demandait justement une solution du délai. On a ensuite retiré la première initiative.

Cette deuxième initiative à été votée en 1977, avec 48.3% de oui, mais pas du tout la majorité des cantons.

On a réessayé avec des initiatives Parlementaires, qui demandaient de laisser la liberté aux cantons, donc une solution fédéraliste, mais ça n'a même pas abouti aux chambres.

Entre temps, dans les années fin 1980, la situation dans la pratique s'était beaucoup améliorée. Il y avait une libéralisation dans la pratique de plus en plus de canton. Du coup, personne ne voulait plus se mouiller dans une nouvelle initiative.

Finalement en 1993, on a réussi à mobiliser une parlementaire pour relancer une initiative parlementaire pour modifier la loi. Après toutes les étapes parlementaires, l'initiative a été acceptée par le parlement en 2001 avec la solution du délai après quelques changements du premier texte.

Ensuite, il y a eu le référendum et la votation de 2002, et à mon très grand étonnement le résultat obtenu était vraiment extraordinaire, j'aurais jamais espéré avoir un si bon résultat avec 72% de oui. En plus, on n'avait pas besoin de la majorité des cantons pourtant il n'y avait que quelques cantons contre dont le Valais et l'Appenzell. J'étais aussi étonnée de voir que très rapidement les cantons ont vu ce qu'il fallait faire, même en Valais.

Voilà ma lutte politique, et j'ai aussi été la présidente de l'Union Suisse Pour Décriminaliser l'Avortement (USPDA) qui s'est formé en 1973 et qui s'est dissoute en 2003.

Comment c'est formé cette USPDA? Sur quelles bases?

C'était le comité de l'initiative et des groupes dans les cantons qui se sont vraiment engagés dans la première campagne de 1971. On s'est réuni et on a fondé cette organisation pour soutenir justement cette initiative.

Quels étaient les objectifs principaux de l'USPDA?

Principalement soutenir l'initiative

Aviez-vous déjà des objectifs précis de ce que vous vouliez obtenir?

On voulait justement la liberté pour la femme de décider elle-même de sa maternité. On a dit aussi qu'on soutiendrait tout contre projet qui remplirait nos revendications. Il y a eu des discussions justement au moment de relancer une deuxième initiative, avec des féministes radicales qui ne voulaient pas retirer la première initiative. Mais c'était du pragmatisme, finalement je pense que la meilleure solution est quand même de ne pas mentionner l'avortement dans le Code Pénal, mais je pense que même maintenant on n'aurait pas réussi à obtenir ça.

Donc dans la deuxième initiative vous avez décidé de la solution délai, mais à ce moment là vous aviez déjà une idée du nombre de semaines?

Oui, oui, c'était déjà 12 semaines.

Comment en êtes-vous arrivé à ce délai de 12 semaines, pourquoi 12?

Il y avait des discussions à ce sujet un peu partout en Europe, en France, en Allemagne, on s'est donc un peu inspiré de nos voisins. Et aussi des médecins qui nous ont dit que jusqu'à 12 semaines c'était une assez petite intervention, alors que plus tard c'était beaucoup plus difficile et plus risqué avec plus de complications. Ce n'était pas un moment précis dans le développement du fœtus, c'est un peu comme le droit de vote, il faut choisir une limite à partir de laquelle on peut voter.

Dans la première initiative vous vouliez quoi exactement comme nombre de semaine?

On voulait vraiment biffer l'avortement dans le Code Pénal. Que ce soit une question entre la femme et son médecin. C'est d'ailleurs ce qui se fait au Canada, où ils n'ont pas de loi à ce sujet. Ça se fait depuis 1988, où il y a eu une décision de la Cour Suprême du Canada, qui a aboli l'ancienne loi. Mais dans la pratique c'est la même chose, il n'y a presque personne qui fait des interruptions de grossesse après 24 semaines, à part si c'est une question de vie ou de mort.

Quelles sont selon vous les dates les plus marquantes dans la décriminalisation de l'avortement?

Evidemment ce sont la première et la deuxième initiative, ainsi que le vote.

Ensuite il y a eu la contre proposition du Parlement pour la solution des indications, avec les indications sociales. Il y a eu autre un contre projet, mais qui était très compliqué, la femme aurait du voir non seulement un autre médecin mais aussi un travailleur social, donc ça aurait été plus compliqué que ce qu'on avait avant. Et puis, il y a eu le référendum lancé par les féministes, que nous avons soutenu, mais qui a été balayé en 1978. Il y a eu l'initiative des adversaires, "pour le droit à la vie dès la conception", qui a aussi été balayé en 1985. Et donc l'initiative Parlementaire de 2002.

Mais voilà pendant tout ce temps il y a eu un développement petit à petit, avec de plus en plus de médecins qui étaient libéraux. Avant dans les années 70 les gynécologues étaient tout à fait hostiles, alors qu'aujourd'hui la Société des Gynécologues est tout à fait de notre avis, ils soutiennent et tout se passe très bien dans les hôpitaux.

Pourquoi avez-vous dissout l'association?

Car on avait atteint les objectifs, et il y avait une certaine fatigue plus personne ne voulait continuer le travail.

Mais en ce moment il faut recommencer, avec cette initiative qui veut que les caisses maladies ne paient plus. On est donc entrain de reconstruire le combat.

Vous avez décidé de reconstruire une association pour contrer cette nouvelle initiative?

Pour le 10^{ème} anniversaire de la votation l'année passée, j'avais contacté les "anciennes combattantes", les partis et les associations féministes pour une rencontre. Pour savoir si on voulait faire quelque chose pour le 10^{ème} anniversaire et pour cette nouvelle initiative. On a fait un colloque le 12 juin de l'année passée et nous sommes entrain de former un groupe pour la campagne pour la votation de cette initiative. On a donc un groupe de travail qui prépare ça.

Savez-vous quel type de population a le plus recours à l'avortement aujourd'hui?

Il faut tout d'abord dire que ce ne sont pas les adolescentes car c'est souvent l'impression que l'on a dans la presse et un peu partout. La plus grande proportion ce sont les femmes entre 20-30 ans. On sait aussi concrètement que la moitié des interruptions de grossesses se font sur des femmes migrantes. Pour les couches sociales on ne sait pas, on n'a pas de statistiques. Mais selon le peu d'études qu'on a, c'est surtout les couches sociales moins favorisées.

De manière générale, on peut dire que cela peut toucher toute femme au cours de sa vie fertile, mais c'est quand même les femmes les plus démunies et les moins formées qui sont le plus touchées. Et la moitié des femmes touchées ont entre 1 et 2 enfants.

Il y a aussi très peu de femmes qui ont plus d'une interruption, c'est donc un mythe que ces femmes qui avortent chaque année, ce sont des idéologiques.

Quelles sont selon vous les principales raisons qui engendrent une grossesse non désirée?

Moi personnellement j'ai peu de contact direct avec les femmes qui demandent des interruptions, mais j'ai des contacts très intenses avec des conseillères au planning, des médecins, et bien évidemment la littérature sur la question.

Je pense que souvent ce sont plusieurs raisons qui se cumulent, l'âge, trop jeune ou trop âgé. Elle a atteint le nombre d'enfant qu'elle désire, ou sinon il y a aussi souvent le couple qui se sépare, ou des rencontres sexuelles sans lendemain, l'alcool. On oublie la contraception sous l'influence de l'alcool.

Je trouve aussi important de noter que plusieurs cantons qui demandent pour les statistiques quel moyen de contraception utilisait les femmes qui sont tombées enceintes et on voit qu'environ 50 à 60% des femmes disent avoir utilisé une contraception. Donc c'est ou bien le contraceptif qui a échoué ou bien il a été mal utilisé. Il n'y a donc que 40% de femmes qui n'ont pas utilisé de contraception.

Moi je trouverai très intéressant de savoir pourquoi ces femmes n'ont pas utilisé de contraception.

Je pense qu'il y a une grande influence de l'alcool, j'aimerais bien savoir quel est le rôle de l'alcool là dedans. Y'a des femmes qui pensent encore "j'espère qu'aujourd'hui ça n'arrivera pas". Mais dans les statistiques actuelles, on voit que la plupart des jeunes filles utilisent une contraception lors de leur première relation sexuelle. Par contre elles ne l'utilisent peut être pas correctement, le préservatif ce n'est pas si facile à utiliser et la pilule on peut l'oublier. Et bien sûr il y en a encore qui pensent qu'avec le coït interrompu on peut éviter la grossesse, mais ça ne fonctionne pas "toujours".

Personnellement j'ai eu de la chance avec mon premier rapport sexuel, j'ai pensé "ça va aujourd'hui ce n'est pas mon jour fertile". J'ai eu de la chance ça a été, c'est plus tard avec le diaphragme que j'ai eu un problème.

Donc moi je pense vraiment que ça peut arriver à toute femme, j'aimerais vraiment voir une femme qui me dise que pendant ses 35 ans de vie fertile elle n'a jamais oublié une pilule. Je pense aussi que les femmes qui utilisent les moyens de contraception les plus sûrs, sont celles qui sont le moins disposées à accepter une grossesse, car elles ont tout fait pour l'éviter.

Pour vous quel est le rôle de l'homme dans la question de l'avortement?

Il est très différent de celui de la femme. Je pense que dans la plupart des cas l'homme et la femme discutent ensemble et décident ensemble. Mais évidemment il y a les femmes qui décident d'avorter et l'homme qui accepte ou n'acceptent pas. Et les femmes qui décident de mener la grossesse à terme que l'homme accepte ou pas. Je pense que c'est là que l'homme est le plus "discriminé" si je puis dire, c'est que si la femme décide de mettre l'enfant au monde et que le partenaire ne veut pas, il ne peut rien faire, moi je suis bien d'accord qu'il ne puisse rien faire, mais c'est là qu'il va payer toute sa vie pour l'enfant.

Donc je pense qu'il faudrait essayer de régler le financement des enfants, qui devrait être beaucoup plus pris en charge par l'état, et non pas soit par la femme seule, soit par un homme qui n'a pas voulu l'enfant, je pense donc que les allocations pour les enfants devraient être beaucoup plus élevées, l'état a intérêt à avoir des enfants, donc tout le monde devrait participer à ça.

D'un point de vu légal pourrait-on laisser une place à l'homme dans la décision?

Non, non! Bien sûr il a le droit de parler, d'essayer de trouver un consensus avec la femme, mais on ne peut pas séparer en deux l'enfant. Il est dans le ventre de la femme et c'est elle qui décide, il n'y a pas d'autre solution.

Mais il y a d'ailleurs là-dessus des décisions des cours Suprême, dont celle de Strasbourg pour les droits de l'homme qui ont pris des décisions suite à des plaintes d'hommes dont la femme avait avorté contre leur volonté. La Cour de Strasbourg avait répondu que la femme était nettement plus concernée et que c'était donc elle qui pouvait prendre la décision.

Les lois sont en majorité écrites par des hommes, alors que la question de l'avortement touche essentiellement le corps de la femme qu'en pensez-vous?

Moi je pense qu'il faut plus de femmes au gouvernement et au Parlement, c'est ça la solution! (rires) Moitié-moitié, ou même plus de femmes!

Cela veut quand même dire que les mentalités ont évoluées puisque "ces hommes" ont accepté les nouvelles lois?

Oui, oui, C'est d'ailleurs intéressant, on a fait des études d'opinion représentatives déjà dans les années 70 et jusqu'en 2002 avant la votation. Et chaque fois les hommes étaient plus favorables que les femmes à la libéralisation. Cela m'a d'ailleurs beaucoup étonnée. Et c'est là, je pense, l'influence de la religion, car les femmes sont souvent plus attachées à l'église et à la religion que les hommes.

Pour vous quelle est l'influence de la religion dans l'avortement?

Elle est très forte! Cela s'est vu dans les votations, notamment en 1977, tous les cantons catholiques ont votés contre. Et puis c'est surtout l'église catholique qui à jouer un rôle très important dans les campagnes.

Je pense aussi que c'est dans le milieu catholique qu'il y a eu la plus grande évolution des mentalités. Les Femmes Démocrates-Chrétiennes étaient encore au début des années 1990 absolument contre la libéralisation de l'avortement. Et puis il y a eu un changement de mentalité, en quelques années et en 1997 elles étaient pour la solution du délai. Je pense que c'est extraordinaire ce qui c'est passé là.

Je pense que c'est un recul, une distanciation envers Rome, le Pape et la hiérarchie de l'église catholique. Cela a permis de faire la différence entre les catholiques pratiquant, et l'église en elle-même.

Qu'est ce qui a fait que les Femmes Démocrates-chrétiennes ont changé d'avis?

C'est difficile à dire, mais je pense que la présidente à l'époque qui venait du Valais était vraiment une femme très forte, qui a réussi à convaincre son parti.

Vous avez dû avoir beaucoup de confrontations, avez-vous été menacée, car vous vous battiez pour une cause qui faisant vraiment polémique?

Oui, on en a eu, mais toujours anonyme, des lettres, des e-mails, pendant j'ai eu des téléphones de femmes et d'hommes également.

Avez-vous des confrontations directes? Des personnes qui venaient pour vous confronter lorsque vous donniez des interviews?

Il y a eu des débats publics, il y a toujours eu des adversaires dans la salle. En fin plus ou moins en fonction de qui avait organisé le débat, cela dépendait. Il y a donc toujours eu des adversaires, avec toujours les mêmes arguments. C'était toujours soit disant pour protéger la vie, ce que j'ai trouvé assez rigolo, c'est quand j'ai lu les débat du Parlement sur l'ancien Code Pénal et ils disaient presque la même chose que ce qu'ils disent aujourd'hui, "les nouvelles recherches scientifiques ont montré que l'embryon est déjà un homme" et aujourd'hui ils disent encore que ce sont les nouvelles recherches qui disent cela.

Tout le monde sait qu'un œuf fécondé est vivant, et tout le monde sait que c'est quelque chose d'humain, mais ça ne dit pas que se soit un Homme ou une Femme.

Donc les arguments sont "protéger la vie", "c'est déjà une vie humaine qui a droit à la vie" et un argument assez nouveau "les pauvres femmes ne font ça que sous pression de la famille ou de l'homme, ou encore des médecins qui leur disent d'avorter", "pour des raisons financières".

Bien sur les raisons financières jouent un rôle, mais le plus souvent ce n'est pas la seule raison, car les femmes peuvent obtenir le soutien de l'aide social si elles veulent vraiment garder l'enfant.

Ils disent aussi que les pauvres femmes souffriront toute leur vie après l'avortement. Au plus tard le jour de leur mort elles vont se repentir. Des propos comme cela reviennent tout le temps. Et puis évidemment toutes les études démontrent le contraire. Voilà ce sont les arguments principaux je crois.

En lisant un livre sur le vécu des femmes ayant subi un avortement, j'ai constaté que la plupart des femmes semblaient traumatisées de leur avortement. Connaissez-vous des témoignages où les femmes ne ressortent pas traumatisées de cette épreuve ?

