

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO en travail social

HES·SO//Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

L'interruption de grossesse : entre théorie et réalité...

« Comment des femmes qui ont recouru à une interruption de grossesse ont-elles vécu ce processus ? »

Réalisé par : Herminjard Dounia

Promotion : TS AS 08

Sous la direction de : Jurisch Praz Sarah

Sierre 2012

Résumé :

Ce travail de Bachelor traite de la thématique de l'interruption de grossesse. Dans un premier temps, je me suis intéressée au cadre légal ainsi qu'aux différentes procédures qui régissent l'interruption de grossesse en Suisse. Cette première partie revêt différentes informations théoriques en lien avec la thématique principale. Le thème de l'accompagnement y est également abordé. Dans un deuxième temps, parallèlement à cette approche théorique, le vécu de cinq femmes ayant recouru à cette intervention a été analysé. Cette dimension empirique a été effectuée dans le but de procéder à une mise en relation entre la théorie et la réalité vécue par ces femmes.

Afin de mener à bien cette recherche, j'ai rencontré cinq femmes ayant interrompu une grossesse après l'introduction du régime du délai de 2002. Des entretiens ont été réalisés sous forme de récits de vie afin de pouvoir récolter leurs différentes histoires. Lors de ces témoignages, bien que tous très différents les uns des autres, quelques thématiques récurrentes ont pu être mises en évidence. Au vu de mon choix de formation orienté vers le service social, un accent particulier a été mis sur la thématique de l'accompagnement professionnel des femmes ayant recouru à ce type d'intervention.

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence que l'interruption de grossesse est un véritable processus de deuil qui peut durer plus ou moins longtemps selon la femme. En effet, les différentes étapes du deuil ont été repérées dans les cinq témoignages recueillis. De plus, ces précieux récits de vie révèlent que ces femmes auraient vivement souhaité bénéficier d'un accompagnement à un moment donné dans le processus. Ce soutien leur aurait permis d'avoir la présence, l'écoute, la disponibilité ainsi que l'impartialité d'une personne extérieure à la situation. La quasi-totalité des femmes rencontrées a exprimé avoir vécu un manque de soutien, tant de la part de leur entourage que de la part des professionnel-le-s, lors de ce moment particulièrement éprouvant. Pour la plupart d'entre elles, ce besoin de partager s'est fait ressentir bien après l'intervention. Il apparaît que cette nécessité se soit manifestée lorsque ces femmes se sont réveillées de la phase appelée « anesthésie ». L'analyse de ces différents témoignages a permis de mettre en lumière les manques ressentis par ces femmes et de proposer des pistes professionnelles qui permettraient d'y remédier.

Mots-clés :

Interruption de grossesse - récit de vie - procédures - accompagnement - trajectoires
processus de deuil - planning familial - travail social

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure »

Remerciements

Un grand merci à ...

Toutes les femmes qui ont accepté de me livrer leur témoignage et sans qui ce travail de recherche n'aurait pas pu voir le jour.

Madame Sarah Jurisch Praz, directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses encouragements et ses précieux conseils.

Ma famille et mes proches qui m'ont apporté leur soutien, leur disponibilité et leur aide tout au long de ce travail de recherche.

Toutes les personnes qui directement ou indirectement m'ont soutenue et guidée dans l'élaboration de ce travail.

Table des matières

1	Introduction	6
1.1	Choix de la thématique et lien avec le travail social	6
1.2	La question de recherche	7
1.3	Les hypothèses de recherche	8
1.4	Les objectifs de la recherche	8
2	Cadre théorique	10
2.1	L'interruption de grossesse	10
2.1.1	L'histoire de l'interruption de grossesse en Suisse	10
2.1.2	Le cadre légal suisse au sujet de l'interruption de grossesse.....	15
2.1.3	Les procédures.....	19
2.1.4	Les rôles et missions des professionnel·le·s.....	20
2.1.4.1	Le·La gynécologue.....	20
2.1.4.2	Le·La conseiller·ère en SSR au sein d'un planning familial.....	21
2.1.5	Les différentes méthodes de l'interruption de grossesse	23
2.1.5.1	La méthode médicamenteuse	23
2.1.5.2	La méthode chirurgicale.....	24
2.1.5.3	Comparaison entre la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale :	25
2.1.6	La dimension psychologique de l'interruption de grossesse	25
2.1.7	La dimension économique de l'interruption de grossesse.....	27
2.1.8	L'interruption de grossesse au cœur de l'actualité suisse.....	27
2.1.9	L'interruption de grossesse en chiffres.....	29
2.1.10	L'interruption de grossesse dans le monde : quelques exemples	33
2.2	L'accompagnement	35
2.2.1	Les différentes formes de l'accompagnement	37
3	Méthodologie de l'enquête de terrain.....	40
3.1	Le terrain et la population	40
3.2	Les techniques et méthodes de collecte de données	41
3.3	Les personnes ressources.....	43
3.4	L'éthique de la recherche	44
4	Analyse de données	45
4.1	Descriptions des femmes rencontrées et l'analyse individuelle	45
4.2	L'importance de la situation professionnelle	48
4.3	La place et la décision du père	49
4.4	L'instabilité conjugale.....	51

4.5	L'imagination du bébé « avorté ».....	52
4.6	Les complications conjugales post-IG.....	53
4.7	L'accompagnement et le soutien de la part des professionnel·le·s et de l'entourage	54
4.8	L'image du « cœur qui bat »	56
4.9	Le processus du deuil	58
4.9.1	Le choc – le déni	58
4.9.2	La colère.....	60
4.9.3	La tristesse.....	61
4.9.4	La résignation.....	61
4.9.5	L'acceptation - La reconstruction.....	62
4.10	L'influence de la méthode sur le vécu des femmes.....	63
5	Synthèse des résultats.....	64
6	Pistes d'action professionnelle	68
7	Conclusion.....	71
7.1	Bilan de la recherche	71
7.1.2	Les réajustements	71
7.1.3	Les limites de la recherche	72
7.1.3.1	La place du·de la conseiller·ère en SSR.....	72
7.1.3.2	L'échantillonnage.....	72
7.1.3.3	La difficulté à accéder à la population choisie	73
7.1.3.4	Les souvenirs.....	73
7.1.3.5	La subjectivité	73
7.2	Bilan personnel.....	73
8	Références bibliographiques	75
8.1	Ouvrages.....	75
8.2	Articles	75
8.3	Brochures	77
8.4	Document de droit.....	77
8.5	Mémoire de fin d'études.....	77
8.6	Articles de presse.....	77
8.7	Rapport.....	78
8.8	Document audiovisuel.....	78
8.9	Sites internet.....	78
9	Annexes.....	80

1 Introduction

1.1 Choix de la thématique et lien avec le travail social

A travers cette étude, j'ai souhaité m'immerger dans une thématique qui a toujours suscité mon intérêt et qui fait parler d'elle depuis de nombreuses années, celle de l'interruption de grossesse. Au cœur de vifs débats sociopolitiques, elle apparaît régulièrement dans la presse, notamment ces derniers mois. En effet, la question de la prise en charge ou non de cet acte médical par la caisse maladie est vivement controversée.

Dans un premier temps, ce travail de recherche m'a permis d'acquérir des connaissances théoriques sur la thématique de l'interruption de grossesse, mais m'a également et surtout offert l'opportunité de m'entretenir avec des femmes ayant vécu ce processus. Ces échanges ont mis en lumière un certain nombre d'éléments capitaux en lien avec la thématique principale et m'ont offert une vue d'ensemble de ce processus.