On a fait une petite brochure (en allemand) pour collectionner un peu les témoignages mais je dois dire que pour aucune femme c'est une chose facile. Moi aussi j'ai pleuré avant mon avortement mais je n'ai pas pleuré après. Pour un grand nombre de femmes la souffrance c'est avant, mais à partir du moment où la grossesse est finie c'est le grand soulagement. Il y a beaucoup de recherches là-dessus. Personnellement, je connais peut être une cinquantaine de femmes qui n'ont jamais eu de problèmes. Sur mon site il y a aussi des témoignages qui montrent que chaque femme le ressent d'une autre façon. Il y a des femmes qui sont très ambivalentes et vont se poser des questions après du type : "est-ce que vraiment c'était nécessaire ? Est-ce que vraiment c'était la meilleure solution ?" Il y a beaucoup de femmes qui ont eu de la peine à prendre la décision, pour qui c'était une épreuve mais qui disent après coup "c'était la meilleure solution possible à ce moment-là de ma vie dans la situation où je me trouvais". Enfin c'est ce que disent toutes les recherches psychologiques sérieuses. Les femmes qui souffrent de problèmes psychologiques sérieux après l'avortement sont minoritaires et le plus souvent ces femmes avaient déjà eu des problèmes psychologiques avant l'avortement. Il y a quelques années, des recherches ont montré que les femmes victimes d'abus sexuels soit dans leur enfance soit de la part du partenaire ont beaucoup plus de problèmes psychologiques après une interruption de grossesse. Mais est-ce vraiment lié à l'IVG ou bien est-ce dû à ce qu'elles ont vécu par le passé ? C'est difficile de prouver que l'atteinte psychologique est causée uniquement par l'interruption de grossesse. A mon avis une des études les plus parlantes est celle fait en Angleterre où il y a le système du médecin de famille. L'étude incluait des femmes étant enceinte sans l'avoir planifiée. Ces femmes ont été suivi pendant 10 ans afin d'évaluer l'apparition de troubles psychiques. 6000 femmes ont été suivies dont environ la moitié ont opté pour une interruption de grossesse tandis que l'autre moitié ont mené à terme leur grossesse. L'étude a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

La tristesse que ressent la femme peut aussi dépendre de la situation dans laquelle la femme a pris sa décision. Une rupture du partenaire suivie d'une interruption de grossesse, est-ce que c'est la rupture avec le partenaire qui provoque une grande tristesse à la femme ou est-ce l'avortement? Ou bien, quand le partenaire laisse tomber sa compagne en apprenant sa grossesse ? Le chagrin est-il provoqué par la rupture ou par l'interruption de grossesse ? Il est bien difficile de faire un lien direct de cause à effet.

Pour vous quel est le statut de l'embryon ?

Je pense que ce n'est pas le même que ce soit un œuf fécondé ou que ce soit au 8^{ème} mois de grossesse. Je suis plutôt de la thèse progressiste. Pour moi un œuf fécondé ce n'est pas plus qu'un œuf non fécondé je ne vois pas la différence. Par exemple, il y a des gens qui disent qu'on tue un enfant avec la pilule du lendemain, mais les dernières recherches montrent que l'on empêche l'implantation. Pour moi cela m'est égal, si vous me demandez mon avis personnel alors je pense qu'un embryon de quelques cellules ce n'est rien. Moi je trouve que ce n'est pas la même chose que cet œuf fécondé se trouve dans le ventre d'une femme que quand il se trouve in vitro. Pour moi un chercheur scientifique qui fait quelque chose avec un embryon in vitro ça ne m'inquiète pas. Ce qui m'inquiète c'est ce qu'on peut faire après par exemple si on arrivait à élever cet embryon in vitro jusqu'à maturation je trouverais cela très dangereux et je ne voudrais pas de ça ni de clonage.

Cela, je trouve dangereux mais qu'on cherche des moyens avec des cellules embryonnaires pour éventuellement des thérapies moi ça ne me choque pas. Après je dois dire que moi personnellement je suis heureuse que mon interruption de grossesse se soit fait très précocement : 6 semaines de grossesse environ donc 5-6 semaines après les dernières règles. Peut-être que ça m'inquiéterais plus si j'avais avorté plus tard je ne sais pas mais je dois dire que quand on voit ces jolies photos d'embryons de 12 semaines, oui ça inquiète plus.

Et puis surtout je me bats aussi pour que les interruptions de grossesse tardives soient possibles parce que je pense qu'aucune femme ne fera jamais une interruption de grossesse au 6^{ème} mois de grossesse si elle n'a pas de raison extrêmement importante contre cette grossesse. Je pense que même à ce stade une femme devrait pouvoir obtenir cette interruption de grossesse mais je vois aussi que pour les médecins c'est extrêmement dur de le faire. Je comprends aussi que les médecins disent non à ce moment-là mais d'autre part je suis très reconnaissante aux quelques médecins qui sont d'accord de le faire encore. Pour moi c'est vraiment des gens extraordinaires que je respecte beaucoup. J'ai eu quelques cas comme ça qui s'adressent à moi par exemple quand il y a des malformations fœtales qui se découvrent tard (après les 24 semaines) et qui ont été refusé. Ça m'est surtout arrivé avec des femmes en Italie qui ont beaucoup de peine à trouver des médecins pour faire des interruptions de grossesse au-delà de 24 semaines. Ce sont vraiment des cas extrêmement dramatiques je trouve.

Ma réponse n'est pas très claire mais je pense que l'embryon devient homme, personne avec des droits à la naissance, au moment où il peut vivre hors de sa mère. Avant c'est un devenir.

On se demandait comme vous parliez d'avortement très tardif est-ce que ce serait quelque chose pour lequel vous voudriez militer, pour que ce soit possible d'avorter presque jusqu'au terme ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

Je pense que c'est très difficile de répondre à cette question. Je dis toujours, par exemple dans les forums parce que j'y vais de temps en temps et là ça vient tout le temps. "Oh les femmes peuvent avorter jusqu'au dernier jour de la grossesse ?". Je

réponds toujours que c'est absurde, personne ne fera cela. Il y a les cas d'indication médicale. Je suis aussi la secrétaire d'une petite organisation de médecins qui pratiquent les interruptions de grossesse et on a fait une enquête auprès des hôpitaux en leur demandant s'ils font des opérations tardives et si c'est jusqu'à 24 semaines, ou si c'est au-delà de 24 semaines et pour quelles indications. On nous a répondu oui pour des malformations fœtales mais létales. Si c'est un enfant qui va mourir de toute manière je pense qu'on ne peut vraiment pas forcer la femme à le porter encore pour 2-3 mois. Peut être qu'il y a des femmes qui disent qu'elles veulent le porter à terme pour pouvoir le porter dans leur bras au moment de la mort du bébé mais certaines ne peuvent pas supporter cette idée et c'est tout à fait compréhensible. Le problème se pose avec les enfants malformés où il n'est pas clair s'ils vont vivre ou mourir. Le plus souvent on le détecte avant 24 semaines mais ça arrive qu'on le détecte après 24 semaines alors là c'est le problème. J'ai des adresses de médecins qui sont d'accord de faire le foeticide à ce moment-là à condition que les malformations soient très graves.

Vous arrive-t-il encore de penser à votre avortement?

J'y pense tout le temps (rires) lorsque je me fâche...je me fâche tout le temps.

Enfin je n'y pense pas en regrettant. Pour moi c'est vraiment un droit fondamental de la femme de dire oui ou non je veux devenir mère.

Quand avez-vous parlé la première fois de votre avortement ? Quelles ont été les réactions ?

J'ai décidé il y a 30 ans je crois que je parlerai ouvertement de mon interruption de grossesse parce que les adversaires citaient tout le temps des femmes qui regrettaient alors j'ai pensé qu'il fallait absolument que les femmes commencent à oser dire ouvertement "oui j'ai eu une interruption de grossesse cela peut arriver à tout le monde, et après ?".

La première fois que je l'ai fait c'était à une émission télévisée lors d'un débat au sujet de l'interruption de grossesse. Il y avait 6 participants : 3 pour, 3 contre et le présentateur. J'avais rencontré ce présentateur dans le train en allant à Zurich et je lui avais dit que j'étais d'accord de parler de mon avortement si le débat allait dans cette direction. Et une femme médecin de "Oui à la vie" a dit : "Oui mais ces femmes sont sous l'influence des hormones au début de la grossesse, toutes les femmes ont des refus de grossesse au début et toutes ces femmes qui ont avorté vont souffrir après.". J'ai dit : "Ecoutez Madame je sais de quoi je parle j'ai eu un avortement et je n'ai jamais regretté. J'ai eu 3 enfants après et je n'ai jamais eu de refus de grossesse au début car c'était des grossesses désirées." Alors la femme est restée bouche bée et a dit "oh Madame est-ce que vous savez que vous pourriez avoir un fils maintenant qui va au gymnase ?". (rires) Et j'ai dit que j'avais 3 enfants et que cela suffisait. Voilà c'était la première fois que j'ai parlé de mon avortement.

A votre avis que pourrait-on faire pour diminuer le nombre de grossesse non désirée ? Augmenter la prévention ? Améliorer l'éducation sexuelle ?

Il faut dire qu'en Suisse et aussi dans d'autres pays européens comme l'Allemagne, Pays Bas le nombre est très bas. Je pense qu'on peut encore le faire diminuer. Il faut vraiment cibler la prévention. Il faudrait essayer de contacter les migrantes avant qu'elles tombent enceintes. Et il faut surtout ne pas relâcher avec l'éducation sexuelle. Curieusement ce sont les mêmes gens qui se battent contre l'avortement qui se battent aussi contre l'éducation sexuelle. Ce qui est absolument absurde. Je pense aussi que c'est une bonne chose que la pilule du lendemain soit vendue en pharmacie. D'ailleurs elle s'utilise beaucoup. Il ne faut pas relâcher la prévention. Ce que je trouve assez étonnant c'est qu'en Suède le taux d'avortement est beaucoup plus élevé que chez nous alors que là-bas c'est un des premiers pays qui a introduit l'éducation sexuelle obligatoire. Les suédois me disent qu'en Suède la contraception hormonale n'est pas très appréciée donc ils utilisent le préservatif.

Que pensez-vous de la LAMal qui rembourse l'avortement mais pas la contraception ?

C'est un point important. Je pense qu'elle devrait payer la contraception. L'interruption de grossesse représente un coût minime dans le budget, c'est absolument ridicule de vouloir épargner en biffant l'avortement. Par contre je pense que si la LAMal payait pour la contraception, il en résulterait une hausse des primes. Je pense que c'est une discrimination des femmes. Parce que les médicaments qui concernent que les hommes on les paye alors que ceux qui concernent les femmes on ne le paye pas.

Il y a eu plusieurs propositions au parlement et puis si on lançait une initiative pour ça je ne sais pas si ça aurait une chance.

Ce qui me fâche le plus c'est pour la stérilisation. Je trouve qu'elle devrait être payée. En plus dans les ordonnances sur la LAMal ils disent que la stérilisation de la femme est payée si c'est nécessaire pour des raisons médicales donc si pour des raisons médicales elle ne peut plus avoir des enfants la LAMal paye la stérilisation. La stérilisation de l'homme est payée par l'assurance de la femme si la stérilisation pour des raisons médicales ne peut pas se faire sur la femme. C'est rigolo !

La maternité forcée pour moi est une espèce d'esclavage. On n'a malheureusement pas de mot en français. Dans la Convention Européenne des Droits de l'Homme l'article 4 dit que la servitude et l'esclavage sont interdits. Pour moi si l'Etat dit à la femme qu'elle doit enfanter cela revient à dire que l'Etat dispose vraiment du corps de la femme. L'Etat prendra possession du corps de la femme et je trouve cela révoltant. C'est scandaleux. Et c'est ça qui me fâche toujours à nouveau.

INTERVIEW DU DR. MICHAL YARON: Médecin-adjointe, responsable des consultations ambulatoires de gynécologie, de gynécologie pédiatrique et des adolescentes aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Comment se passe la prise en charge d'une IVG ?

La patiente, le planning familial ou son médecin traitant appelle le service de gynécologie des HUG. On essaie de leur donner un rendez-vous dans les dix jours au plus tard. On ne veut pas que la patiente doive attendre trop longtemps, d'abord car c'est une décision difficile et angoissante, mais il y a aussi pour certaines les symptômes de la grossesse (nausées, vomissements) qui peuvent être très désagréables.

La patiente obtient un premier rendez-vous avec une infirmière. Pendant une heure, cette infirmière va essayer de "dépister" les raisons pour lesquelles la patiente veut avorter et très souvent les raisons ne sont pas toutes simples. Il y a très fréquemment la pression de l'entourage qui joue un rôle prépondérant. Il faut observer le contexte, la cause de la grossesse. Un désir caché d'être mère ? De se savoir fertile ?

Cette première rencontre et investigation avec l'infirmière est plus sensible qu'avec un médecin gynécologue.

Dans un deuxième temps, la patiente doit prendre rendez-vous avec un médecin gynécologue. Cette consultation dure environ trente minutes. Le gynécologue fait une brève anamnèse, un examen gynécologique et une échographie pour dater la grossesse. Il peut s'avérer nécessaire de traiter une infection concomitante et investiguer d'autres problèmes, comme des maladies chroniques (coagulation, diabète, etc).

Selon la procédure habituelle, le médecin explique les 2 méthodes d'interruption de grossesse (chirurgicale et médicamenteuse). Ensuite, il aborde le thème de la contraception pour éviter une récurrence et comprendre quel a été l'échec de la contraception.

Il n'y a que très peu de temps pour faire une investigation psycho-sociale complète. Mais pour moi, s'il y a le temps et la curiosité, je trouve que c'est une très jolie consultation. Je le vois comme un moment où on donne à la patiente la capacité à prendre en charge une situation qui n'est pas facile pour elle, "empowering women". C'est aussi un moment important pour dépister l'ambivalence. Quelle est la raison d'une demande d'IVG ? Problème de couple ? Problèmes financiers ? Dans certains cas, on va demander l'aide de l'assistante sociale. Ce qu'il faut savoir c'est que l'ambivalence est toujours présente. Mais il faut savoir chercher et trouver celle qui va faire la différence.

Le médecin a beaucoup de choses à prendre en charge au final : tout ce qui est médical, soigner la patiente, soigner les infections (mycoses, vaginite), les MST, expliquer la méthode et aider la patiente à la choisir. Et en plus, il doit faire signer les documents de consentement, dépister l'ambivalence et aborder la contraception, car on n'aimerait pas revoir la patiente une deuxième fois. Tout ceci en trente minutes.

Par rapport à la contraception, il faut voir pourquoi il y a eu un échec et essayer de corriger, de faire mieux pour que cela n'arrive plus. C'est difficile de trouver quelle a été la cause. Le préservatif a-t-il éclaté ? Y a-t-il eu un oubli ?

Cette consultation est un moment privilégié qui peut très facilement être raté. Il faut toucher à tous les domaines (contraception, MST, violences, ...), mais de façon à observer la patiente pour détecter des incohérences entre ce qu'elle dit et ce qu'elle souhaite réellement.

J'ai fait les consultations contraception, IVG pendant 3 ans. Et à un moment donné, je savais déjà à l'avance, sur le pas de la porte avec quelle ambivalence la patiente venait à sa façon de marcher, sa gestuelle non verbale, son regard, comment elle verbalise les choses, avec quelle voix, avec quelle conviction.

Il y a beaucoup de choses non dites. Et cette consultation est très importante pour ce côté non verbal et verbal.

Pour moi, c'est un moment privilégié. C'est le lieu et le moment de la décision. Une décision que la femme pourra regretter plus tard.

Il faut aider dans la décision, sans juger, ni moraliser.

A la fin de ces premières consultations, si la patiente est sans ambivalence, elle sort de la consultation avec une date. Soit une date pour prendre la Mifégyne et le Cytotec, soit une date pour la chirurgie. Dans le besoin, par exemple dans un contexte socio-économique difficile, jeune âge, adolescence, la patiente peut voir une assistance sociale, un psychologue de liaison, un médecin de l'adolescence.

La contraception proposée lors de l'entretien avec la gynécologue doit être prise le soir avant le Misoprostol. Dans le cas de la chirurgie, le stérilet peut être instauré durant l'anesthésie.