Grâce à la littérature, à différents articles ainsi qu'à l'aide d'un professionnel spécialisé en gynécologie-obstétrique, j'ai pu réunir des informations théoriques liées à la thématique choisie. Les entretiens sous forme de récits de vie m'ont, quant à eux, permis de récolter des trajectoires de vie différentes, des expériences personnelles et des vécus. La combinaison de ces deux méthodologies m'a permis d'avoir une vue plus précise sur l'interruption de grossesse et de pouvoir imaginer des pistes d'action pour le futur. Les témoignages recueillis m'ont véritablement offert la possibilité d'accéder à des données auxquelles je n'aurais pas pu avoir accès par un autre biais.

Les récits de vie des femmes rencontrées m'ont permis de procéder à une analyse transversale des données. Elle a mis en lumière des thématiques significatives lors du processus puisqu'elles ont été évoquées dans plusieurs témoignages. Grâce à ces confessions, j'ai pu réellement prendre conscience de l'importance de certains facteurs ou de certaines personnes lors de cet acte médical.

Par ailleurs, la thématique de l'interruption de grossesse m'intéresse fortement pour plusieurs raisons. Tout d'abord, j'ai été baignée dans le milieu médical depuis mon enfance où j'ai souvent eu l'occasion d'échanger sur le sujet avec mes parents qui côtoient régulièrement des femmes ayant décidé d'interrompre leur grossesse. Je me suis montrée curieuse et désireuse d'en savoir toujours davantage par rapport aux différentes raisons qui pouvaient amener une femme à interrompre sa grossesse ainsi qu'aux différentes aides qui lui étaient proposées.

Le travail de la « conseillère en santé sexuelle et reproductive » m'a toujours beaucoup intrigué et attiré. Elle représente une personne de référence pour la femme qui vient consulter. En plus de représenter une personne de référence, il-elle fait, selon moi, office de personne de confiance qui apporte un soutien considérable et une oreille attentive et disponible dans ce type de situation.

Avant de débiter ma formation à la HES-SO Valais, j'ai eu l'opportunité de passer une journée aux côtés d'une assistante sociale en périnatalité au planning familial d'Aigle. J'ai eu la chance d'assister aux différents entretiens prévus ce jour et de prendre connaissance des différentes problématiques traitées dans un tel service. Cette expérience m'a confortée dans mon choix de formation et dans mon intérêt à travailler, une fois mon diplôme obtenu, dans une structure telle que celle-là.

Ce travail de recherche pourra donc représenter un outil important dans le cas d'une future pratique professionnelle au sein d'un planning familial ou dans un autre service social pouvant être en contact avec cette problématique.

Pour terminer, je tiens à souligner que mon travail portera sur l'interruption de grossesse effectuée dans le délai des douze semaines qui suivent le début des dernières règles¹. J'ai souhaité délimiter précisément mon objet de recherche. De ce fait, mon travail ne traitera pas des interruptions de grossesse effectuées au-delà des douze premières semaines ainsi que des interruptions de grossesse interrompues pour des raisons médicales, appelées interruptions médicales de grossesse.

1.2 La question de recherche

Lors de la rédaction de mon avant-projet ainsi que de mon projet, j'ai, dans un premier temps, souhaité étudier le thème de l'interruption de grossesse chez les adolescentes. Cette population suscitait mon intérêt depuis un certain temps déjà. J'avais pu rencontrer cette problématique lors d'une expérience professionnelle antérieure qui m'avait beaucoup questionnée. Suite à une discussion avec ma Directrice de mémoire qui m'a rendue attentive aux éventuelles difficultés de mener une recherche sur une population mineure, j'ai décidé de concentrer ma recherche sur des femmes majeures au moment de l'interruption de grossesse.

Puis, le terme « volontaire » dans l'appellation « interruption volontaire de grossesse »² m'intriguait. J'ai donc songé, dans un deuxième temps, effectuer ma recherche autour de cette dimension qui me paraissait à la fois importante et en même temps erronée. En effet, le terme « IVG » n'était pas adéquat à mes yeux. Il me semble que, dans certaines situations, l'interruption d'une grossesse n'était pas toujours un acte volontaire pour la femme. Il peut s'agir d'une obligation de recourir à ce type d'intervention pour des questions d'ordre religieux, familial ou pour toute autre raison qui ne permettrait pas de mener à bien cette grossesse. Après avoir échangé sur le sujet avec ma Directrice de mémoire, j'ai réalisé que ce type d'informations allait être difficilement accessible. J'ai pris conscience que cet aspect relevait des questions particulièrement délicates, voire taboues, et que les résultats de ma recherche risquaient d'être biaisés. Je tiens également à préciser que j'ai appris, peu de temps après, qu'en Suisse, il était question d'interruption de grossesse et non pas d'interruption volontaire de grossesse qui est le terme utilisé par nos voisins français.

En lien avec mon choix de formation, j'ai souhaité finalement m'orienter vers la dimension de l'accompagnement des professionnel·le·s lors d'une interruption de grossesse. Lorsque je parle de professionnel·le·s, j'entends par là des personnes qui sont étroitement liées aux patientes ayant décidé de mettre un terme à leur grossesse, c'est-à-dire les gynécologues et les conseiller·ère·s en santé sexuelle et reproductive (SSR) du planning familial.

La dimension de l'accompagnement lors d'une interruption de grossesse suscitait mon intérêt. En effet, je me suis passablement questionnée sur ce qui était proposé, ou non, aux patientes, en termes de soutien et d'accompagnement et, dans quelle mesure, ces derniers pouvaient être souhaités par la femme ou, au contraire, refusés.

Il me paraissait intéressant de pouvoir approfondir cette dimension qui me semblait être nécessaire dans un processus tel que celui de l'interruption de grossesse ainsi que d'étudier les

¹ Dans le langage médical, on parle de douze semaines d'aménorrhée. Ce terme désigne une absence de menstruation chez la femme. Adresse URL : <http://www.creapharma.ch/amenorrhoe.htm>, consultée le 10 février 2012

² IVG

conséquences de cet accompagnement sur le vécu de la patiente après cette intervention. Je souhaitais étudier l'influence que cet accompagnement, pour autant qu'il y en ait un, pouvait avoir avant, pendant et après l'interruption de grossesse.

Au fur et à mesure de mes recherches et de mes réflexions, j'ai trouvé particulièrement intéressant de me plonger dans le vécu de femmes ayant recouru à cette intervention. Je me suis rapidement rendu compte que l'interruption de grossesse comportait un certain nombre de procédures et un cadre légal bien défini. Il m'importait de comprendre comment, concrètement, les femmes avaient vécu cette intervention. Cette immersion dans la réalité vécue par ces femmes apporte un complément à l'aspect théorique encadrant le sujet.

La question de recherche qui découle de ces réflexions est la suivante :

« Comment des femmes qui ont recouru à une interruption de grossesse ont-elles vécu ce processus ? »

1.3 Les hypothèses de recherche

Lors de mon questionnement de départ, trois hypothèses ont été formulées. Elles m'ont permis d'avoir un fil conducteur lors de mes entretiens.