S'il n'y a pas de difficulté (ambivalence, maladies), ça peut se faire dans la semaine qui vient, un délai acceptable. Il faut quand même un temps de réflexion, et le plus important, c'est de laisser la patiente arriver à sa décision avec conviction. C'est un processus de deuil, de départ, d'acceptation.

Jusqu'à l'année passée, il y a 70% d'IVG par chirurgie et 30 % par voie médicamenteuse. Actuellement, il y a 60% d'IVG par voie médicamenteuse et 40% par chirurgie. C'est la direction dans laquelle on aimerait aller selon la direction de l'OMS. Mais ça a pris un moment pour éduquer la population.

Il y a des femmes qui aimeraient perdre connaissance pendant cet acte et se réveiller avec un succès de 99% versus les échecs de la voie médicamenteuse, 5%. On voit aujourd'hui de plus en plus de femmes qui sont prêtes à faire l'IVG médicamenteuses. Elles sont donc assez présentes : elles voient les caillots, les saignements, elles sentent les contractions. Est-ce mieux ou moins bien ? Au niveau psychologique et émotionnel, ça dépend de la personne. Il y a des femmes qui ont peur

de la mort, une phobie incroyable de l'anesthésie, d'autres ont une phobie des saignements.

Qu'est-ce qui a fait changer la tendance entre médicament et chirurgie ?

Bon, l'IVG médicamenteuse est moins cher et demande moins de ressources comparée à l'IVG chirurgicale où il faut le lit, l'anesthésiste, le bloc opératoire, le chirurgien, des infirmières, etc...

On est en voie de faire l'IVG médicamenteuse à la maison, dans les cas de moins de 7 semaines, comme dans beaucoup d'autres pays. Beaucoup de femmes le demandent. Mais c'est un processus avec lequel il faut faire attention : il y a beaucoup de patientes migrantes, sans papiers, il y a le risque d'hémorragies. Il faut rappeler les consignes, expliquer comment ça va se passer, s'assurer qu'elle ait les moyens de venir en ambulance s'il y a un problème et faire attention aux comorbidités existantes.

Comment se passe le suivi ?

On revoit la patiente 2 à 3 semaines après l'avortement pour faire une échographie afin d'écartier des éventuels signes de grossesse persistante, des complications... Cela permet aussi de voir s'il y a une bonne compliance à la contraception ou pour vérifier l'emplacement du stérilet après les règles. Mais surtout, ce suivi permet de dépister celles qui ont des problèmes, une déprime, etc.

Il faut revoir la patiente au bout de 3 mois au plus tard pour faire le point.

Pour les cas fragiles, un rendez-vous avec un psychologue est déjà pris à la sortie de l'IVG.

Beaucoup de femmes ne reviennent pas ou ne souhaitent pas revenir car elles prennent l'IVG comme un trauma.

Il faut encourager les patientes à rappeler, à se sentir soutenues, en confiance, entourées, afin qu'elles aient envie de revenir et partager.

Par exemple, une femme qui n'est pas contente avec sa contraception doit savoir qu'elle peut changer, que le gynécologue peut lui proposer beaucoup d'autres alternatives. Il faut bien communiquer avec sa patiente.

Quelles sont les causes principales d'IVG ?

C'est très complexe. Il existe un conflit entre fertilité, envie d'être mère et la non envie.

Il y a aussi une résistance à la contraception.

Et au fond, les jeunes femmes sont hyperfertiles, une éjaculation aux lèvres peut suffire.

L'échec de contraception est aussi courant : gastro-entérite pendant la prise de pilule, éclatement du préservatif, interactions médicamenteuses, par exemple le Millepertuis.

Combien d'IVG y a-t-il aux HUG par année ? Environ 1500-1600

A Genève, il y a 3-4 médecins en plus qui ont le permis pour faire un avortement en privé. Pas tous les médecins n'ont le droit de pratiquer l'IVG.

Que se passe-t-il si la patiente est proche des 12 semaines ?

Si la patiente arrive proche du délai, il ne faut pas stresser, ne pas forcer la procédure en vitesse. Car si elle n'a pas prit sa décision en 3 mois, c'est probablement qu'elle n'est pas sûre, elle a besoin d'aide.

Et concernant la loi, on peut ensuite mettre un avis médical si vraiment la patiente désire l'IVG à plus de 12 semaines (sans exagérer).

Quel est le tarif ? Y a-t-il une différence significative entre une IVG réalisée en hôpital et une IVG réalisée en cabinet ?

10% est payé par la patiente.

C'est pour moi une aberration que l'assurance rembourse l'avortement, mais pas la contraception.

L'IVG médicamenteuse coûte env. Chf 1900 , comprenant l'échographie, les consultations et l'éventuel traitement d'échec.

L'IVG chirurgicale coûte env. Chf 2200

On essaie de faire baisser les prix. Par exemple, avant, la patiente arrivait au bloc avec un transporteur, maintenant elle marche.

Y a-t-il beaucoup de patientes qui subissent plus d'une IVG ?

Il y en assez. 20% reviennent. C'est le cas partout. Pourquoi ?

Peut-être un nouveau partenaire, un espoir pour la relation...

Une IVG répétée n'est jamais pareil. La femme ne fera pas le même parcours. "Each case is unique".

On va essayer de comprendre. On fera une consultation de dépistage, dans le but de chercher les choses à améliorer dans la prise en charge pour comprendre pourquoi il y a eu récurrence.

Par rapport aux migrantes, la prise en charge est-elle différente ?

Nous avons quelques infirmières qui ont appris le portugais ou l'espagnol. Les patientes vont voir ces infirmières pendant une heure. Ensuite, elles vont voir l'assistante sociale.

Le financement dépend du statut, du revenu de la patiente. Il existe un soutien financier par des fonds privés. Parfois la patiente participe avec une somme symbolique.

La prise en charge reste au fond la même que toute autre femme.

Un problème c'est la barrière de la langue : il y a des traductrices qui aident dans la communication, car la communication est très importante et subtile pour la décision.

Pensez-vous qu'il y a encore des avortements pratiqués hors du cadre médical ?

Les médicaments sont en libre accès sur internet, il existe un trafic de médicaments. Donc il y a encore certainement beaucoup d'avortements clandestins, illégaux.

Le problème c'est que si ces femmes ont des complications dues à l'acte fait clandestinement et au-delà du délai légal, on se retrouve dans un conflit éthique pour la dénoncer ou pas...

Que faites vous dans le cas d'une patiente qui a dépassé son délai ?

La procédure est plus lourde. Il faut voir les psychiatres pour connaître les raisons de la requête tardive et obtenir une indication à l'IVG.

Quand il y a indication psychologique, il faut en plus une signature du chef de service de gynécologie.

Plus c'est tardif, plus les risques augmentent : hémorragies, perforation, nécessité de transfusion,...

En Suisse, il est possible d'avorter par voie chirurgicale jusqu'à 16 semaines, mais ça n'est pas facile à faire, il faut que le médecin soit expérimenté. La décision est plus lourde.

La procédure habituelle, c'est l'expulsion par voie basse en salle d'accouchement. C'est d'ailleurs vécu comme un accouchement.

Pour les mineurs, comment cela se passe-t-il ?

Le consentement parental n'est pas nécessaire, si la jeune fille est considérée comme capable de discernement.

Une consultation psychologique est obligatoire : les adolescents n'ont pas la psychologie pour projeter leurs sentiments dans l'avenir. Donc, on se sent plus responsable de leur donner des outils.

Les patientes voient le psychiatre pour discerner la capacité de discernement. Les adolescentes connaissent peu le monde médical, car à cet âge elles ne vont pas souvent chez le médecin. Pour certaines, l'IVG est la première fois qu'elles rencontrent un gynécologue.

Les sentiments des adolescents sont différents dans une situation adulte.

On demande l'aide et la prise en charge par un gynécologue spécialisé dans cette tranche d'âge, car il faut une science explicative très précise, beaucoup "gratter", surtout sur le soutien, sur l'adulte dans la famille. Il lui faut une figure adulte dans l'entourage, que l'on pourra contacter s'il survient un problème pendant la procédure.

Les femmes viennent-elles plutôt seules ou accompagnées ?

La plupart des femmes viennent seules, peu d'hommes veulent voir ça. Il pense que ça n'est pas leur problème.

Parfois elles viennent accompagnées par un membre de la famille, une amie (surtout les adolescentes). Mais les femmes entre 20 et 30 ans viennent plutôt seules.

Quelles sont les complications ?

Dans le cas d'une IVG médicamenteuse qui ne marche pas, on donne une 2^e dose de Cytotec® (plus élevée). Si ça ne marche pas, il faut faire un curetage.

Et les hommes dans tout ça ?

On ne les implique pas directement, mais c'est un bon soutien pour la patiente. On laisse la porte ouverte pour qu'eux puissent poser des questions.

Comment ressentez-vous votre rôle dans la prise en charge de l'IVG ?

L'IVG est un contexte qui peut révéler des histoires incroyables, car la vie et la mort se touchent.

Je ne suis pas moralisatrice, je ne fais pas de jugement. Il faut au contraire donner sa bénédiction quelque soit la décision. C'est pourtant tellement plus facile de moraliser.

Mais ce que j'aime dans ce domaine, c'est cette possibilité de donner le pouvoir à la patiente. C'est la beauté d'être là, de soutenir la patiente dans cette décision horrible. Je canalise mon énergie pour la donner à la patiente.

Un avortement est une perte, ça change la vie. Ça reste à jamais un "et si...".

Exemple : Une patiente qui avait une relation fusionnelle avec sa mère tombe enceinte. Elle est très ambivalente. Après de longues séances ensemble, elle exprime sa peur d'être mère, de ne pas être aussi bien que sa mère. Il faut lui rappeler que personne ne devient mère du jour au lendemain, et il y a 9 mois pour se préparer.

Au fond, la naissance d'un enfant, c'est aussi la naissance d'une mère. C'est un processus.

INTERVIEW DU DOCTEUR FRANCESCO BIANCHI-DEMICHELI: Psychiatre à la Maternité de Genève

Les témoignages de femmes traumatisées (comme lu dans Le trauma post-avortement⁸⁸) représentent-ils la situation de la majorité des femmes subissant une IVG ?

D'abord, il faut comprendre que l'IVG est un processus qui se met en place. Il y a l'avant, le pendant et l'après. Ce n'est jamais par hasard qu'une femme fait une IVG (avec certaines exceptions).

Le problème avec cette thématique, c'est qu'elle est très politisée et suscite des débats tout le temps. Il y a rarement un sujet qui suscite autant de fortes réactions, variées et personnelles. Donc on perd un peu l'objectivité, la neutralité alors que le rôle du soignant est d'aider ces femmes à prendre la décision et de les accompagner après s'il y a besoin. Le jugement est d'ailleurs un problème majeur qui peut induire des psychopathologies.

Aux USA, un mouvement anti-IVG a abordé le problème du syndrome post-IVG. Ce courant essaie de bloquer l'accès à l'IVG, en utilisant ces témoignages.

Aujourd'hui on pense que c'est une invention politique. Cela a été très critiqué par les scientifiques.

La majorité des femmes qui fait des IVG va bien après. La plupart est soulagée par sa décision. Seulement une minorité en souffre. Parfois, il y a des psychopathologies qui apparaissent, mais souvent, les femmes qui présentent des psychopathologies après une IVG, sont des personnes déjà sujettes à des problèmes d'ordre psychique.

Le temps est important. On sait qu'avec le temps, les femmes arrivent à faire face à leur décision, à la "métaboliser" et à reprendre une vie normale.

Il est clair que l'IVG peut induire une dépression, une détresse émotionnelle et même parfois un PTSD. Mais le plus souvent, ces phénomènes sont présents peu après l'avortement et se résorbent avec le temps. Ils peuvent se réactiver, typiquement s'il y a une infertilité plus tard ou à la ménopause.

Les conséquences de l'IVG ne sont pas que néfastes. Après avoir fait plusieurs études à ce sujet, nous avons remarqué que beaucoup de femmes vont mieux après leur avortement. On ne sait pas pourquoi, mais elles sont plus épanouies dans leur couple, leur vie sexuelle, leur psychisme.

Il ne faut pas oublier la facette de la mère qui ne voulait pas son enfant et qu'on a forcé à le garder. Avant le régime du délai, beaucoup d'IVG étaient refusées. Alors, certaines femmes finissent par accepter leur enfant et en sont heureuses. Mais, il y a des

⁸⁸ Le trauma Post-Avortement, sblala

risques importants psychologiques pour la femme et la relation mère-enfant dans les cas de grossesses "forcées".

Quels sont les enjeux psychologiques dans la période qui précède l'IVG ?

Il ne faut pas juger. Rappelons qu'énormément d'enfants sur cette terre sont issus de conceptions non prévues. Ces femmes tombent enceintes sans le vouloir vraiment... Et on ne les accuse pas d'avoir fait une erreur. Si elles acceptent leur grossesse on leur pardonne, alors qu'au fond ce n'est peut-être pas très différent si elles ont hésité un moment.

Qu'est-ce qui fait qu'une personne se retrouve dans ce contexte ?

Tout d'abord, il ne faut pas psychiatriser l'IVG. C'est malheureusement une tendance qu'il y a. L'IVG n'est pas un phénomène psychiatrique, sauf dans certains cas. Il ne faut pas approcher ces personnes en tant que psychiatre, elles ne sont pas folles. C'est un enjeu psychologique complexe comme un autre, il ne faut pas tout interpréter. Et parfois c'est quand même le hasard...

D'un autre côté, il ne faut pas non plus tout "gynécologiser". Il faut comprendre quels sont les mécanismes psychologiques autour de cette situation, comme la résistance et la complaisance à la contraception.

La contraception n'est pas uniquement une question de fiabilité et de risque. C'est aussi un comportement avec un but.

Quel est-ce but ? Une réponse typique que les gens donnent est que cela sert à éviter une grossesse. Mais il y a un élément très important, tout-à-fait évident, auquel on ne pense pas : ça sert à avoir une sexualité. Personne ne vient demander une contraception "pour ne pas avoir d'enfant". Les femmes demandent une contraception pour pouvoir avoir des relations sexuelles. On a, malheureusement, une vision restreinte, une vision "anti-enfant". Alors qu'au fond, le but est d'avoir une vie sexuelle libre avec l'impossibilité de tomber enceinte.

Il faut donc considérer l'aspect sexuel de la contraception et non pas l'anti-conception uniquement.

Quel est le lien entre la contraception et la psychologie de l'IVG ?

Il faut parler de la résistance à la contraception qui est peu connue.

Il existe un grand hiatus entre la fiabilité théorique de la méthode contraceptive et la réalité (il y a des motifs de résistance non conscients).

La majorité des femmes qui ont recours à l'IVG, connaissent très bien la contraception et y ont recours. Mais alors qu'est-ce qui se passe pour qu'il y ait une grossesse non désirée malgré les contraceptifs ?

Bien sûr, il y a les interactions médicamenteuses : antiépileptiques et pilule ne vont pas ensemble. Une infection gastro-intestinale peut engendrer des vomissements, et la patiente vomit sa pilule sans le savoir. Dans ces cas, la psychologie n'a pas de rôle. Mais elle est importante dans beaucoup d'autres aspects. Le fait qu'une femme oublie systématiquement de prendre sa pilule peut donner bon nombre d'indications: peut-être n'est-elle pas précise ? Ou alors ne veut-elle pas la prendre ?

Le choix de la méthode contraceptive est important. Il faut investiguer :

- Quel est le vécu psychologique de la patiente ?
- Que pense-t-elle de la pilule réellement ?
- Que craint-elle par rapport à la contraception ?
- Quelle est sa vie sexuelle ?
- A-t-elle un partenaire en ce moment ?

Qu'est-ce qui fait qu'il y a une résistance ?

- Tester la fertilité : La patiente qui n'a pas encore eu d'enfants, à 20 ans, 30 ans peut être amenée à se demander si elle est fertile, et ceci également dans un but d'organiser son futur. Par exemple, les étudiantes en médecine...
- L'image de soi : beaucoup de filles ont une très mauvaise image de soi, même les plus belles. Or, typiquement, ces personnes qui ont un trouble de l'image corporelle plus ou moins prononcé ont peur de prendre la pilule, car elles ont peur de grossir et cette menace est beaucoup plus importante que ce qu'on pense. Elles n'en parlent pas et ce mal être n'est pas visible non plus.
- Peur des hormones : la notion d'hormones dans la population générale est associée au cancer chez les femmes plus âgées, aux maladies thromboemboliques, à une composition de substances obscures. Il y a une hostilité fréquente face à la prise d'hormones, dont la pilule. Alors que penser d'une patiente qui pense "je prends parce que je dois, mais je n'aime pas" ? Cette ambivalence entre le sentiment d'obligation de prendre la contraception et la résistance face à celle-ci peut engendrer un comportement contraceptif inadéquat.
- Les troubles psychologiques :
 - o Des patientes qui ont des comportements à risque
 - o Des patientes qui se sentent coupables, qui ressentent la nécessité de se punir, ou de punir quelqu'un d'autre en se détruisant elles-mêmes.
 - o Des patientes déprimées, dont la vie semble monotone, tomberont enceintes en espérant que cela change leur quotidien. Elles veulent un enfant "antidépresseur".
 - o Les patientes borderline, une catégorie à risque pour les IVG, ont des problèmes relationnels (relations libres, changements de partenaire fréquents, prise de risques, culpabilité). Elles ne supportent pas l'abandon et dans le cas du préservatif, elles se sentent abandonnées par l'autre à cause de cette barrière de latex.

D'autres obstacles à la contraception ?

- Séparation : Dans les couples qui sont en train de se séparer ou qui ne partagent plus grand chose, la femme peut être amenée à essayer de sauver la situation en tombant enceinte. C'est aussi une façon d'avoir un souvenir indélébile de l'autre.
- Excitation : On oublie souvent le moment d'excitation, dans lequel l'esprit ne peut être rationnel. On veut le plaisir tout de suite, on pensera aux conséquences après. Dans une consultation, où le médecin prescrit et explique la contraception à sa patiente. Ils sont tous les deux dans un "*modus non eroticus*". La patiente est dans un état rationnel. Mais une fois face à son partenaire, elle ne sera plus dans le même état d'esprit et toutes les choses liées à la contraception sont facilement oubliées.
- Deuil : On sait aussi que beaucoup de grossesses non désirées sont liées au deuil. C'est souvent inconscient.

Et le préservatif ?

Le préservatif a une fiabilité qui dépend de l'utilisation. Beaucoup de gens ne prennent pas les préservatifs pour diverses raisons : le manque de sensibilité pour l'homme, les représentations de la femme ("Je connais cet homme, il n'a pas l'air malade").

Par rapport aux IVG à répétitions, y a-t-il une cause psychologique ?

Il faut retenir que l'IVG est l'extériorisation d'un processus qu'on ne voit pas forcément (il se passe dans la tête de la patiente et dans son contexte de vie). Et si le processus n'est pas résolu, l'IVG peut se répéter. Un nombre considérable d'IVG se répète. Dans ces cas, il ne faut pas uniquement redonner une nouvelle contraception, il faut surtout apprendre à connaître ce fameux processus pour comprendre ce qui se passe. C'est le rôle de la gynécologie psychosomatique : cette branche s'occupe de tous les aspects psychologiques en lien avec la gynécologie, l'obstétrique, les pathologies, la féminité, la grossesse, la contraception. Ces sujets ne font pas partie de la psychiatrie (avec quelques exceptions), mais ils sont en lien avec la dynamique psychologique de la femme.

Est-ce que vous voyez des hommes ? Quel est le sentiment qu'ils ont le plus souvent ?

Les hommes ne sont pas assez impliqués dans les IVG, ils ne viennent pas souvent, essaient de fuir, et s'ils viennent c'est plutôt pour essayer d'obtenir une IVG pour leur partenaire. Mais il y a aussi les cas où la femme veut une IVG et lui ne veut pas.

Il faut voir le couple ensemble au moins une fois si possible.

Rappelons tout de même que l'IVG est un domaine complexe. Quand l'homme n'est pas présent, c'est un signe assez clair. Il y a aussi autour de cette thématique des

histoires de viols, d'incestes, de grossesses adolescentes, d'abus sexuels... Une IVG à répétition peut cacher des abus sexuels à répétition. Il faut y penser !

Combien de temps dure la prise en charge psychologique après une IVG ?

Nous n'imposons jamais ça. En général, les femmes n'en ont pas besoin, mais on peut proposer un suivi pour les cas ayant des situations difficiles (IVG tardives, etc).

Notre avis en tant que médecin a un poids énorme et est très important aux yeux de la patiente, ce qui nous met parfois dans des dilemmes terribles.

Il est arrivé qu'une femme soit déjà en salle d'opération, avec la perfusion d'anesthésiant dans le bras et qu'elle l'arrache, car elle avait changé d'avis, et qu'elle appelle son psychiatre pour savoir ce qu'elle doit faire.

Quel est le moment le plus difficile psychologiquement pour les femmes qui avortent ?

Le moment le plus difficile de l'IVG se passe avant l'acte. C'est tout le contexte entre la prise de conscience de la grossesse et la décision.

Selon vous, le vécu des femmes par rapport à l'IVG a-t-il changé depuis sa décriminalisation ?

Le régime du délai a permis de déculpabiliser les femmes, de simplifier les choses et de changer les attitudes. La libéralisation de l'IVG, au contraire de ce qu'on essaie de nous faire croire, n'a pas augmenté le taux d'IVG, cela a même diminué le taux et diminué la morbidité-mortalité due à l'IVG clandestine. L'IVG était (et est toujours) vu comme un tabou. Même le personnel soignant évitait la salle d'opération où cela se faisait. Il y avait même des infirmières qui refusaient de pousser le lit des femmes ayant eu une IVG.

Pourtant, notre rôle est d'aider les femmes et ne pas les juger. Ne culpabilisons pas quelqu'un qui va déjà très mal, même si elle paraît aller bien. L'avortement n'est jamais un processus facile, "léger". Et tout ceci oblige le médecin à faire un exercice difficile : comprendre les dynamiques psychologiques complexes de la femme face à l'IVG en une heure et demi de consultation. Le fait est que la décision peut s'inscrire dans l'entretien.

Le domaine de l'IVG ne devrait pas être abordé avec négativité. Il est fondamental pour comprendre la contraception, de comprendre la sexualité de l'être humain, ... C'est un apprentissage essentiel.

INTERVIEW DE MADAME SIMONE CURTET: Assistante sociale à la Maternité de Genève

Quel est votre rôle au sein de la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse et à quel moment intervenez-vous ?

Notre rôle est d'apporter une réponse à un problème social que va déclencher la demande d'IVG. Les femmes sont redirigées vers nous après la consultation et avant l'intervention.

Intervenez-vous dans chaque cas d'IVG ?

Non grâce à la loi de 2002 sur la possibilité de choisir son corps et d'interrompre une grossesse dans les 12 semaines. On ne voit pas toutes les femmes mais seulement celles qui posent problème. Ce sont majoritairement des femmes sans statut légal et sans assurance maladie. Nous sommes là pour les aider dans la prise en charge des coûts de l'IVG. En ce qui me concerne j'aime connaître le ressenti de la patiente et pourquoi elle est tombée enceinte alors que ce n'était pas désiré.

Donc nous intervenons pour proposer une réponse de prise en charge financière et également un soutien face à une intervention qui n'est jamais banale.

Avez-vous un suivi avec ces femmes ?

Court, principalement au moment de l'IVG. Ce sont des femmes très isolées socialement et j'essaie de les aider à déculpabiliser ou à relativiser et les conforter dans leur décision.

Réussissez-vous à rester neutre ou avez-vous le sentiment d'influencer malgré vous certaines femmes ?

Non absolument pas, j'essaie de rester totalement neutre. Je n'interviens pas dans la décision. Je suis là pour les aider à assumer leur propre décision. Malheureusement la plupart du temps les femmes sont très seules car le géniteur est souvent une personne de passage ou ne se sent pas vraiment concerné.

Je pose la question "si ce n'est pas un projet pourquoi n'étiez-vous pas protégée ?" et les clandestines m'expliquent qu'elles se protègent en comptant les jours. Donc il faut discuter avec elle de la contraception mais ce n'est pas mon travail donc je leur explique qu'elles doivent en parler au médecin.

Nous pouvons diviser nos patientes en 3 groupes : les clandestines, les femmes très ambivalentes et les adolescentes.

Les femmes ambivalentes, clandestines, assorties d'une problématique financière ou encore assurées ont surtout besoin d'être étayées sur les conséquences sociales

d'une grossesse menée à terme et d'une interruption de grossesse. Elles sont également suivies par le planning familial sur un plan de soutien et de conseil plus ciblés sur la personne alors que moi j'évalue les répercussions sur leur vie sociale.

Quant aux adolescentes, elles nous sont signalées lorsqu'elles ne veulent pas que leurs parents soient au courant, ce qui constitue la majorité des cas. On essaie d'utiliser ce tremplin pour essayer de les faire rebondir et renouer des liens différents avec leurs parents et se positionner plus en tant que femme à leurs yeux. Malheureusement ça aboutit très rarement mais j'aime bien explorer la restauration du lien avec les parents. Le fait que les parents ne soient pas au courant pose le problème de la prise en charge car ce sont eux qui gèrent l'assurance maladie et on ne peut pas donc pas la solliciter.

Comment faites-vous dans ces cas là ?

On peut bénéficier d'un forfait "ado" mais c'est quand même à perte pour l'hôpital.

Quels sont les problèmes évoqués lors des entretiens ? (finances, famille, situation précaire, ...)

Le problème visible est toujours le financier. Et en ce qui concerne les adolescentes, même si on réduit les couts à un forfait de 800 CHF il faut quand même les solutionner donc en discute avec le petit copain. De plus on exige la présence d'un adulte de confiance, quel qu'il soit car nous sommes conscients que ce n'est pas un acte banal dans le parcours de la jeune fille. Soit les adolescents peuvent participer aux 800 CHF car c'est une question de responsabilisation sinon un membre de la famille peut être d'accord de payer la totalité ou une partie ou sinon on mobilise des fonds mais chaque cas est à traiter individuellement.

Concernant les migrantes, comment se passe la prise en charge pour un avortement ? Quels sont les conseils et l'aide que vous pouvez fournir ?

Concernant les migrantes qui n'ont pas de statut légal, elles n'ont pratiquement jamais d'assurance maladie donc le premier motif de consultation est la prise en charge financière.

Existe-t-il également un forfait ?

Non le tarif appliqué est celui de LAMal. Nous faisons une interrogation sociale à ces patientes pour savoir pourquoi elles vivent en Suisse, quels sont leurs moyens... Ensuite il est question de savoir quelle part elles peuvent prendre en charge elles-mêmes et quelle part d'aide on va demander pour couvrir ces frais. Il s'agit de demander une garantie de prise en soin qui fait qu'elles ne vont pas être facturées. Une grande partie est prise en charge par la collectivité car elles bénéficieront des soins sans facture. On regarde également la situation du partenaire et la solidité de leur relation.

La prise en charge est-elle différente pour les femmes qui ont eu plusieurs fois recours à l'IVG ?

On regarde avec ces femmes ce que l'on pourrait mettre en place pour éviter une telle situation qui est lourde que ce soit financièrement, psychologiquement ou encore pour le corps.

Quel est le sentiment chez ces femmes qui revient le plus souvent dans vos consultations ?

Je crois que l'on peut réfléchir en fonction des origines, des raisons culturelles et religieuses. Les femmes se sentent souvent coupables. Une dame m'a dit un jour, et ce n'est pas la seule : "je crains le châtement de Dieu". Ces femmes ont recours à l'avortement car elles se trouvent dans une situation de précarité terrible et n'ont pas les moyens de faire face à une grossesse et à un enfant.

Autre chose qui n'est pas un sentiment mais plutôt un fait social : la précarité financière et relationnelle. Ce sont souvent des relations de courte durée qui sont peut être la pour combler un vide affectif. De plus il y a une méconnaissance de la contraception voire un problème financier car la pilule coûte trop cher.

D'après vous comment pourrait-on améliorer la prévention pour ces femmes ?

Par une information continue et en se battant pour la prise en charge de la contraception par les caisses maladies. C'est absurde car Dieu merci l'avortement est pris en charge mais paradoxalement pas la contraception. Je discutais avec ma collègue par rapport aux adolescentes qui, malgré une information dans les écoles se disent qu'après 6 mois de relation avec leur copain sans tomber enceinte, elles sont stériles. D'après elle, l'information passerait mieux depuis l'introduction du vaccin HPV car les jeunes sont sensibilisés aux risques liés à la grossesse.

INTERVIEW DE MME ANGELA WALDER: Conseillère en santé sexuelle et reproductive au Planning Familial

Quel est le rôle du planning familial dans l'IVG ?

Il existe différentes sortes de planning familial, certains sont médicalisés tandis que d'autres sont non médicalisés. Ici à Genève, c'est un service de l'hôpital mais qui est non médicalisé. Avant 2002, le planning familial appartenait au département de la santé. Depuis 2002, le planning a été rattaché aux HUG. La loi de 1980 mentionne que toute personne confrontée à une grossesse a le droit à une consultation gratuite. Ici, au planning les consultations sont gratuites et confidentielles. Le planning familial n'utilise pas le dossier patient informatisé (DPI), afin de garantir cette confidentialité.

Le rôle de ce planning est celui tel que prévu dans la loi : informer, orienter et écouter. Le but est d'offrir un lieu d'écoute et de conseil. On offre un espace d'écoute de 50 minutes à 1 heure. Il faut laisser la personne s'exprimer et l'accompagner dans sa décision. Si une femme vient en étant ambivalente, alors les conseils donnés seront basés sur cette ambivalence, cela va être une sorte d'entretien motivationnel.

Certaines femmes au contraire arrivent en ayant déjà pris leur décision, on parle alors des circonstances de la grossesse, du vécu et de la manière dont elles ont prises leur décision. On essaye de faire une photographie en temps réel d'où la personne en est réellement. On fournit également des informations sur les méthodes d'interruption et sur les différents lieux pour subir une interruption de grossesse.

Le planning familial possède un rôle de prévention. La contraception est abordée surtout lors d'une demande d'IVG. Le planning familial assure également un rôle de soutien.

Je pense qu'il ne faut pas sous-estimer les bénéfices de l'écoute. Il y a beaucoup de témoignages qui disent à quel point cela fait du bien d'être écoutée, lorsque l'on sent qu'il n'y a ni jugement, ni parti pris. Il faut avoir du temps pour cela pour être entendue, écoutée. Le planning familial permet également de parler de son histoire de vie : abus, violences, relations sexuelles...

Quelles sont les particularités de la population féminine consultant le planning familial plutôt que le gynécologue dans le cadre d'une IVG ?

Le planning familial est ouvert à tous, les consultations sont gratuites. Des femmes bien insérées dans le réseau genevois, dans la société vont avoir tendance à plutôt aller chez leur gynécologue.

Les femmes qui vont avoir tendance à venir au planning familial sont des adolescentes (surtout celles dont les parents ne sont pas au courant), des femmes

migrantes précarisées qui n'ont pas accès à l'assurance maladie ; des femmes travaillant pour des ONG (car elles ne connaissent pas bien le réseau genevois) ; des femmes fragilisées socialement (à l'hospice général).