- A. Il y a une importante marge de manœuvre entre le cadre légal qui régit l'interruption de grossesse en Suisse et la pratique.
- B. La patiente souhaite bénéficier d'un accompagnement suite à son interruption de grossesse.
- C. Un accompagnement est proposé à la suite d'une interruption de grossesse. Il permet à la femme d'accepter plus facilement son choix et de se déculpabiliser.

1.4 Les objectifs de la recherche

Les objectifs de ce travail de recherche sont, dans un premier temps, théoriques. Ils s'appuient sur l'élaboration des concepts relatifs à la thématique de l'interruption de grossesse :

- ✓ Définir l'interruption de grossesse.
- ✓ Effectuer un historique de l'interruption de grossesse en Suisse.
- ✓ Situer l'interruption de grossesse dans le cadre légal suisse.
- ✓ Définir les différentes méthodes utilisées pour une interruption de grossesse.
- ✓ Situer la thématique de l'interruption de grossesse dans l'actualité.
- ✓ Prendre connaissance des dernières statistiques suisses relatives à l'interruption de grossesse.

- ✓ Présenter quelques exemples de législations dans d'autres pays par rapport à l'interruption de grossesse.
- ✓ Définir les rôles des différents professionnels auxquels je m'intéresse.
- ✓ Définir le concept de l'accompagnement.

Puis, dans un deuxième temps, la partie dite « de terrain » aura pour objectif de :

- ✓ Réaliser des entretiens avec des femmes qui ont interrompu leur grossesse.
 - S'intéresser à leur perception de l'accompagnement qui leur a été proposé.
 - S'intéresser à leur vécu avant, pendant et après l'intervention.
 - S'intéresser au soutien qu'elles ont eu, ou non, pendant le processus.
 - S'intéresser au soutien qui leur a été le plus bénéfique durant le processus.
 - S'intéresser aux éventuels manques ressentis durant le processus.
- ✓ Effectuer une analyse transversale du vécu des femmes rencontrées.
 - Mettre en évidence les thématiques évoquées individuellement.
 - Mettre en évidence les similitudes entre les témoignages.

2 Cadre théorique

Ce chapitre contient différentes informations théoriques en lien avec la thématique de l'interruption de grossesse. Elles sont nécessaires pour une bonne compréhension de l'objet de recherche.

En ce qui concerne une précision de terminologie, dans l'ensemble de ce travail, il sera question d'« interruption de grossesse » (IG). En effet, après vérification auprès de Mme Denisart, assistante sociale en périnatalité au Centre de planning familial et de grossesse ProFa à Vevey et Lausanne, différentes appellations peuvent apparaître dans la littérature telles que : « avortement », « interruption volontaire de grossesse » (IVG) et « interruption de grossesse » (IG). Le terme « avortement » était utilisé lors de l'ancienne législation et décrivait un acte délictueux. Quant à l'appellation « interruption volontaire de grossesse », elle est avant tout utilisée en France. Par conséquent, le terme d'usage exact en Suisse est « interruption de grossesse ».

2.1 L'interruption de grossesse

L'interruption de grossesse est définie dans le dictionnaire suisse de politique sociale comme « *la fin prématurée de la grossesse par expulsion du fœtus avant que celui-ci ne soit viable* »³. L'expulsion du fœtus peut être spontanée : dans ce cas, il est question d'une fausse couche. Elle peut également être déclenchée. Pour rappel, ce travail traitera de l'interruption de grossesse provoquée dans les douze semaines suivant le début des dernières règles.

2.1.1 L'histoire de l'interruption de grossesse en Suisse

Afin d'avoir un aperçu de l'évolution de la thématique de l'interruption de grossesse en Suisse, voici une chronologie⁴ qui retrace les principaux événements qui ont jalonné le traitement de la question dans l'espace public :

En 1890, l'interruption de grossesse, appelée à cette époque avortement, était régie par des lois pénales cantonales. Toute femme qui interrompait sa grossesse ou toute personne qui participait à une telle intervention risquaient des peines de réclusion de deux mois à cinq ans. Les médecins et les femmes mariées étaient les plus sévèrement punis. A cette époque, le canton de Genève ne condamnait pas cette intervention pour autant qu'elle soit pratiquée dans le but d'éviter une péjoration de la situation.

Quelques années plus tard, en 1896, le premier projet du Code pénal suisse (CPS), qui a été approuvé par une assemblée d'experts, envisage de sanctionner toute interruption de grossesse. Une sanction doublement plus sévère est prévue pour tout·e·s professionnel·le·s pratiquant cet acte médical ou y participant. Peu de temps après, le corps médical revendique la légalisation de l'interruption de grossesse lorsqu'elle est pratiquée pour des raisons médicales.

³ Dictionnaire suisse de politique sociale, Adresse URL : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=87>, consultée le 3 octobre 2011

⁴ USPDA, *Enceinte sans l'avoir voulu : dossier didactique : avec informations supplémentaires et textes divers*, Zollikofen, USPDA, 1996, Adresse URL : <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/chronologie.htm> consultée le 12 octobre 2011

En 1908, des discussions ont lieu entre des juristes, des médecins et des femmes progressistes. Elles portent sur la solution dite « du délai » qui propose que l'interruption de grossesse ne soit pas punie dans les premiers mois de la grossesse. Parallèlement à ces débats, en 1912, l'association des avocats zurichois réclame que les interruptions de grossesse soient autorisées dans les deux premiers mois de la grossesse. La Société suisse de gynécologie conteste, quant à elle, l'idée selon laquelle un deuxième médecin doit être consulté.

En 1914, deux ans après la revendication de l'association des avocats zurichois, la Fédération suisse des ouvrières et le Parti socialiste suggèrent la solution du délai. Conjointement à cette proposition, une seconde assemblée d'experts conteste majoritairement la motion, du Président de la Cour d'appel zurichois, se ralliant à la solution du délai. Néanmoins, une précision relative à l'indication médicale est insérée. En effet, toute interruption de grossesse pratiquée par un médecin ne doit pas être condamnée. Pour qu'elle ne soit pas punissable, il doit s'agir soit d'une nécessité pour écarter un danger menaçant la vie ou la santé de la femme et ne pouvant pas être évité d'une autre façon, soit d'une grossesse résultant d'un acte criminel.

En 1918, le projet définitif du code pénal est soumis au Parlement. Entre 1921 et 1928, la commission du Conseil National l'analyse et en discute. Elle y insère une clause qui envisage l'intervention d'un second médecin désigné par l'autorité compétente et délivrant l'avis conforme lors des interruptions de grossesse. Durant cette période, le parti communiste propose, quant à lui, la libéralisation de l'interruption de grossesse. Cette suggestion les amène à lancer une pétition qui ne récoltera que 2000 signatures.

Entre 1929 et 1937, le Parlement débat sur le code pénal. La thématique de l'interruption de grossesse est une des plus controversée avec la peine de mort et les délits sexuels. En 1932, le canton de Vaud admet la motion médicale et malformative. L'interruption de grossesse ne serait pas non plus punissable si elle est effectuée en cas de maladie héréditaire ou de malformation du fœtus. Le nouveau droit pénal cantonal abandonne également l'idée de faire intervenir un deuxième médecin. Le Conseil des Etats ajoute, lui, une précision, qui figurera dans l'article 120 du Code pénal suisse de la législation de 1942. En effet, il propose que le second médecin doit être désigné par l'autorité compétente du canton dans lequel réside la femme enceinte.