Comment les patientes arrivent-elles chez vous ? Par qui sont-elles envoyées?

Soit elles ont un lien car elles sont déjà venu, soit elles viennent par le bouche à oreille, soit par internet, soit par les médecins de ville. La maternité envoie aussi des personnes, les écoles envoient également des patients (conseillère sociale, infirmière scolaire).

Quelle est la différence entre une première prise en charge au planning familial et une prise en charge chez le gynécologue ?

La différence est que le planning familial est un lieu de parole, il n'y a pas de prise en charge médicale (à part le test de grossesse). On évalue s'il faut une datation en urgence et si besoin, cela va se faire à la maternité, Le planning familial est une plate-forme de décision, d'information.

Les lieux pour interrompre la grossesse sont : la maternité, un gynécologue privé, des cliniques privés. L'IVG médicamenteuse en cabinet nécessite un droit de pratique.

Comment se passe la prise en charge d'une IVG ?

On voit les personnes, on les conseille et on les oriente.

a. Combien de consultations y a-t-il avant une interruption volontaire de grossesse?

Si la demande simple, on planifie un entretien puis on oriente. Trois semaines après l'IVG on propose en entretien. Beaucoup des femmes ne reviennent pas, c'est comme si elles avaient cette impression de "revenir sur les lieux du crime".

b. Quels sont les différents délais ?

Il est possible de faire une IVG médicamenteuse en cabinet jusqu'à la 7^{ème} semaine, et jusqu'à la 9^{ème} semaine à la maternité.

c. Y a-t-il un soutien psychologique avant et après l'IVG ?

Ce sont nos représentations qui font que l'on croie que l'on a besoin d'un soutien psychologique lors d'une interruption de grossesse.

L'IVG comme traumatisme psychologique n'existe pas dans le DSM-V, l'IVG n'est pas quelque chose à psychiatriser. Je dis toujours aux femmes que dans le livre d'une vie, l'interruption de grossesse ne représente qu'une page. Le temps continue, les pages se tournent même si parfois on a besoin de revenir à cette page.

Plus la femme était sous pression lors de sa décision, plus l'IVG va être vécu comme traumatique. Tandis que si la femme vit cela comme un soulagement alors souvent ce n'est pas vécu comme un traumatisme. Le soutien psychologique peut être obtenu si le besoin se présente. Au

CHUV : c'est une étape obligatoire, mais cela a comme risque de biaiser la relation car les femmes vont se sentir obligées de se confier.

- d. **Comment se passe le suivi ?** On propose un entretien après l'interruption de grossesse. En général les femmes ne viennent pas. On essaye alors d'obtenir un entretien téléphonique avec la femme pour être sûre qu'elle va bien.

Quel est le tarif ? Y a-t-il une différence significative entre une IVG réalisée en hôpital et une IVG réalisée en cabinet ?

A la maternité, une IVG médicamenteuse coûte environ 1500frs, tandis qu'une IVG chirurgicale coûte environ 2300frs. Lorsque l'on opte pour la technique chirurgicale, alors on doit faire des sérologies relativement coûteuses : hépatite, syphilis, etc... Dans le privé, les interruptions de grossesse vont se faire plus vite et le coût va être plus bas. Une IVG médicamenteuse en cabinet coûte environ 1000frs.

Concernant les migrantes qui ne sont pas couvertes par l'assurance-maladie, comment cela se passe-t-il ?

Si elles ont un peu d'argent, on a recours à la méthode médicamenteuse en privé qui est la moins chère, de plus les délais sont plus courts en cabinet.

Une femme migrante sans papier à la maternité, n'a pas accès à l'IVG médicamenteuse car le suivi est plus difficile : problème de langue, difficulté à contacter la femme, coût engendré en cas de non-réussite de la méthode médicamenteuse. Pour les adolescentes dont les parents ne sont pas au courant : on bloque également l'accès à l'IVG médicamenteuse.

Y'a-t-il des IVG pratiqués au-delà du délai légal ?

Lorsque le délai est dépassé, la femme doit voir le psychiatre deux fois, l'assistante sociale et deux fois le médecin. Après cela une décision est prise. Plus la grossesse est avancée, plus il va falloir alors de bonnes raisons pour interrompre la grossesse. Les femmes migrantes dépassent parfois le délai car elles ne savent pas où aller. Elles ne connaissent pas forcément la langue, ni les lois de la Suisse.

Pour les mineurs, comment cela se passe-t-il ?

La confidentialité est garantie si la personne a sa capacité de discerner. Éducativement c'est contestable, mais si l'on appelait les parents pour avertir, alors les jeunes filles auraient tendance à garder leur grossesse faute de savoir quoi faire. Le rôle du planning familial bien entendu est d'inciter les adolescentes à mettre leur famille au courant.

Les femmes viennent-elles plutôt seules ou accompagnées (par qui) ?

En général les femmes venant au planning sont seules, mais dans la consultation relative à l'IVG, on voit environ que 20% d'entre elles sont accompagnées par leur conjoint. Les hommes qui viennent participent à la discussion, s'intéressent à poser des questions. Parfois le couple est en conflit et ils ne sont pas d'accord.

Concernant la pilule du lendemain : contraception d'urgence, on a jusqu'à 5 jours pour la prendre.

- e. **Les femmes peuvent-elles l'obtenir anonymement ?** Oui on ouvre un dossier, mais les femmes donnent souvent un faux prénom. On peut obtenir la pilule pour 10frs au planning familial sans rendez-vous, tandis que le prix en pharmacie est de 25-35 frs et il faut s'entretenir avec le pharmacien.
- f. **Combien de fois au maximum peut-elle être prise ?** A chaque fois qu'il y a un risque de grossesse. La contraception d'urgence est de la progestérone à très haute dose, cela va retarder l'ovulation et donc permettre aux spermatozoïdes de mourir pendant ce laps de temps. La progestérone ne va pas rendre stérile la femme. On voit souvent que les femmes qui prennent des pilules d'urgence à répétition finissent par tomber enceinte.

Quelles sont les actions de prévention du planning familial pour faire diminuer le nombre de grossesses indésirables ?

On reçoit des groupes de jeunes plus susceptibles que d'autres de commencer leur vie sexuelle plus tôt. Par exemple, on sait que les filières apprentissage commencent leur vie sexuelle plus tôt que les collégiens. On reçoit donc des filières pré-apprentissage, des apprentis. On organise également des soirées d'informations pratiques dans la cité pour les adolescentes. On a des groupes de femmes migrantes enceintes venant parler de contraception post-partum. Dans les écoles, on parle du planning familial comme un lieu de référence. La prévention consiste également à recevoir des jeunes et de les aider à anticiper pour une prochaine fois.

INTERVIEW DE CHRISTINE PILLET: Infirmière à la Maternité de Genève

Quel est votre rôle au sein de cette équipe ?

Je suis infirmière et je m'occupe des patients souhaitant faire une interruption de grossesse. Les infirmières s'occupent des patientes en 1ers avant les médecins. On voit avec la patiente la raison de sa venue, les raisons qui la poussent à vouloir interrompre sa grossesse, puis on aborde la question de la contraception. On explique les deux méthodes d'interruption de grossesse, les aspects pratiques. Le principal but de cette consultation est d'évaluer s'il y a une ambivalence. Il est impératif de détecter une éventuelle ambivalence face à la grossesse car si l'on passe à côté de cela, l'après-IVG peut être très mal vécu. Le but est donc de cibler si les patientes sont certaines de leur décision, et si l'on constate qu'elles ne sont pas certaines de leur décision, on leur propose un rendez-vous avec une conseillère du planning familial ou avec un sexologue. On incite les femmes à retarder leur interruption de grossesse (si le délai le permet évidemment) si elles ne sont pas certaines de leur décision. La consultation avec une infirmière prend 30 min, il est très fréquent que les consultations soient plus longues. Ensuite la patiente va voir le médecin pour l'échographie, pour l'explication médicale de l'IVG et pour signer le consentement.

Les consultations sont parfois plus longues lorsque les femmes ne parlent pas le français. On a parfois recours à des traductrices ce qui allongent passablement la durée de la consultation.

Un des autres buts de la consultation est de voir pourquoi la femme est tombée enceinte. C'est également le moment d'aborder les questions liées à la contraception. Il faut déterminer si la femme utilisait une contraception au moment de la grossesse et si oui il faut essayer de comprendre les raisons de l'échec de la contraception. C'est également l'occasion de comprendre pourquoi la femme peut se montrer réfractaire à la contraception. Le but de cette consultation est que la femme ressorte avec une contraception qui lui conviennent et qu'elle l'utilise après. On a envie que les femmes adhèrent à la contraception post-IVG, on demande d'ailleurs qu'elles commencent la contraception le soir même de l'interruption de grossesse.

Y'a-t-il une formation spéciale pour faire ce travail ?

Non, nous apprenons sur le tas. Il faut quand même savoir que les infirmières travaillant dans ce service sont volontaires. Lors des entretiens d'embauche, on pose maintenant la question aux infirmières.

Participez-vous aux consultations post-IVG également ?

Les consultations après l'interruption de grossesse sont faites uniquement par le médecin. Le médecin voit les femmes 2-3 semaines après l'interruption de grossesse médicamenteuse. Lors de l'interruption chirurgicale, le médecin revoit la patiente pour le suivi environ six semaines après l'IVG.

Comment vous sentez-vous vis-à-vis de ces femmes venant pour une IVG ?

Les années d'expérience que j'ai acquises me permettent d'avoir une certaine distance thérapeutique face aux patientes. Certaines patientes sont plus touchantes que d'autres et il est vrai que je peux avoir plus d'empathie pour certaines femmes que d'autres. Parfois, le lien se fait également plus rapidement. Avec certaines femmes, on arrive plus à rentrer en relation, à créer un climat de confiance. Chaque infirmière a son propre ressenti face aux situations mais cela ne change pas la prise en charge de ces patientes.

Comment gérez-vous le fait que certaines femmes reviennent plusieurs fois pour une interruption de grossesse ?

Pour moi c'est quelque chose de difficile, et puis d'un côté il y a aussi un sentiment de résignation où je me dis que si elles ne souhaitent pas de contraception alors je ne peux rien faire de plus. C'est plus gênant pour moi quand ces femmes sont jeunes car je me dis qu'elles mettent en péril leur avenir.

Chez certaines femmes, la non-adhérence à la contraception est liée à des troubles psychiatriques. Certaines ont également une mauvaise perception de la contraception, elles associent cela à quelque chose de non naturel et donc elles ne souhaitent pas y adhérer. On voit des femmes âgées de 22-23 ans et qui subissent déjà leur 3^{ème}-4^{ème} interruption de grossesse. Je pense que c'est lié à d'autres problèmes et on essaie de les orienter vers le psychiatre pour comprendre pourquoi elles sont réfractaires à la contraception. Si elles ne souhaitent pas prendre la contraception alors on n'a aucun moyen de contrôle, on ne peut pas également leur refuser l'interruption de grossesse.

Est-ce qu'il arrive que les femmes ne reviennent pas pour le suivi post-IVG ?

Effectivement certaines femmes ne reviennent pas pour faire le contrôle après la prise de Cytotec. Déjà lors du premier entretien, j'arrive parfois à détecter les femmes qui ne reviendront pas pour le suivi. Quand elles ne reviennent pas ou bien qu'elles ne prennent pas leur contraception comme convenu, on accepte cela même si c'est difficile et qu'on peut le voir comme un échec dans notre métier.

Quelles sont les conditions pour avoir IVG médicamenteuse ?

Il faut avoir des papiers valables, parler le français ou l'anglais, et il faut avoir une assurance maladie. Pour les adolescentes mineures, si les parents sont au courant et qu'ils peuvent être là pour entourer l'adolescente, alors cette dernière peut avoir recours à une IVG médicamenteuse. Dans le cas contraire où les parents ne sont pas au courant, l'adolescente n'a pas accès à l'IVG médicamenteuse.

Est-ce que les motifs d'interruption de grossesse sont récurrents ?

Oui les mêmes motifs reviennent tout le temps, on a parfois le sentiment d'un copier-coller d'une consultation à l'autre. Le plus souvent, c'est liée à une contraception

avec le préservatif. Au début de la consultation, elles disent qu'elles mettent toujours le préservatif, puis à la fin quand elles se sentent plus à l'aise, elles avouent qu'il leur arrive de ne pas le mettre. Parfois, elles ont aussi essayé une contraception et cela ne leur convenait pas, donc elles ont arrêtées. Certaines femmes oublient également leur pilule. Il existe aussi des cas plus rares où la femme fait une grossesse sur un stérilet en cuivre, c'est rare mais cela arrive.

Arrivez-vous à détecter une femme ambivalente dès le début de l'entretien?

On arrive très vite à détecter une éventuelle ambivalence lorsque l'on observe les femmes. On peut voir cela dans la gestuelle, dans les non-dit. Je distingue également la vraie ambivalence de la fausse ambivalence. Beaucoup de femmes sont sans-papier ou dans une situation socio-économique mauvaise, elles paraissent ambivalentes face à leur grossesse. En réalité ce n'est pas une vraie ambivalence car si elles avaient les moyens, elles souhaiteraient garder leur grossesse, mais à cause de leur situation socio-économique elles interrompent leur grossesse.

La vraie ambivalence est différente, ces femmes savent qu'elles sont enceintes depuis un moment mais elles ne savent toujours pas si elles souhaitent garder l'enfant ou pas. Parfois, elles prennent rendez-vous puis elles ne viennent jamais, ou bien elles téléphonent pour annuler puis reprennent rendez-vous une semaine après. Lorsque l'on voit une vraie ambivalence comme cela, on encourage la femme à bien réfléchir et à ne pas prendre de rendez-vous tout de suite, surtout si elles sont loin de la limite des 12 semaines.

Avez-vous déjà eu l'impression de ne pas être neutre, d'influencer les patientes dans leur prise de décision ?

Oui tout à fait, j'ai eu l'impression d'induire quelque chose chez certaines patientes. Je me suis demandée plusieurs fois si par mes questions je n'avais pas induit, ou influencée la décision de certaines femmes par mes questions, par mes remarques. J'ai eu plusieurs fois ce sentiment surtout lorsque des femmes ambivalentes finissaient par mener à bien leur grossesse. J'ai pu parler de mes doutes lors de session de débriefing.

INTERVIEW DE FRANÇOISE ANDREETTA: Infirmière à la maternité de Genève

A quoi essayez-vous d'être vigilante lors des entretiens pré-IVG?

J'essaie d'être toujours attentive à la gestuelle des femmes, à détecter rapidement les non-dit. Certaines patientes cachent ce qu'elles veulent réellement, leur demande n'est pas explicite. Au fil de l'entretien, la discussion se crée et il est possible d'évaluer une éventuelle ambivalence.

Comment agissez-vous lorsque les femmes viennent avec leur conjoint ?

En général, je reçois la patiente seule dans la première partie de l'entretien. J'évite que le conjoint vienne directement car je souhaite que le partenaire n'influence pas le choix de la femme. Je pense que c'est mieux de voir d'abord la femme toute seule pour évaluer ce qu'elle souhaite car je peux la mettre à l'aise et essayer de comprendre sa situation sans que cette dernière subisse de quelconque pression de son conjoint. Lorsque j'ai pu cerner la problématique, je fais alors entrer dans un 2^{ème} temps le conjoint.

Comment vivez-vous le fait que certaines patientes reviennent encore une fois pour une interruption de grossesse ?