Parallèlement, le débat, relatif à la nécessité d'aviser l'autorité compétente des interruptions de grossesse pratiquées, affronte et affrontera pendant de nombreuses années le Conseil National et le Conseil des Etats. Le corps médical ainsi que plusieurs associations féminines souhaitent vivement que cette notion soit abandonnée dans un souci de maintenir le secret médical.

En 1937, un accord est trouvé entre les Chambres. Cette entente leur permet de rédiger l'article 120 du CPS de la législation de 1942. Cet article exige l'avis conforme d'un deuxième médecin désigné par l'autorité du canton où la femme enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération a lieu. Par ailleurs, le devoir d'aviser l'autorité de toute interruption de grossesse ne figure finalement pas dans cet article. C'est finalement le 3 juillet 1938 que le nouveau code pénal est approuvé en votation populaire et qu'il entre en vigueur en 1942.

En 1949, le CPS est quelque peu révisé. Les catholiques-conservateurs proposent, une fois encore, que le médecin qui délivre l'avis conforme soit désigné. De plus, ils suggèrent, à

nouveau, la nécessité que toutes les interruptions de grossesse soient déclarées auprès des autorités. Leur proposition n'est pas acceptée.

Entre 1950 et 1951, de vives discussions ont lieu entre des juristes et des médecins. Elles traitent de l'article 120 du CPS qui pourrait amener à de mauvaises interprétations. Puis, entre 1956 et 1958, lors d'une deuxième révision du CPS, les discussions de la commission d'experts portent sur une éventuelle modification des articles 118 à 121 relatifs à l'interruption de grossesse. Cette rectification est repoussée à plus tard.

Le canton de Neuchâtel a, quant à lui, souhaité introduire une disposition relative au lieu de domicile dans le but de diminuer le tourisme médical lié à l'avortement. Cette disposition est révoquée par le Tribunal fédéral en 1975. Parallèlement à cela, toujours dans le canton de Neuchâtel, un scandale éclate en janvier 1971. Ce scandale porte sur l'accusation d'interruptions de grossesse illicites effectuées par trois médecins notoires. Deux mois après cette affaire, le Conseil fédéral propose que le code pénal soit entièrement révisé. Dès lors, il sollicite la commission d'experts pour se pencher, en premier lieu, sur les quatre articles de lois relatifs à l'interruption de grossesse.

En 1972, une pétition appelée « Oui à la vie » est présentée. Par ailleurs, une organisation du même nom est créée.

Au Conseil national, le radical Franz Eng suggère de faire apparaître dans le CPS les indications juridiques telles que le viol ou l'inceste ainsi que les indications médicales comme par exemple la malformation du fœtus. De plus, il propose que le CPS soit retravaillé dans le but de diminuer les interruptions de grossesse clandestines et de permettre une constance dans l'application de la loi dans toute la Suisse.

La Fondation de l'union suisse pour décriminaliser l'avortement (USPDA) voit le jour en 1973. En 1974, le Conseil fédéral conteste l'initiative populaire qui demande la dépénalisation de l'interruption de grossesse. En revanche, il suggère un aménagement avec l'introduction de l'indication sociale. En 1975, l'initiative populaire est massivement rejetée (par 141 voix contre 2) par le Conseil National. La suggestion de la solution du délai est, quant à elle, également rejetée mais nettement plus faiblement (90 voix contre 82, avec 12 absentions). Dans cette année, l'USPDA lance une initiative pour la solution du délai. Elle autoriserait les interruptions de grossesse effectuées dans les douze premières semaines de grossesse. L'année suivante, en 1976, l'initiative de l'USPDA aboutit alors que la première initiative se voit retirée. C'est en 1977 que l'initiative pour la solution du délai est votée. Elle n'est pas rejetée de beaucoup (51,7% contre 48,3% des voix). Par contre, l'initiative est rejetée nettement plus lourdement. En effet, 17 cantons et demi-cantons s'y sont vivement opposés. Seuls les cantons de Berne, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Genève, Neuchâtel, Schaffhouse, Vaud et Zurich l'ont approuvée.

En 1978, le peuple rejette majoritairement (69%) la loi fédérale. Parallèlement à ce net rejet, entre 1978 et 1979, la proposition d'une solution fédéraliste est faite par le biais de quatre initiatives parlementaires et de quatre initiatives cantonales (Genève, Neuchâtel, Vaud et Bâle-Ville). Elle offrirait la possibilité pour les cantons de mettre en œuvre la solution du délai sur le plan cantonal.

L'initiative « Droit à la vie » finit par aboutir en 1980. Elle réclame le droit à la vie « *dès la conception et jusqu'à la mort naturelle* »⁵. En 1981, le Conseil National se prononce pour la solution fédéraliste. Elle est, en revanche, rejetée par le Conseil des Etats. Parallèlement à cela, le Parlement vote une loi qui exige des cantons qu'ils mettent en place des centres de consultation en matière de grossesse. Il insère également un article dans la loi sur l'assurance-maladie qui indique que les frais relatifs aux interruptions de grossesse légales doivent être pris en charge.

Le Tribunal fédéral des assurances détermine, en 1982, que les caisses-maladie doivent prendre en charge les interruptions de grossesse selon l'art. 120 du CPS. Durant la même année, l'initiative « Droit à la vie » est rejetée par le Conseil fédéral. Puis, l'initiative « Droit à la vie » ainsi que son contre-projet sont rejetés par le Conseil National et le Conseil des Etats. Cette initiative est également rejetée par 69% de non de la part du peuple. Les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, du Jura, de Nidwald, d'Obwald, de Schwyz, d'Uri et du Valais y ont par ailleurs adhéré.

Au début des années nonante, les débats sur la mise en circulation de la pilule abortive appelée, à cette époque RU 486, sont controversés. En 1992, des regroupements conséquents de femmes suisses sont fondés et ont permis la création d'un groupe de travail appelé « Interruption de grossesse ».

En 1993, Barbara Haering, conseillère nationale, fait parler d'elle. En effet, elle dépose une initiative parlementaire réclamant la modification du CPS. Cette rectification devait se rallier à la solution du délai. L'initiative que propose Madame Haering bénéficie d'un soutien conséquent de la part du groupe de travail « Interruption de grossesse », de plusieurs associations féminines ainsi que de médecins et des professeurs de droit. Cette forte mobilisation amène le Conseil national, en 1995, à entrer en matière. La construction d'un projet de loi est attribuée à la commission des affaires juridiques. C'est en octobre de l'année suivante, en 1996, qu'un projet relatif à une modification du CPS est accepté. Ce remaniement est dirigé vers le régime du délai.

En 1997, le régime du délai est fortement soutenu. Il a été constaté une importante modification de perception et de mentalités par rapport aux années précédentes. Le Parti démocrate-chrétien (PDC) défend également le régime du délai mais le nuance en réclamant qu'un entretien soit imposé en supplément de la consultation médicale. En juin 1998, les milieux anti-avortement s'opposent à toute sorte de décriminalisation des interruptions de grossesse. Ils poursuivent leur combat en lançant une initiative populaire appelée « Pour la mère et l'enfant » qui porte sur la prohibition de cet acte médical. Dans la même année, le Conseil fédéral admet qu'une révision du CPS doit avoir lieu et rejoint la position du PDC. Le Conseil national, quant à lui, accepte le régime du délai. En revanche, l'idée du PDC, relative à l'introduction d'un entretien, est écartée.