Ce n'est pas facile pour moi, j'ai parfois envie de passer le relais. Je le vis un peu comme un échec de mon travail. Cela me pousse à me poser la question de la façon à employer pour que le message soit reçu et entendu. J'essaie de comprendre pourquoi il en est ainsi. J'évalue également si derrière cela il n'y a pas aussi un désir de grossesse non-avoué. L'explication de pourquoi les femmes sont réfractaires à la contraception est parfois difficile à expliquer. Après la troisième interruption de grossesse, on dirige les femmes vers le sexologue, le psychiatre.

Avez-vous déjà eu le sentiment d'influencer la patiente par vos propos ?

Non je n'ai pas eu l'impression d'influencer les patientes. Je fais vraiment attention à ce que je dis et à la façon dont je le dis. J'essaie de donner des conseils objectifs de manière neutre. Je demande toujours aux femmes si elles sont sûres, et je leur précise qu'elles ont le droit de changer d'avis jusqu'au dernier moment.

INTERVIEW DE SAMIA HURST: Professeur de Bioéthique à l'UNIGE

Quels sont les différents problèmes éthiques qui se posent avec l'interruption de grossesse ?

- a) Protection de l'embryon et du fœtus. Question du statut de l'embryon
- b) Droit des femmes, obligation de la gestation ?
- c) Aucun consensus pour a), comment légiférer sur une question qui divise la société ? Comment faire la même loi pour tous alors qu'on n'est pas tous d'accord ? On est tous égaux devant la loi.

Quel est selon vous le statut de l'embryon ?

Il existe des positions divergentes. C'est une question ontologique. C'est de savoir si c'est une personne humaine. A partir de quand voit-on l'émergence d'une personne humaine dans le développement prénatal. Pour certains c'est dès la conception, pour d'autre dès la fusion des pronoyaux, pour d'autres c'est dès la limite de viabilité (ce qui posent des problèmes lors d'ITG), pour d'autres dès la naissance.

L'émergence de la personne avec tous ces droits c'est à la naissance. Mais la question de la protection, c'est avant la naissance.

Est-ce les battements du cœur, la capacité à souffrir, la viabilité hors du corps de la mère ?

Un fœtus qui se met à bouger est animé d'une énergie, d'une âme.

L'émergence d'une personne pourrait se voir au microscope... mais au fond une personne humaine ne se voit pas au microscope. La personne n'est pas une entité biologique, mais sociale, cela veut dire qu'on ne pourra pas se mettre d'accord en regardant au microscope.

La loi Suisse, prend une position différente : elle assume la gradation du développement prénatal. Le droit de protection grandit avec le développement.

Parce qu'un matériel humain, même un embryon est protégé, on ne peut pas faire ce qu'on veut avec même s'il est plongé dans l'azote. On pourrait à tort penser que le droit à la vie de l'embryon ne commence qu'à partir de 12 semaines, mais ce n'est pas correct, il existe avant. La protection à partir de 12 semaines devient plus lourde face au droit de la mère.

Jusqu'à 12 semaines, la protection de l'embryon est trop petite et est contre balancée par le droit maternel.

Après 12 semaines, il faut qu'il y ait quelque chose de plus que le choix maternel pour contre balancer la protection du fœtus. Il faut qu'il existe une raison très forte qui pourrait contrebalancer le droit de l'embryon à la vie.

Il n'y a pas "d'interrupteur" pour la protection, il n'existe pas un moment où l'embryon n'a pas de droit de protection et un moment où l'embryon a tout ses droits, c'est une progression.

Dans le cas des interruptions thérapeutiques de grossesse, on ne peut pas écrire de législation concernant les motifs d'interruption thérapeutique de grossesse, ce serait nier le droit à la vie de ces embryons. Par exemple, si un enfant est atteint d'une trisomie, on ne peut pas dire on interrompt systématiquement la grossesse : ce serait nier le droit à la vie de la personne, ce serait un programme systématique d'empêchement de naître. Donc cela doit passer par une autre raison, par la détresse profonde de la mère. Cette détresse va alors s'ajouter dans la balance et pèsera plus lourd que la protection de l'embryon, une interruption thérapeutique de grossesse sera alors envisageable.

La raison doit être d'autant plus lourde que la grossesse est avancée.

La santé maternelle peut également être un motif qui va faire contre poids.

Sur quels principes pourrions-nous nous appliquer pour observer ?

La question centrale dans l'interruption de grossesse est le droit des personnes. C'est une question d'autodétermination de la femme enceinte. Le droit à la vie pour l'enfant à naître devient de plus en plus prépondérant à mesure que la gestation avance.

Souffrance du fœtus : si nous pouvions prouver que le fœtus souffrait, cela changerait-il quelque chose ?

Il existe deux façons de prendre la souffrance fœtale :

- la souffrance elle-même : souffrir est un mal, il faut donc éviter à tout pris de faire souffrir le fœtus : on pourrait donc envisager de l'anesthésier avant l'interruption de grossesse. La protection que recevra le fœtus en fonction de la souffrance ne sera pas la même si on le regarde comme une personne avec un statut.
- la souffrance selon le statut de la personne

Être en puissance

Tous les embryons humains ne deviennent pas des personnes adultes. Il est vrai que l'on a tous été des embryons, mais tous ne deviennent pas des êtres humains. L'embryon possède une capacité intrinsèque de développement immense, mais il ne peut pas se passer de la mère. Ce qui amène à cette question : existe-t-il un devoir de gestation pour la femme enceinte ?

Judith Jarvis Thomson a écrit une histoire à ce propos :

On prend un être dont le statut ne fait pas question : un homme adulte. Il a un accident, se réveille aux soins intensifs, branché sur le système circulatoire par un autre patient. Un violoniste. Est-ce que vous allez obliger cet homme à rester accroché au violoniste, car s'il on le débranche du violoniste alors ce dernier mourra?

Disons que l'embryon est vraiment une personne humaine, est-on obligé de maintenir la grossesse ? Est-on dans le juste et le droit d'imposer la grossesse à une femme qui n'en veut pas ? Peut-on imposer cet homme à rester branché au violoniste ?

On ne s'est pas mis d'accord sur le statut de l'embryon, ni sur le devoir de gestation. Si l'avortement est interdit, il a illégalement lieu dans des conditions terribles, dangereuses. Si on veut conserver le plus de vie humaine, il faut pouvoir offrir des conditions d'asepsie et des compétences qui protègent la femme. Ce principe s'appuie sur les conséquences, en interdisant l'avortement alors on diminue le nombre d'être humain, en offrant des conditions sûres, on protège alors la vie du plus grand nombre.

Il y a des pays où la mortalité est très haute à cause d'IVG mal faites.

En Afrique du Sud, lorsque l'on a légalisé l'avortement, le taux de morbidité auparavant extrêmes haut à chuter.

C'est les vies futures des enfants que ces femmes n'auront peut-être plus si elles sont restées stériles après une mauvaise IVG, qu'on protège.

Droit des médecins d'avoir une objection de conscience

Si quelqu'un demande de l'aider à tuer sa femme. C'est contraire à ma conscience. Ceci n'est pas un cas d'objection de conscience. Le fait que ce soit contraire à ma conscience, ne fait pas forcément objection de conscience. Dans ce cas, c'est refus de pratiquer un acte illégal. L'IVG est légal, donc objection de conscience si on refuse de le pratiquer.

Idem pour le service militaire.

L'objection de conscience dans le cas de l'IVG est juste. Si un soignant veut se retirer, il peut. Avec comme condition, il faut que l'acte puisse avoir lieu. Donc si le seul médecin au monde, il est obligé de le faire.

Cela devient une question de gestion du personnel, de logistique et de leur objection de conscience. On peut demander ça pendant l'entretien d'embauche.

L'objection de conscience se base sur le refus de pratiquer le geste, c'est ne pas prendre part à l'acte. Mais on doit quand même prendre soins de la personne autour de l'acte, lui apporter à manger, changer ses draps... Certains professionnels de santé poussent cette objection de conscience plus loin en refusant par exemple d'apporter le plateau du repas à une personne ayant fait une IVG. Cette position est critiquable car on a le devoir de ne pas rejeter, ni juger les patients. Pour ces soignants, ils justifient cette attitude en disant que c'est pour éviter toute "souillure". Le jugement personnel ne doit pas entrer en compte, on doit pouvoir soigner une personne indépendamment du fait qu'elle soit une bonne ou une mauvaise personne.

Pensez-vous qu'il existera une législation parfaite un jour ?

Cela ne dépend pas que de l'opinion.

Comment évite-t-on la tyrannie d'une minorité ? Comment donner du poids au droit de chacun ? Il existe un Droit à l'autodétermination sur la sphère physique, donc si l'on veut obliger la gestation, il va falloir avoir des arguments importants.

Il faut parler du poids des différentes valeurs en présence. On sacrifie des valeurs avec l'IVG, mais on le fait en prenant compte de la protection de la vie et de la santé d'une bonne partie de la population. On s'est mis d'accord sur une certaine protection du plus grand nombre.

INTERVIEW DE L'ABBE PASCAL DESTHIEUX: Curé-modérateur de l'unité pastorale Eaux-Vives-Champel

Quel est l'avis de l'Eglise catholique au sujet de l'avortement ?

L'Eglise catholique est contre l'avortement, cela fait l'unanimité. Le but n'est pas de condamner la personne mais de condamner l'acte d'avorter.

Que feriez-vous si une femme enceinte venait maintenant vous voir maintenant ne sachant pas s'il elle va interrompre sa grossesse ?

"Si une femme venait vers moi avec l'idée d'interrompre sa grossesse, je ferais tout pour l'en dissuader mais si elle revient après en ayant interrompu sa grossesse, je ferais tout pour l'aider." Je suis contre l'acte d'avorter, je ne suis pas contre les personnes qui avortent. Je souhaite défendre la vie mais je serais là pour porter secours aux personnes qui ont eu recours à un avortement. Je ne peux cautionner quelque chose qui est contraire à la vie, mais je suis et serais là pour accompagner sans jugement une femme ou un couple ayant eu recours à une interruption de grossesse.

Existe-t-il des passages bibliques qui parlent de l'interruption de grossesse ?

Il n'existe pas, à ma connaissance, de passage biblique parlant à proprement parlé de l'interruption de grossesse, mais il est dit dans la Bible : "Tu ne tueras pas !". Il est également dit que c'est Dieu qui a créé la vie humaine, qu'il nous a tissés, choisis et aimés dès le ventre de notre mère (Psaumes 139).

A partir de quel moment considérez-vous le fœtus comme un être vivant ?

Dès le moment de la conception je considère que le fœtus est un être vivant, un être humain doté déjà d'une âme, ce n'est pas un tas de cellule. Nous avons d'ailleurs tous commencé ainsi.

Considérez-vous la pilule du lendemain comme un avortement ?

Du moment qu'il y a eu fécondation alors oui c'est l'avortement d'un être humain. Même si c'est moins choquant qu'une IVG à 12 semaines avec un bébé déjà passablement formé, si on y réfléchit bien, c'est la même réalité.

Que pensez-vous des interruptions thérapeutiques de grossesse, c'est-à-dire si le fœtus est malformé, ou trisomique ?

De nouveau, je ne souhaite porter aucun jugement sur les parents qui décident de ne pas garder un bébé qui souffrirait de malformation. Mais je pense qu'il est préférable de laisser faire la nature, même si le bébé venait à mourir dans les quelques heures après la naissance, je ne pense pas qu'il faudrait interrompre la grossesse. Pour les enfants trisomiques, ils ont également ce droit de vivre mais je pense qu'il faut aller plus loin dans cette affirmation, il faut également fournir de l'aide pratique à ces familles. J'aime cette histoire de Jean Vanier qui a fondé l'Arche (une association accueillant des

personnes souffrant de handicap mental). Une femme enceinte d'un bébé annoncé comme trisomique lui a demandé ce qu'elle devrait faire. Jean Vanier lui a alors répondu : "Garde ton enfant et nous nous en occuperons !". L'enfant est né, et il était et est toujours parfaitement sain. Cela est arrivé récemment à mon frère et ma belle-sœur, à qui on a pronostiqué à deux reprises un risque de trisomie, en les invitant à avorter. Leur enfant est né également parfaitement sain.

Seriez-vous pour une loi qui interdit l'avortement ?

Je suis contre une interdiction de l'avortement pour la bonne et simple raison que cela engendrerait encore plus de problèmes. Les femmes les plus démunies seraient précarisées car elles auraient recours à des interruptions de grossesse clandestines, dangereuses pour leur santé. Tandis que les femmes riches seraient avantagées car elles pourraient aller à l'étranger et se faire avorter en payant.

Que pensez-vous de l'initiative visant à retirer le remboursement de l'avortement par la LAMal ? Que pense l'Eglise catholique ?

Personnellement je suis contre cette initiative pour les mêmes raisons car une fois de plus les femmes les plus démunies seraient le plus affectées par cela. Mais je partage l'intention des initiants qui luttent contre une certaine banalisation de l'avortement qui fait quand même 11'000 victimes chaque année en Suisse, sans oublier toutes les "victimes" collatérales à commencer par les mamans qui ont du faire ce choix qui n'est pas sans conséquences pour elles.

Pensez-vous que l'embryon a un certain vécu ?

Je pense que le fœtus souffre, en effet le bébé ressent tout ce que ressent sa mère. Le fœtus est comme une éponge qui vit tout ce que ressent sa mère. Il existe une mémoire sensitive, et le bébé ressent le processus de décision où l'enfant sent que sa mère pense à le supprimer. C'est une souffrance terrible pour le bébé.

En conclusion, quels arguments utiliseriez-vous pour conseiller une femme enceinte ne souhaitant pas sa grossesse ?

Je lui dirais qu'aujourd'hui elle ne se sent peut-être pas prête mais que la grossesse est justement là pour cela, c'est un temps de préparation. Je lui dirais qu'elle risquerait de le regretter toute sa vie. Je lui conseillerais de contacter des associations qui pourront lui fournir de l'aide telle que : SOS-Futures Mamans. Je lui répéterais que son bébé a le droit de vivre, et qu'il y a toujours d'autres solutions.

INTERVIEW D'ELISE CAIRUS: Théologienne protestante

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Je m'appelle Elise Cairus. Je suis mariée et mère d'une petite fille. J'ai fait des études de théologie et j'écris actuellement une thèse sur l'accompagnement spirituel lors de la grossesse.

Comment avez-vous choisi ce sujet de thèse ?

Je suis maman d'une petite fille et j'ai eu lors de mon accouchement une complication très grave et très rare. J'aurais pu mourir si je n'avais pas été en milieu hospitalier alors que je venais de mettre un bébé au monde. C'était une situation très paradoxale pour moi, d'avoir donné la vie et d'avoir pu perdre la mienne.

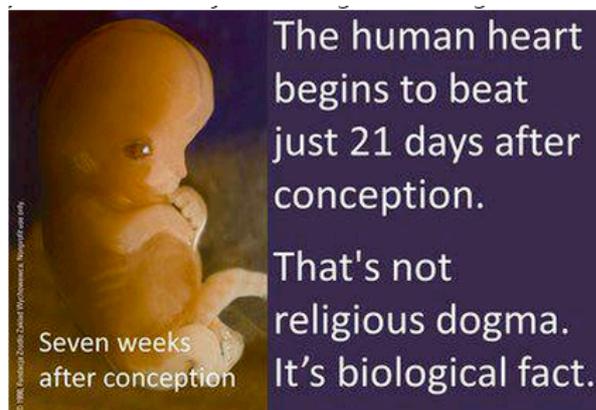
Lors de ce moment difficile dans ma vie, je me suis sentie seule, incomprise. J'avais besoin que l'on m'écoute. Après coup, j'ai vu deux psychologues spécialisées dans le domaine de la périnatalité mais au bout d'un moment j'en ai eu marre que l'on parle uniquement à mon psychique, j'avais besoin et envie de spirituel. J'avais envie que l'on parle à mon âme. Je me suis alors tournée vers des pasteurs, mais je me suis vite rendu compte qu'ils n'étaient pas bien outillés pour cela. J'ai alors commencé à chercher seule des réponses à mes questions.