En 1999, l'initiative « Pour la mère et l'enfant » finit, avec peine, par récolter le nombre de signatures nécessaires pour qu'elle puisse être déposée. La même année est marquée par l'autorisation de l'utilisation de la Mifégyne ® (anciennement appelée RU 486) en Suisse.

En 2000, le régime du délai est approuvé par le Conseil des Etats en considérant quelques remaniements par rapport à l'arrêté du Conseil national. Ces modifications portent sur le délai

⁵ CONFEDERATION SUISSE., Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis137t.html>, consultée le 10 février 2012

des douze semaines et sur l'évocation de la part de la femme enceinte d'une situation de détresse. Elles sont également relatives à l'obligation pour le médecin de conseiller sa patiente ainsi que de l'informer d'une éventuelle visite auprès d'un centre de consultation. Pour terminer, elles portent sur le devoir des cantons. Il est de leur ressort de choisir quelles sont les cliniques qui sont habilitées à pratiquer les interruptions de grossesse. Dans la même année, le Conseil fédéral rejette l'initiative populaire « Pour la mère et l'enfant ». Le Conseil des Etats fera de même en juin 2001 et le Conseil national la rejettera également en décembre 2001.

C'est en mars 2001 que le régime du délai finit par être approuvé par le Conseil national et le Conseil des Etats. En août 2001, le Conseil fédéral prend position. Il défend le régime du délai dans sa forme qui a été approuvée par le Parlement.

Le 2 juin 2002 est une date qui marque un nouveau tournant dans la législation relative aux interruptions de grossesse. En effet, le régime du délai est accepté par la population suisse. En revanche, l'initiative « Pour la mère et l'enfant » est massivement rejetée. L'entrée en vigueur du régime du délai a lieu en octobre de la même année. A la suite de l'introduction du régime du délai, l'USDA se dissout en 2003.

Dernièrement, en 2010, une initiative populaire relative au financement de l'interruption de grossesse a été lancée. En effet, l'association « Pour la mère et l'enfant », rebaptisée l'association « Mamma » en 2006, lance l'initiative « Financer l'avortement est une affaire privée ». Elle a été déposée le 4 juillet 2011.

2.1.2 Le cadre légal suisse au sujet de l'interruption de grossesse

En Suisse, ce sont les articles 118 à 120 du Code pénal suisse qui régissent l'interruption de grossesse. Ils ont été modifiés suite à l'introduction du régime du délai qui a été approuvé par le peuple le 2 juin 2002 et qui est entré en vigueur le 1^{er} octobre de la même année.

Afin de pouvoir se rendre compte des changements en matière de législation sur l'interruption de grossesse, voici un aperçu de l'ancienne législation de 1942, qui n'est plus valable depuis l'entrée en vigueur du régime du délai le 1^{er} octobre 2002, ainsi que de la nouvelle législation.

<u>Nouvelle législation (2002)</u>	<u>Ancienne législation (1942)</u>
<p>Art. 118</p> <p>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 d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire</p> <p>2 Celui qui interrompt la grossesse d'une femme sans son consentement sera puni d'une peine privative de liberté de un à dix ans.</p> <p>3 La femme qui interrompt sa grossesse, la fait interrompre ou participe à l'interruption d'une quelconque façon après la douzième semaine suivant le début des dernières règles, sans que les conditions fixées à l'art. 119, al. 1, soient remplies, sera punie d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.</p> <p>4 Les actions pénales visées aux al. 1 et 3 se prescrivent par trois ans</p>	<p>Art. 118</p> <p>La personne enceinte qui, par son propre fait ou par celui d'un tiers, se sera fait avorter sera punie de l'emprisonnement. L'action pénale se prescrit par deux ans.</p>
<p>Art. 119</p> <p>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</p>	<p>Art. 119</p> <p>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</p>

femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée. l'emprisonnement. L'action pénale se prescrit par deux ans.

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.

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 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

Art. 120

1 Il n'y a pas avortement au sens du présent code lorsque la grossesse aura été interrompue par un médecin diplômé, avec le **consentement écrit** de la personne enceinte et sur **avis conforme** d'un **second médecin** diplômé, en vue **d'écarter** un **danger** impossible à détourner autrement et **menaçant** la vie de la **mère** ou menaçant sérieusement sa **santé** d'une atteinte grave et permanente. L'avis conforme exigé à l'alinéa premier doit être donné par un médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de la personne enceinte et autorisé d'une façon générale ou dans chaque cas particulier par l'autorité compétente du canton où la

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.

personne enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération aura lieu. Si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal devra être requis.

2 Les dispositions de l'article 34, chiffre 2, demeurent réservées pour autant que la grossesse est interrompue par un médecin diplômé et qu'il s'agit d'écarter un **danger imminent**, impossible à détourner autrement et menaçant la **vie de la mère** ou menaçant sérieusement sa **santé** d'une atteinte grave et permanente. Dans ce cas, le médecin traitant doit, dans les vingt-quatre heures après l'opération, aviser l'autorité compétente du canton dans lequel l'opération a eu lieu.

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'article 32 ne sont pas applicables.

Art. 121

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

Dans ce tableau comparatif, nous pouvons constater, en premier lieu, que le terme « avortement » utilisé dans l'ancienne législation a été remplacé par celui d' « interruption de grossesse » dans la nouvelle législation. L'avortement était décrit comme un délit car il représentait le fait d'interrompre une grossesse sans autorisation. Dans l'ancienne législation, l'interruption d'une grossesse ne représentait pas un délit lorsque cette dernière était effectuée par un médecin diplômé ayant obtenu l'avis conforme d'un second médecin diplômé lui aussi ainsi que le consentement écrit de la femme dans le but d'écarter un danger menaçant la vie de la mère et impossible à écarter autrement.

L'article 118 du CPS de l'ancienne législation est bref mais clair : l'avortement est interdit et est puni par la loi.

L'article 118 du CPS de la nouvelle législation est plus détaillé : l'interruption de grossesse est autorisée pour autant que les conditions fixées à l'art. 119 soient respectées. Si tel n'est pas le cas, l'auteur peut être puni. De plus, il précise que l'interruption de grossesse peut être effectuée au-delà de la douzième semaine suivant le début des dernières règles, pour autant que les conditions fixées à l'art. 119 al. 1 soient respectées. Pour cela, il faut donc qu'un avis médical ait attesté qu'elle est nécessaire pour éviter une atteinte sévère à l'intégrité physique ou un état de détresse profonde de la femme. L'article 118 du CPS stipule également que toute interruption de grossesse sans le consentement de la femme est punie par la loi.

L'article 119 du CPS de l'ancienne législation précise, une fois encore, que toute personne qui aura prêté assistance à une personne en vue d'un avortement ou qui l'aura fait avorter sans son consentement, sera punie par la loi.

L'article 119 du CPS de la nouvelle législation permet de préciser celui qui le précède. En effet, il spécifie les conditions pour que l'interruption de grossesse ne soit pas condamnable. Il indique que cette intervention n'est pas répréhensible pour autant qu'un avis médical ait attesté qu'elle soit nécessaire pour éviter une atteinte sévère à l'intégrité physique ou un état de détresse. Puis, il indique que l'interruption de grossesse n'est pas non plus punissable si elle est effectuée dans les douze semaines suivant le début des dernières règles. Dans ce cas de figure, pour qu'elle ne soit pas poursuivie, elle doit faire l'objet d'une demande écrite de la femme enceinte invoquant une situation de détresse. De plus, les dimensions telles que l'entretien entre le médecin et la patiente, le consentement du représentant légal en cas d'incapacité de discernement ainsi que les statistiques, font leur apparition dans cet article.

L'article 120 du CPS de l'ancienne législation stipule que l'avortement n'est pas puni lorsqu'il s'agit d'écarter un danger impossible à détourner différemment et représentant une menace considérable pour la vie ou la santé de la mère. Dans ce cas-là, un second médecin diplômé doit confirmer la menace et la femme enceinte doit apporter son consentement écrit.

L'article 120 du CPS de la nouvelle législation précise que pour que le médecin qui pratique une interruption de grossesse, dans les douze semaines suivant le début des dernières règles, ne soit pas puni, il doit remplir des conditions. Il doit exiger une requête écrite de la femme avant l'intervention, s'entretenir afin de la conseiller et de l'informer ainsi que d'aviser l'autorité de santé publique compétente de l'interruption de grossesse pratiquée. De plus, si la patiente est âgée de moins de 16 ans, il a le devoir de s'assurer qu'elle se soit adressée à un centre de consultation spécialisé pour les mineurs.

L'article 121 du CPS de l'ancienne législation a, quant à lui, été abrogé dans la nouvelle législation.

Grâce à ce tableau, nous pouvons remarquer l'évolution législative concernant l'interruption de grossesse. En effet, l'ancienne législation était très restrictive et n'autorisait cette

intervention qu'en cas de danger indétournable pour la vie ou la santé de la femme. Dans tous les autres cas, elle était interdite et punie par la loi.

La nouvelle législation autorise, quant à elle, l'interruption de grossesse mais à certaines conditions. Elles sont clairement notifiées dans ces articles de loi.

Il apparaît que l'introduction du régime du délai en 2002 et, par conséquent, de cette nouvelle législation, a permis à un certain nombre de femmes de se déculpabiliser d'avoir pris la décision d'interrompre leur grossesse, sans pour autant banaliser l'acte qui n'est pas sans conséquence. De plus, il semble qu'un changement de priorité s'est opéré entre l'ancienne et la nouvelle législation. En effet, dans l'ancienne législation, le droit à la vie du fœtus était le facteur prédominant tous les autres, alors que dans la nouvelle législation, il apparaît que la situation personnelle et médicale de la femme a davantage de poids.

Par ailleurs, il semble que l'introduction du régime du délai a favorisé la diminution des interruptions de grossesse clandestines ou du tourisme en matière d'interruption de grossesse et donc de limiter les risques pour la santé de la femme. Aux yeux de la loi, les femmes ont acquis le droit de disposer de leur corps. En réalité, la situation reste néanmoins encore fragile.

2.1.3 Les procédures

Ce chapitre permet de prendre connaissance des différentes procédures liées à une demande d'interruption de grossesse en Suisse et plus particulièrement dans le canton de Vaud.

Comme le souligne le site du guide social romand⁶ ainsi que le document du Département de la santé et de l'action sociale de l'Etat de Vaud concernant les directives relatives à l'interruption de grossesse⁷, la femme enceinte qui veut recourir à une interruption de grossesse doit, en premier lieu, s'adresser à son·sa gynécologue ou à la consultation de policlinique gynécologique. Cette consultation permettra à la femme de vérifier l'existence de la grossesse, de connaître son âge et de formuler sa demande.

Un questionnaire⁸ confidentiel et anonyme est rempli par le médecin. Ce document dûment rempli doit être envoyé à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) à Lausanne à des fins statistiques. Lors de la consultation, le médecin doit informer précisément la patiente, la conseiller et l'orienter. En cas d'interruption de grossesse par Mifégyne®⁹, la patiente doit remplir puis signer une déclaration de consentement¹⁰ stipulant qu'elle a pris connaissance du protocole d'information pour les interruptions de grossesse par Mifégyne®. Ladite déclaration ainsi que la demande¹¹ d'interruption de grossesse restent dans le dossier médical de la patiente. Le médecin devra informer la patiente sur l'intervention et les risques médicaux qui y sont liés, lui remettre un dossier d'information contenant la liste officielle des centres de consultations en matière de grossesse proposant gratuitement une aide matérielle et psychologique, une liste d'associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale

⁶ Guide social romand, Adresse URL : http://www.guidesocial.ch/fr/fiche/489/#som_117076 consultée le 26 octobre 2011

⁷ Annexe 1

⁸ Annexe 2

⁹ La Mifégyne® désigne la pilule abortive. Adresse URL : <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/mifegyne.htm> consultée le 26 octobre 2011

¹⁰ Annexe 3

¹¹ Annexe 4

ou matérielle et des informations sur la possibilité de faire adopter l'enfant (dossier préparé par le Département de la santé et de l'action sociale, service de la santé publique).

Dans le canton de Vaud, les centres de planning familial et de grossesse ProFa ainsi que la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) ont été reconnus en tant que centres de consultation en matière de grossesse. Dans le cadre de leur mandat, ces centres offrent aux femmes enceintes et aux couples des informations juridiques et sociales ainsi qu'un soutien. Des professionnel·le·s spécialisé·e·s peuvent recevoir, dans le cadre d'un ou de plusieurs entretiens de clarifications, les personnes confrontées à une grossesse imprévue. Que la femme (ou le couple) soit déterminé·e à interrompre la grossesse, ou incertain·e, elle·il trouvera là un lieu pour réfléchir, être soutenu·e, pour prévenir d'autres grossesses non désirées par le choix d'une méthode de contraception adaptée, et pour recevoir un soutien psychologique si nécessaire.

Dans le cas où la patiente est âgée de moins de 16 ans, elle est dans l'obligation de consulter un centre spécialisé tel que l'unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) à Lausanne ou un centre de planning et de grossesse de la fondation ProFa pour ce qui est du canton de Vaud.

Pour finir, il est important de rappeler que le médecin qui pratique une interruption de grossesse doit être porteur d'un titre de spécialiste en gynécologie-obstétrique et être autorisé à exercer dans le canton de Vaud.

2.1.4 Les rôles et missions des professionnel·le·s

2.1.4.1 Le·La gynécologue

Le rôle du·de la gynécologue est, dans un premier temps, d'accueillir la patiente ou le couple qui vient en consultation. Il·Elle doit vérifier l'existence de la grossesse et déterminer l'âge gestationnel. Une fois que la grossesse est confirmée, il·elle doit s'entretenir avec la patiente afin de connaître les raisons de sa décision.

Afin d'obtenir les différentes informations nécessaires avant l'interruption de grossesse, il·elle doit effectuer une brève anamnèse¹² de la patiente. Ce document est confidentiel et reste dans le dossier médical de cette dernière.

Parallèlement à ce document, il·elle a pour mission d'informer sa patiente sur les deux méthodes existantes, qui sont la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale, ainsi que sur les éventuels risques de chacune. Il·Elle représente une source de renseignements et d'informations. Au terme de cette première consultation, il·elle doit remettre un dossier à la patiente. Ce dernier contient différentes informations, adresses ou aides relatives à l'interruption de grossesse.

Au cas où la patiente est mineure et âgée de moins de 16 ans, le·la gynécologue a l'obligation de s'assurer qu'elle se soit adressée auprès d'un centre de consultation spécialisé pour mineurs tel qu'un centre de consultation de grossesse et de planning familial de la fondation ProFa ou l'UMSA.