Quelles étaient vos motivations lorsque vous avez commencé votre thèse ?

J'avais envie de creuser cette problématique autour de la grossesse, de la naissance, de l'aide médicale à la procréation, de l'interruption de grossesse et des deuils périnataux. J'ai par ailleurs réalisé qu'il n'existait pas de préparation spirituelle à la naissance en Suisse (il y a des propositions dans certaines cliniques privées catholiques en France), alors que c'est une étape très importante de la vie.

Pour vous, quel est le statut de l'embryon ?

Pour moi, l'embryon est un être vivant, c'est un humain potentiel. Du moment qu'il y a fusion des gamètes, alors je considère que l'embryon est un être humain. Cette image résume ce que je pense :



Je pense que lorsque l'on apprend que l'on est enceinte, on ne réalise pas tout de suite que nous portons un bébé. Je me souviens de ma première échographie, le moment où j'ai vu le cœur de mon bébé battre, alors là moi et mon mari avons réalisé que je portais un être vivant.

Comment pouvez-vous accompagner des femmes qui décident d'interrompre leur grossesse ?

Si une femme venait me voir en me confiant qu'elle est hésitante au sujet de garder sa grossesse, je lui donnerais mon point de vue spirituel : Cette vie ne vient pas de nous, mais de Dieu, et quoiqu'elle décide, cet enfant sera aimé de Dieu.

Je ne suis pas là pour juger, qui suis-je pour juger ? Il n'y a que Dieu qui puisse juger. Accompagner signifie rejoindre l'autre là où il en est à ce moment précis de sa vie. La meilleure décision est spécifique à ce moment-là précis.

Je dirais à une femme qui pense à avorter de se confier à Dieu, de lui dire ses craintes car lui est là pour écouter sans juger. J'aime cette phrase qui dit : «Rappelle-toi, il y a toujours quelque part quelqu'un qui t'aime!»⁸⁹ Ce quelqu'un c'est Dieu et il ne va pas juger mais continuer à t'aimer malgré les erreurs.

Par l'accompagnement, je souhaite être là pour attester ce que la personne vit, pour écouter la personne dans ce qu'elle ressent, sans la condamner, comme Jésus le faisait avec celles et ceux qu'il rencontrait. Les personnes ont besoin de parler, elles ont besoin d'être écouté sans jugement, d'avoir une oreille attentive. Pour bien accompagner, il faut aimer la personne. Il faut être capable de dissocier la personne en détresse à ce moment-là et l'acte qu'elle commet (l'avortement). Certaines femmes ressentent de la

⁸⁹"Dis, Dominique, la mort c'est comment?", un livre-témoignage d'un prêtre valaisan, le Père Joël Pralong, éd. Parole et Silence, p. 147

culpabilité, mais Dieu va continuer à les aimer. Dans certains cas la détresse des femmes est telle qu'à mon avis leur détresse prime sur la vie du bébé.

Parfois on essaie de trouver un sens à ce que l'on vit mais dans certaines situations, il n'y a aucun sens, c'est juste un scandale. Je dis aux personnes que Dieu les écoute, et qu'il faut lui exprimer sa colère, son incompréhension, son sentiment d'injustice. A mon sens, il faut que ces femmes puissent exprimer ouvertement leur ressenti face à ce qu'il leur arrive.

Que pensez-vous des interruptions thérapeutiques de grossesse ?

Je pense qu'on peut avoir tous les avis du monde, mais que lorsque l'on est confronté à une annonce de diagnostic comme un enfant malformé ou encore un enfant trisomique, c'est très différent. Notre avis théorique et notre avis lorsque la situation nous arrive est parfois différent.

J'ai entendu l'histoire d'un couple à qui l'on avait annoncé que leur enfant était malformé et qu'il décéderait à la naissance. Le personnel soignant leur a alors proposé une interruption de grossesse. Le couple a refusé, le bébé est né et le couple a pu serrer dans leur bras cet enfant pendant deux heures avant que celui-ci ne décède. C'est une histoire très triste, mais pour ce couple c'était un cadeau d'avoir pu connaître leur enfant, cela leur a permis de mieux faire leur deuil.

INTERVIEW DU RABBIN SAMUEL COHEN: Directeur du Service Social de la Communauté Israélite de Genève

Qu'est-ce que les écrits de votre religion disent au sujet de l'avortement?

On parle de l'avortement dans le Judaïsme et surtout dans le Talmud, mais il s'agit de situations de détresse. La maman passe avant le fœtus. Donc s'il y a danger pour la maman et pour le fœtus, la maman prime. Il ne s'agit donc pas d'un avortement volontaire mais d'une situation grave ou d'un cas de force majeure.

Et dans le cas d'une interruption volontaire ?

Si il existe une raison vraiment valable, il faudra l'expliquer devant le rabbin ou le décisionnaire qui prendra le temps de réfléchir et de décider s'il s'agit d'un cas de force majeure ou non. Si la personne est tombée enceinte suite à une relation sans lendemain, l'avortement est interdit car c'est une vie et on n'a pas le droit d'y toucher.

Pouvez-vous nous citer un cas de force majeure à part l'état de santé de la maman?

Je ne sais pas, c'est très aléatoire. Par exemple dans le cas où le papa, s'il l'apprenait, pourrait tuer sa fille.

Quel est votre rôle dans l'accompagnement de la fille ?

Dans un premier temps il y a le décisionnaire qui dit si c'est permis ou non. D'autre part l'hôpital peut prendre contact avec le rabbin pour lui dire de suivre l'affaire si cela est nécessaire. Dans le cas d'une personne mariée qui a déjà des enfants et qui n'en veut plus, l'avortement est strictement interdit.

Question : d, y a-t-il des conséquences pour elle ?

Non il n'y a aucune conséquence. C'est le libre arbitre. Le rabbin est là pour dire si l'avortement est autorisé ou interdit mais si la femme n'est pas d'accord avec cet avis elle peut faire ce qu'elle veut.

Quelles sont les interprétations faites par rapport à l'interruption de grossesse ? Y a-t-il des avis divergents au sein de votre religion ?

L'avis commun concerne la personne mariée qui tombe accidentellement enceinte. Dans ce cas c'est interdit. Mais certains cas nécessitent d'être étudiés c'est pourquoi il faut se rendre chez le rabbin de sa communauté. En effet si vous vous rendez chez 10 rabbins différents vous aurez 10 réponses.

Quelle est votre opinion à ce sujet ?

Pour moi l'avortement est interdit car il s'agit d'un enfant. Je considère que s'il est arrivé malgré toutes les précautions c'est qu'il devait arriver.
En revanche dans le cas d'un danger pour la maman tout le monde est du même avis.

Concernant le statut de l'embryon et le délai : est-ce que pour vous l'avancement de la grossesse fait une différence pour la décision ?

La formation se fait dans les 40 premiers jours. Après 40 jours il y a déjà eu la formation donc il ne reste que le développement.

Est-ce que ce délai de 40 jours vient d'un écrit ?

Oui le déluge de 40 jours. Pour toutes les attentes c'est 40 jours. On considère que l'état est différent.

Le premier mois de vie marque aussi une différence, c'est-à-dire que jusqu'à un mois ce n'est pas évident qu'il soit viable alors qu'après un mois c'est sûr qu'il l'est. Donc après un mois il a tous les droits d'un homme. Par exemple si on tue un enfant lors d'un accident, le jugement sera différent si le bébé a moins ou plus d'un mois.

Dans le judaïsme il y a beaucoup de rites de passage : 1 mois, 1 an, 3 ans, 6 ans, 12 ans pour les filles, considérées plus matures, et 13 ans pour les garçons puis le mariage.

Un bébé est bébé jusqu'à 3 ans puis il devient enfant. Après 6 ans il est un jeune homme car à 6 ans il y a déjà une prise de conscience même s'il n'est pas encore responsable : il pourrait survivre s'il était tout seul dans le monde ou dans une forêt.

Après le passage des 13 ans il est adulte et à 18 ans il est vraiment adulte.

Ensuite il y a les passages des 40ans, 60 ans, 70 ans et 80 ans.

Le passage des 40 ans existe depuis le temps du roi David qui parle des 40ans, la mi-temps, c'est-à-dire l'adolescence de l'adulte.

Lorsque l'on a vécu 70 ans on considère qu'on a eu une vie. C'est comme les jours de la semaine : 7 jours donc 70 ans. Après c'est presque un cadeau.

Après 83 ans on peut refaire une communion car 70ans c'est une vie donc on peut considérer qu'on a de nouveau 13 ans.

Les Ashkénazes, les juifs d'Occident, marquent ces rites de passage en laissant pousser les cheveux de leur enfant jusqu'à ses 3 ans puis ils les coupent. Le bébé se rend compte qu'il se passe quelque chose, d'ailleurs il ne se reconnaît plus.

A 6 ans on fait beaucoup de choses sans s'en rendre compte : l'école démarre, on rentre au CP donc on fait des choses qu'on ne pouvait pas faire avant. Religieusement parlant à 6 ans un enfant peut survivre.

Pour en revenir au statut de l'embryon, vous avez parlé des 40 jours mais est-ce que ça marque un statut différent ?

Avant 40 jours il n'a pas été formé donc je n'ai pas besoin de l'enterrer. Par contre s'il y a un problème au delà, on l'enterre aussi petit soit-il car il existe. Avant 40 jours il n'existe pas.

Quels sont les écrits précis qui parlent de l'avortement ?

Pour le statut des 40 jours il y a un commentaire sur le déluge qui explique pourquoi 40 jours.

A 6 ans ce sont plutôt les textes juridiques. On considère que quand le père nourrit son enfant de 6 ans il lui rend service. Il a l'obligation mais c'est considéré comme un service car l'enfant aurait pu survivre sans lui. Donc avant 6 ans c'est un devoir et après 6 ans c'est une "obligation-service" et ce jusqu'à la fin de sa vie.

Avant ses 13 ans un enfant n'est pas obligé de suivre les règles religieuses car il est encore enfant et mineur donc tout ce qu'il fait c'est par éducation et non par obligation, il le fait pour apprendre. A partir de cet âge là, s'il fait une faute religieuse (exemple : refus de jeuner), le père n'est pas responsable.

INTERVIEW D'OLIVIER DEHAUDT: Président de l'association "Choisir la Vie"

Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

Je m'appelle Olivier Dehaudt, je suis marié et père de quatre enfants. Je suis l'actuel président de l'association "Choisir la vie", une association qui se bat contre l'avortement.

Quel est votre parcours de vie ? Pourquoi avez-vous décidé de militer contre l'avortement ?

Je suis responsable d'un avortement à l'âge de 26 ans. Ma compagne de l'époque est tombée enceinte, je l'ai alors poussé à interrompre sa grossesse. Suite à cet IVG, nous nous sommes séparés comme la majorité des couples après un avortement. J'ai cru avoir réglé ce problème mais cela m'a travaillé pendant plusieurs années. J'ai souffert d'une dépression sévère dans les quelques années qui ont suivi. J'ai commencé à chercher un sens à ma vie, j'ai essayé de comprendre d'où me venait ce mal-être. J'ai alors compris que cette dépression était liée à cet avortement, et que j'avais assassiné cet enfant. En me faisant aider, on m'a conseillé de donner un nom à cet enfant. On m'a alors dit que j'étais pardonné et que mon enfant était auprès de Dieu maintenant. J'ai enfin commencé à revivre.

Huit ans plus tard, on m'a demandé de faire parti du comité de Choisir la Vie, j'ai alors dit oui. Je voulais me charger de cette mission, pas pour effacer ce que j'avais fait mais par amour de la vie, par amour pour chaque être humain.

Pourquoi selon vous l'avortement est-il un crime ?

Pour moi, il est dit dans la Bible de ne pas tuer. Supprimer un bébé, c'est un crime, peu importe les motifs. La fécondation est un miracle, on ne peut pas supprimer cet enfant sous prétexte que l'on n'en veut pas. C'est un être humain fragile et on doit le protéger.

Olivier Dehaudt me demande alors si j'ai déjà assisté à un avortement. Je lui réponds que non. Il me montre alors une compilation d'avortement où l'on voit des restes d'embryon après curetage. Les images sont très choquantes, et surtout elles montrent des embryons à des stades de gestation très avancés...

Quel est votre but en montrant ces images ?

Je ne montrerais jamais ces images à une femme ayant avorté. Je les montre dans le but de montrer la réalité d'un avortement. On vit dans un monde où l'avortement est banalisé. On ne parle pas des autres alternatives à l'avortement.

Que pensez-vous de la législation sur l'avortement, du régime du délai ?

Je suis contre cette loi. En autorisant l'avortement, on est en train de dire à la jeune génération que leur vie n'a pas de valeur. Pourquoi pensez-vous qu'il y a autant de dépression et de mal-être dans notre société ? On est en train de dire à la jeune génération qu'ils sont sans valeur, que l'on peut supprimer des êtres humains fragiles dès le sein maternel.

Trouvez-vous que l'avortement est banalisé dans notre société ?

On ne parle pas des autres alternatives, la légalisation a réglé le problème de l'avortement. On a banalisé l'avortement. Le droit à la vie est un droit fondamental de chaque être humain, je ne comprends alors pas comment il est possible pour l'état d'autoriser le meurtre de tous ces enfants.

L'Etat ne joue pas son rôle de protéger la vie, de protéger le plus faible.

Si l'on interdisait l'avortement, les femmes risqueraient d'avorter clandestinement, qu'en pensez-vous ?

Tuer un être humain, c'est un crime. Il ne faut pas légaliser un crime sous prétexte que les mères pourraient en souffrir.

Questionnaire – Témoignage : Patiente n° 1

- 1. Quel âge aviez-vous ?**
26 ans
- 2. Quel était le type de relation (Mariage, Couple, relation sans lendemain, *Sex-friend*) ? Si en couple/marié, depuis combien de temps ?**
Mariée depuis 2 ans
- 3. Aviez-vous parlé de contraception ensemble ? En utilisiez-vous une (préservatif, pilule ou autre) ?**
Oui, on en a parlé. J'ai utilisé un diaphragme (la pilule n'était qu'à ses tout débuts, en 1964, les médecins étaient réticents à la prescrire aux femmes qui n'avaient pas encore d'enfants).
- 4. Aviez-vous déjà parlé "enfants" ?**
On ne se posait pas tellement la question. Il était normal, à l'époque, qu'un couple marié aura des enfants. Mais mon mari a compris que, pour moi, ce n'était pas le moment.
- 5. Qu'est-ce qui a engendré la grossesse (Oubli de contraception, rupture du préservatif,...) ?**
Échec du diaphragme (ou peut-être conception le dernier jour des règles, donc ovulation irrégulière?).
- 6. Comment avez-vous appris la grossesse ? Retard des règles ? Symptômes de grossesse (nausées, vomissements) ? Ensemble avec votre partenaire (test de grossesse, gynécologue) ?**
Retard des règles, ensuite confirmation par le gynécologue.
- 7. Si vous avez découvert votre grossesse seule, en avez-vous informé votre partenaire ? Si oui, comment (SMS, appel, face-à-face, ...) ?**
J'ai aussitôt parlé de mes soupçons d'être enceinte avec mon mari.
- 8. Comment avez-vous réagi face à cette nouvelle ?**
J'ai été choquée, furieuse, ahurie, angoissée, accablée, je me sentais livrée à la fatalité, impuissante, j'avais la rage au corps...
- 9. Quelle a été la décision ? Poursuivre ou interrompre la grossesse ?**
J'ai aussitôt désiré - et espéré pouvoir - arrêter cette grossesse
- 10. Comment avez-vous pris la décision ? Qu'est-ce qui a influencé votre choix ? Pendant combien de temps avez-vous réfléchi ?**
Il n'y avait pas grand chose à réfléchir. Tout en moi se révolta à cette grossesse. J'avais le sentiment que cette grossesse voulait prendre possession de tout mon être, elle allait détruire ma vie - elle aurait anéanti mon plus grand rêve, c'est-à-dire

de terminer ma formation à la danse classique et moderne. La danse, à l'époque, était tout pour moi (à part mon amour pour mon mari...).