Par ailleurs, le·la professionnel·le doit également être en mesure d'évaluer les besoins de sa patiente afin de l'orienter ou de la mettre en contact avec un autre service si nécessaire.

¹² Déf. : Ensemble des renseignements fournis au médecin par le malade ou par son entourage sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédée. Adresse URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anamn%C3%A8se/3248>, consultée le 31 janvier 2012

Pour mener à bien la consultation, des qualités d'empathie, d'écoute et de disponibilité sont requises. Son langage doit être adapté à son interlocutrice selon son âge, ses connaissances, ses craintes, etc.

Dans le cas où le médecin n'est pas détenteur du titre de spécialiste en gynécologie-obstétrique, il-elle doit orienter sa patiente vers un de ses confrères qui possède cette qualification.

Lors d'une interruption de grossesse médicamenteuse, le·la gynécologue doit faire remplir et signer à la patiente une déclaration de consentement. Ladite déclaration est accompagnée d'un protocole d'information pour les interruptions de grossesse par Mifégyne®. Pour accompagner ces procédures administratives, le·la gynécologue doit également remplir un document anonyme et l'envoyer à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) à Lausanne à des fins statistiques.

Une fois que l'interruption de grossesse a été effectuée, le·la professionnel·le doit fixer un rendez-vous après l'intervention afin de s'assurer que tout s'est bien déroulé et que la grossesse n'est plus présente. Pour finir, il-elle doit informer la patiente sur les différents types de contraception et lui prescrire le moyen le plus adapté.

2.1.4.2 Le·La conseiller·ère en SSR au sein d'un planning familial

Dans le cadre d'une consultation pour une demande d'interruption de grossesse, le·la conseiller·ère en SSR au sein du planning familial doit, dans un premier temps, accueillir la patiente ou le couple. Cet accueil est le premier contact entre les deux parties et ne doit pas être négligé. Il importe pour le·la professionnel·le de prendre le temps nécessaire pour cette première phase afin de créer un climat de confiance avec la femme ou le couple qui vient consulter. Comme le précise le guide pratique d'entretiens de planning familial : « *La CPF¹³ tient compte du géniteur, absent ou présent pendant l'entretien, tout en restant claire que le choix de l'IG appartient à la femme. Si nécessaire, elle propose un entretien individuel à l'homme pour lui permettre d'exprimer son désaccord, sa colère, ou son sentiment d'impuissance devant le choix de sa compagne* »¹⁴.

Lors de ce premier entretien, le·la conseiller·ère a pour mission de transmettre que le planning familial est un lieu confidentiel et impartial. Ces deux éléments sont capitaux et vont permettre aux personnes venues consulter de se sentir davantage à l'aise lors de l'entretien et de faciliter l'échange et la discussion. Il·Elle est là pour aider et soutenir la personne qui vient en consultation. Il·Elle peut offrir un accompagnement individualisé durant les différentes démarches que requiert le processus.

Dans un premier temps, il-elle doit s'assurer qu'il n'y a pas d'ambivalence quant à la décision prise. La discussion doit lui permettre de prendre connaissance du contexte dans lequel vit la patiente mais également de vérifier que la femme ne vit pas de pressions qui pourraient influencer sa décision. Le·La professionnel·le doit être capable d'informer ainsi que d'orienter la patiente. En effet, lors de l'entretien, il peut arriver que le·la conseiller·ère prenne connaissance d'autres problématiques touchant la femme. Il·Elle pourra alors lui transmettre des informations sur d'autres services pouvant palier ces différents aspects.

¹³ CPF : conseiller·ère en planning familial

¹⁴ ASSOCIATION SUISSE DES CONSEILLERES ET CONSEILLERS EN PLANNING FAMILIAL, MEAN, F., WYSS, E., *Guide pratique d'entretiens de planning familial*, Editions PLANeS, 2006, p. 66

En plus d'une fonction informative, le·la conseiller·ère en SSR au sein du planning familial doit pouvoir répondre aux diverses questions de la patiente ou du couple. Ces dernières peuvent être très variées et recouvrir des problématiques psychologiques, sociales, juridiques, matérielles et financières.

Comme pour le·la gynécologue, il·elle doit avoir connaissance du réseau mais il·elle doit également avoir la capacité à adopter une attitude empathique, bienveillante et non-jugeante. Son approche est centrée sur la personne mais elle doit tenir compte du contexte culturel et familial dans lequel se trouve la patiente. Il·Elle a pour mission de permettre à la patiente de faire son choix en toute connaissance de cause. En effet, les multiples aspects concernant l'interruption de grossesse, la poursuite de la grossesse ou la mise en adoption de l'enfant sont évoqués lors de l'entretien afin que la patiente soit informée des différentes aides et solutions qui existent. Le·La conseiller·ère en SSR au sein d'un planning familial a également pour mission de mieux comprendre l'arrivée de cette grossesse. Cet échange lui permettra d'aborder la question de la contraception. Il est proposé à la femme ou au couple de se revoir après l'interruption de grossesse afin d'avoir un feedback sur l'intervention vécue.

Dans le cas d'une demande d'interruption de grossesse d'une mineure âgée de moins de 16 ans, le·la conseiller·ère en SSR représente une personne importante dans le processus. Il·Elle est là pour évaluer la situation, pour fournir les informations nécessaires à la mineure, pour répondre à ses questions et pour l'aider dans les démarches. En effet, depuis la modification des articles de lois régissant l'interruption de grossesse, les centres de planning familial et de grossesse et l'UMSA sont mandatés par le Service de la Santé publique vaudoise pour offrir un accompagnement aux mineures âgées de moins de 16 ans et souhaitant recourir à une interruption de grossesse. Lors d'une demande d'interruption de grossesse d'une mineure, le·la conseiller·ère en SSR va également s'assurer de l'âge du partenaire et mettre en route les démarches légales ou des mesures de protection en cas d'abus. De plus, le·la professionnel·le signe et fait signer à la mineure une attestation d'entretien à l'attention du médecin qui pratiquera l'intervention. Il est important de relever qu'en Suisse, le consentement des parents pour recourir à une interruption de grossesse n'est pas obligatoire, pour autant qu'elle ait la capacité de discernement.

A la suite de cette première consultation et en accord avec la patiente, le·la conseiller·ère en SSR fait parvenir au médecin, qui va pratiquer l'intervention, les données importantes permettant de mieux comprendre la situation.

Le·La conseiller·ère en SSR peut proposer un entretien incluant une personne significative pour la femme ainsi qu'un entretien après l'intervention afin qu'elle puisse parler de ce qu'elle a vécu. Cet entretien peut amener le·la professionnel·le à poursuivre son accompagnement.

Il ne faut pas oublier que dans le canton de Vaud, les plannings familiaux sont des centres qui fournissent des informations, qui travaillent en collaboration avec des hôpitaux ou des médecins privés et qui offrent également la possibilité de bénéficier d'une consultation gynécologique assurée par un médecin.

La formation de conseiller·ère en SSR s'obtient par des cours postgrades délivrés par les universités de Genève et Lausanne. Afin de pouvoir accéder à cette formation, les postulants doivent être au bénéfice d'un titre universitaire ou HES ou jugé équivalent. Ils doivent avoir trois ans d'expérience professionnelle dans le domaine de l'intervention sociale,

psychologique, éducative ou de la santé. De plus, l'admission au titre de conseiller·ère en SSR se fait sur dossier. La formation allie cours théoriques et stages pratiques.