11. Avez-vous pris cette décision avec ou sans l'avis de votre partenaire ?

Je l'ai prise toute seule d'abord. Mais mon mari m'a soutenue, puisqu'il a compris.

12. Dans le cas d'un avortement, avez-vous été accompagnée par votre partenaire dans le processus de prise en charge (ou une tierce personne, précisez)?

Mon mari m'a accompagnée dans mes démarches.

a. Si oui, comment cela s'est-il passé ? (Détaillez la prise en charge, etc..., douleurs, avez-vous vu l'embryon ? Qu'avez-vous ressenti ? Quel a été le suivi ?)

C'est mon père gynécologue qui a effectué l'IVG. Il pratiquait assez souvent des interruptions de grossesse dans son cabinet, avec la méthode du curetage conventionnel (l'aspiration n'était pas encore connue à l'époque, en 1964) sous anesthésie locale. Avant toute intervention, selon la loi de 1942, il fallait qu'il demande au médecin cantonal de désigner un deuxième médecin, le plus souvent c'était un psychiatre, pour délivrer l'avis conforme. C'était la loterie, selon quel médecin fut désigné, c'était oui ou non. Alors pour moi, il a cédé à mes implorations et il l'a fait sans avis conforme (que je n'aurais probablement pas obtenu, à l'époque, dans le canton de Berne, avec mes raisons tout à fait personnelles). C'était donc, en principe, une IVG illégale... C'était très tôt dans la grossesse 6 ou 7 semaines d'aménorrhée. Je n'avais aucune douleur, ni pendant ni après l'intervention, sauf les quelques piqûres dans le col, un peu comme chez le dentiste. Non, je n'ai pas vu l'embryon - à ce stade il n'y aurait pas eu grand chose à voir, d'ailleurs. Je suis rentrée chez moi une ou deux heures après l'intervention. Peu après, j'ai repris mon entraînement. Je ne sais plus si j'ai eu un examen de contrôle. Pour moi, c'était un immense sentiment de soulagement, le cauchemar de cette grossesse non voulue avait pris fin.

b. Si non, pourquoi n'étiez-vous pas accompagnée ? Vouliez-vous être seule ?

-

13. Quel type d'avortement avez-vous subi (médicament ou curetage) ? A combien de semaines ? Par qui (médecin, établissement) a-t-il été pratiqué ?
cf. réponse précédente

14. Comment vous êtes-vous senti après l'intervention ? (Culpabilité, soulagement, vide, autre...)

cf. réponse précédente

15. Comment cette histoire a-t-elle influencé votre relation ? Êtes-vous toujours ensemble ? Vos chemins se sont-ils séparés ?

Notre relation n'a pas été influencée par cet événement. Nous sommes toujours ensemble, depuis plus de 50 ans. Et nous avons eu 3 enfants plus tard.

16. Aujourd'hui, avez-vous des regrets ? Y pensez-vous souvent ?

Non. Je n'ai jamais eu de regret. L'IVG m'a permis de vivre une des plus belles phases de ma vie. J'y pense souvent, parce que je travaille sur le sujet depuis plus de 40 ans, sur le plan politique et en mettant à disposition une information la plus objective et la plus actuelle possible sur mon site internet. Plus je me penche sur la question, plus je me rends compte que j'étais tout à fait privilégiée de pouvoir avorter de la manière, à une époque où il y a encore eu (en Suisse !) des femmes qui sont mortes suite à des avortements clandestins mal fichus. Et plus je me sens confirmée dans ma conviction que c'est un droit fondamental, inaliénable de la femme de dire non à une grossesse accidentelle qu'elle refuse. Je ne suis pas croyante, mais j'aime bien ceci: Marie, selon la Bible, a explicitement dit OUI à sa grossesse ! (Luc 1.38) Je ne pense pas qu'un dieu l'aurait forcée, si elle avait dit non.

Questionnaire – Témoignage : Patiente n°2

1. **Quel âge aviez-vous ?**
45 ans
2. **Quel était le type de relation (mariage, couple, relation sans lendemain, *Sex-friend*) ? Si en couple/marié, depuis combien de temps ?**
Mariée depuis 20 ans
3. **Aviez-vous parlé de contraception ensemble ? En utilisiez-vous une (préservatif, pilule ou autre) ?**
Nous utilisions le préservatif car la pilule ne me convenait plus et j'étais contre le stérilet.
4. **Aviez-vous déjà parlé "enfants" ?**
Oui, nous en avons 2. Ils avaient 14 et 17 ans à l'époque.
5. **Qu'est-ce qui a engendré la grossesse (oubli de contraception, rupture du préservatif, ...) ?**
Probablement rupture du préservatif...
6. **Comment avez-vous appris la grossesse ? Retard des règles ? Symptômes de grossesse (nausées, vomissements) ? Ensemble avec votre partenaire (test de grossesse, gynécologue) ?**
 - (1) Retard des règles
 - (2) Seins gonflés et douloureux
 - (3) Test de grossesse avec mon mari
7. **Si vous avez découvert votre grossesse seule, en avez-vous informé votre partenaire ? Si oui, comment (sms, appel, face-à-face, ...) ?**
-
8. **Comment avez-vous réagi face à cette nouvelle?**
D'instinct et irrévocablement : Non.
9. **Quelle a été la décision ? Poursuivre ou interrompre la grossesse ?**
Interrompre la grossesse.
10. **Comment avez-vous pris la décision? Qu'est-ce qui a influencé votre choix ? Pendant combien de temps avez-vous réfléchi ?**
J'ai pris la décision avec mon mari. Notre choix a été influencé déjà par notre âge : moi 45 et lui 52 ans. Nous avons déjà consacré, avec beaucoup de plaisir, toutes ces années à nos enfants et j'avais retrouvé du travail à ce moment-là. Je n'avais donc aucune envie de tout recommencer avec un bébé. Égoïste ? Certainement ! Mais je pense qu'il y a un temps pour tout dans la vie.

- 11. Avez-vous pris cette décision avec ou sans l'avis de votre partenaire ?**
Avec mon mari. Nous étions tous les deux d'accord.
- 12. Dans le cas d'un avortement, avez-vous été accompagnée par votre partenaire dans le processus de prise en charge (ou une tierce personne, précisez)?**
Mon mari m'a accompagnée, avec beaucoup d'affection.
- a. Si oui, comment cela s'est-il passé ? (Détaillez la prise en charge, douleurs, avez-vous vu l'embryon) ? Qu'avez-vous ressenti ? Quel a été le suivi ?**
J'ai d'abord pris un médicament (Mifégyne), puis je suis allée à l'hôpital jusqu'à l'expulsion de l'embryon que j'ai vu dans le haricot métallique. Ce jour-là, les contractions étaient supportables, mais horribles les 3 jours suivants, rapprochées et très très fortes ! Cela paraît-il normal ?!! Je ne recommande en aucun cas la méthode du médicament.
- b. Si non, pourquoi n'étiez-vous pas accompagnée ? Vouliez-vous être seule ?**
-
- 13. Quel type d'avortement avez-vous subi (médicament ou curetage) ? A combien de semaines ? Par qui (médecin, établissement) a-t-il été pratiqué?**
Médicament, je ne me rappelle pas de la date de la grossesse.
- 14. Comment vous êtes-vous senti après l'intervention (culpabilité, soulagement, vide, autre...) ?**
Soulagée.
- 15. Comment cette histoire a-t-elle influencé votre relation ? Êtes-vous toujours ensemble ? Vos chemins se sont-ils séparés ?**
Nous sommes toujours ensemble et cela n'a rien changé à notre relation.
- 16. Aujourd'hui, avez-vous des regrets ? Y pensez-vous souvent ?**
Je n'ai pas de regret. Il m'arrive d'y penser, mais vraiment sans aucun regret et cela fait maintenant 4 ans.

Questionnaire – Témoignage : Partenaire n°1

1. **Quel âge aviez-vous ?**
21 ans
2. **Quel était le type de relation ? (Mariage, Couple, relation sans lendemain, *Sex-friend*). Si en couple/marié, depuis combien de temps ?**
Sex-friend
3. **Aviez-vous parlé de contraception ensemble ? En utilisiez-vous une (préservatif, pilule ou autre) ?**
Oui elle prenait la pilule.
4. **Aviez-vous déjà parlé "enfants" ?**
Il était clair qu'aucun enfant n'était désiré.
5. **Qu'est-ce qui a engendré la grossesse ? (Oubli de contraception, rupture du préservatif, ...)**
Oubli de contraception et nous n'avions pas mis de préservatif
6. **Comment avez-vous appris la grossesse ? Ensemble avec votre partenaire (test de grossesse, gynécologue) ? Vous l'a-t-elle annoncé ? Tierce personne ?**
Elle me l'a annoncée après vérification, mais nous le suspicions déjà, car ses règles avaient du retard.
7. **Comment avez-vous réagi face à cette nouvelle?**
"Fait ch***...". Nous nous y attendions un peu. Il a vite fallu trouver une solution. Et pour moi, c'était étrange de savoir que je pouvais potentiellement devenir père.
8. **Quelle a été la décision ? Poursuivre ou interrompre la grossesse ?**
Nous avons décidé d'interrompre la grossesse.
9. **Comment la décision a-t-elle été prise ? Avez-vous pris cette décision ensemble ou votre partenaire vous a-t-elle mis devant le fait accompli ?**
Il était évident pour moi d'interrompre la grossesse, car c'était un accident dans une relation sans avenir. Elle m'a fait part de ses doutes quant à l'interruption avant de se décider. Je lui ai fait part de mon point de vue, mais elle seule pouvait décider.
10. **Si vous avez été mis devant le fait accompli (que ce soit de poursuivre ou d'interrompre la grossesse), comment vous êtes-vous senti ? Comment avez-vous réagi (répondu face à sa décision)?**
-

- 11. Dans le cas d'un avortement, avez-vous suivi votre partenaire dans le processus de prise en charge ?**
J'ai participé au frais. Mais je ne l'ai pas accompagnée, car nous avons déjà décidé de couper les ponts et ne plus nous voir.
- 12. Quel type d'avortement a-t-elle subi (médicament ou curetage) ? A combien de semaines ?**
Approche médicamenteuse / entre 4-6 semaines
- 13. Comment vous êtes-vous senti après l'intervention (que vous ayez été présent ou non) ?**
Un soulagement d'une part, je n'aurais pas été capable d'assumer un enfant. Mais aussi du remord, un acte pareil est difficile pour qui que ce soit et aurait facilement pu être évité. C'est une vraie remise en question que de savoir qu'on peut potentiellement devenir parent.
- 14. Comment cette histoire a-t-elle influencé votre relation ? Êtes-vous toujours ensemble ? Vos chemins se sont-ils séparés ?**
Nous nous sommes séparés et ne nous voyions plus du tout volontairement.
- 15. Aujourd'hui, avez-vous des regrets ? Y pensez-vous souvent ?**
On regrette toujours un avortement en sachant qu'il peut facilement être évité, mais j'y pense rarement.
- 16. La loi suisse ne donne aucun droit de choix pour le père de l'enfant. Selon vous, est-ce justifier? Pensez-vous que l'homme a son mot à dire dans la prise de décision concernant une interruption de grossesse?**
Je pense que seule la femme a le dernier mot, et ceci correspond à la justice suisse. Mais la femme devrait écouter le partenaire et prendre en compte son avis pour une prendre une décision.

Questionnaire – Témoignage : Partenaire n°2

1. **Quel âge aviez-vous ?**
20 ans
2. **Quel était le type de relation ? (Mariage, Couple, relation sans lendemain, *Sex-friend*) Si en couple/marié, depuis combien de temps ?**
En couple depuis 1 année
3. **Aviez-vous parlé de contraception ensemble ? En utilisiez-vous une (préservatif, pilule ou autre) ?**
Oui, on en a parlé et on utilisait le préservatif
4. **Aviez-vous déjà parlé "enfants" ?**
Non
5. **Qu'est-ce qui a engendré la grossesse (oubli de contraception, rupture du préservatif, ...) ?**
Rupture du préservatif
6. **Comment avez-vous appris la grossesse ? Ensemble avec votre partenaire (test de grossesse, gynécologue) ? Vous l'a-t-elle annoncé ? Tierce personne ?**
Trois tests de grossesse positifs, puis une visite chez le médecin.
7. **Comment avez-vous réagi face à cette nouvelle?**
J'ai eu peur et nous avons discuté ensemble pour trouver la meilleure solution, mais nous étions tous les deux d'accord pour entreprendre des démarches pour stopper la grossesse.
8. **Quelle a été la décision ? Poursuivre ou interrompre la grossesse ?**
Interrompre la grossesse
9. **Comment la décision a-t-elle été prise ? Avez-vous pris cette décision ensemble ou votre partenaire vous a-t-elle mis devant le fait accompli ?**
Nous en avons discuté ensemble et la solution nous a paru naturelle.
10. **Si vous avez été mis devant le fait accompli (que ce soit de poursuivre ou d'interrompre la grossesse), comment vous êtes-vous senti ? Comment avez-vous réagi (répondu face à sa décision)?**
Je me suis senti coupable et impliqué, je ne pouvais la laisser seule face à ça. J'ai été inquiet et j'ai détesté l'idée d'enlever la vie à un petit être et ma partenaire aussi.
11. **Dans le cas d'un avortement, avez-vous suivi votre partenaire dans le processus de prise en charge ?**
Oui tout au long

- a. **Si oui, comment cela s'est-il passé ?**
C'était difficile à gérer surtout que l'avortement tombait en plein examen. C'était un stress d'autant plus fort pour mon ex. Mais nous avons été bien pris en charge.
- b. **Si non, pourquoi ne l'avez-vous pas accompagné ?**
-
12. **Quel type d'avortement a-t-elle subi (médicament ou curetage) ? A combien de semaines ?**
Médicamenteux après 5 semaines de grossesse
13. **Comment vous êtes-vous senti après l'intervention (que vous ayez été présent ou non) ?**
Coupable, "débile" et triste
14. **Comment cette histoire a-t-elle influencé votre relation ? Êtes-vous toujours ensemble ? Vos chemins se sont-ils séparés ?**
Cette histoire a plutôt renforcé notre relation mais nous ne sommes plus ensemble bien que nous nous revoyons de temps en temps.
15. **Aujourd'hui, avez-vous des regrets ? Y pensez-vous souvent ?**
On ne peut que regretter un événement pareil et j'y repense souvent dès que mon actuelle copine a un retard au niveau de ses règles.
16. **La loi suisse ne donne aucun droit de choix pour le père de l'enfant. Selon vous, est-ce justifier? Pensez-vous que l'homme a son mot à dire dans la prise de décision concernant une interruption de grossesse?**
Pour moi le père devrait évidemment avoir son mot à dire. Effectivement, chaque cas est différent, mais dans le cas où la grossesse est réellement un accident et que l'homme ne veut pas être père à 20 ans, il me paraît tout naturel qu'il puisse opposer son droit de veto.