L'assistant·e social·e en périnatalité doit, quant à lui·elle, être au bénéfice de la formation de base délivrée par la HES-SO. Pour pouvoir se présenter à un tel poste, la personne n'a pas besoin d'avoir de titre supplémentaire mais doit, tout de même, montrer un intérêt particulier pour les différentes problématiques traitées au sein d'un service social tel qu'un planning familial.

2.1.5 Les différentes méthodes de l'interruption de grossesse

L'interruption de grossesse s'effectue grâce à différentes méthodes, qui sont en lien avec le stade de la grossesse. Concrètement, lors d'une interruption de grossesse, le principe est de vider artificiellement l'utérus de son contenu.

Il existe deux méthodes pour interrompre une grossesse. Elles sont appelées « médicamenteuse » et « chirurgicale ».

2.1.5.1 La méthode médicamenteuse¹⁵ :

Cette méthode peut être utilisée jusqu'à la 7^e semaine, calculée à partir du premier jour des dernières règles. Elle est appelée la méthode médicamenteuse car elle s'effectue à l'aide de deux médicaments : la Mifégyne® dont le principe actif est la Mifépristone (autorisée en Suisse depuis 1999), autrefois appelée RU 486, et une prostaglandine (Misoprostol).

La Mifégyne® suspend l'effet d'une hormone appelée progestérone et stoppe le développement de la grossesse. Puis, la prostaglandine va permettre à l'utérus de se contracter et d'expulser l'embryon. Il ne faut pas confondre Mifégyne® et pilule du lendemain qui, elle, peut être prise dans les 72 heures qui suivent un rapport sexuel afin de prévenir une éventuelle grossesse.

La femme enceinte interrompant sa grossesse par la méthode médicamenteuse doit, dans un premier temps, avaler un comprimé de Mifégyne®. Après cette première prise, quarante-huit heures doivent s'écouler pour qu'elle puisse prendre deux comprimés (voire quatre) de prostaglandine. L'expulsion de l'embryon se fait dans ce laps de temps ou après la prise de prostaglandine. Enfin, la patiente consultera deux semaines après la prise de prostaglandine afin d'effectuer un contrôle et s'assurer que tout soit en ordre.

Les effets secondaires de la méthode médicamenteuse :

La femme peut ressentir des douleurs un peu plus fortes que celles ressenties lors des règles. En règle générale, elles ne durent pas longtemps. Dans certains cas, il se peut que les douleurs persistent. Le médecin prescrira alors un analgésique afin de les atténuer. De plus, des saignements relativement importants se manifestent durant les jours qui suivent l'intervention. La prise de prostaglandine peut également provoquer chez la patiente, des nausées ainsi qu'une diarrhée.

¹⁵ Dépliant à l'intention des femmes concernées par l'interruption de grossesse, *Information sur l'interruption de grossesse*, Zürich, 1999, Adresse URL : http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/ru_compar.htm consultée le 25 octobre 2011

Les risques et complications de la méthode médicamenteuse :

Lors d'une intervention par méthode médicamenteuse, il peut arriver que la patiente saigne abondamment ou que l'embryon n'ait pas été expulsé totalement. Si la méthode médicamenteuse a échoué et que, par conséquent, la grossesse se poursuit, l'aspiration est nécessaire afin d'éliminer tous tissus restés dans l'utérus. Le principe de l'aspiration sera expliqué dans le chapitre consacré à la méthode chirurgicale.

2.1.5.2 La méthode chirurgicale¹⁶ :

La méthode chirurgicale est utilisée jusqu'à la 12^e semaine, calculée à partir du premier jour des dernières règles. Cette méthode requiert une anesthésie générale car la dilatation du col de l'utérus est douloureuse. L'intervention se pratique à l'hôpital.

Le jour précédent l'interruption de grossesse effectuée par le biais de la méthode chirurgicale, le médecin peut prescrire à la patiente la prostaglandine, sous forme de comprimé ou de gel à introduire dans le vagin, afin d'assouplir le col de l'utérus et par conséquent faciliter l'intervention. Suite à l'anesthésie, le médecin dilate le col de l'utérus jusqu'à environ 6 à 12 millimètres. Il effectue cette action à l'aide de tiges en métal. Puis, il insère une canule dans l'utérus, qui est reliée à un appareil aspirateur, afin d'aspirer le contenu de la cavité utérine. En règle générale, la femme rentre à la maison soit quelques heures après l'intervention soit le lendemain. Enfin, elle consultera auprès de son médecin deux semaines après l'intervention afin de s'assurer que tout soit en ordre. A ce stade de la grossesse, l'embryon mesure entre 5 millimètres et 2 centimètres. Il ne dispose pas encore de parties osseuses. Par conséquent, il ne ressent rien.

Les effets secondaires de la méthode chirurgicale :

Suite à l'intervention par la méthode chirurgicale, la femme peut ressentir des douleurs qui pourront être atténuées par un analgésique administré par son médecin. L'interruption de grossesse provoque des saignements qui peuvent durer environ une semaine. Des nausées, suite à l'anesthésie générale peuvent être ressenties.

Les risques et complications de la méthode chirurgicale :

Les risques et les complications de la méthode chirurgicale peuvent se traduire par des infections, des saignements, des blessures au niveau du col utérin ou au niveau de la paroi utérine. Il peut parfois arriver qu'une deuxième aspiration soit requise dans le cas où la première ait été défailante.

¹⁶ Ibid.

2.1.5.3 Comparaison entre la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale :

Après avoir eu un aperçu des deux différentes méthodes relatives à l'interruption de grossesse, ce tableau récapitulatif¹⁷ permet d'avoir une vue d'ensemble comparative.

La méthode médicamenteuse convient aux femmes qui prennent une décision rapide et claire. Pour les femmes qui se décident plus tardivement ou qui ont besoin de plus de temps pour réfléchir, la méthode chirurgicale entre en ligne de compte. Comme relevé dans un chapitre dans l'analyse des données, il peut arriver que la femme demande une interruption de grossesse chirurgicale malgré le fait qu'elle puisse bénéficier d'une intervention médicamenteuse.

Méthode médicamenteuse	Méthode chirurgicale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans plus de 95% des cas, aucune intervention chirurgicale n'est nécessaire. Pas d'anesthésie. ▪ Le processus dure 3 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention chirurgicale, avec anesthésie générale éventuelle. ▪ Le moment de l'intervention est clairement fixé dans le temps. L'opération dure peu de temps.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'interruption peut avoir lieu très tôt, ce qui apporte souvent un soulagement au niveau psychique. ▪ L'interruption est vécue consciemment. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En règle générale, l'intervention ne se fait pas avant la 7^e semaine.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beaucoup de femmes trouvent cette méthode plus naturelle. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilité de disposer de plus de temps pour prendre une décision. ▪ L'interruption n'est pas vécue consciemment si elle est réalisée sous anesthésie générale.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de responsabilité personnelle plus importante. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saignements de courte durée et généralement peu abondants après l'opération.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saignements plus longs. ▪ Douleurs abdominales qui peuvent durer plus ou moins longtemps après l'expulsion. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des douleurs plus durables sont rares.

2.1.6 La dimension psychologique de l'interruption de grossesse

La femme qui a interrompu sa grossesse peut ressentir, à la fois, le soulagement d'avoir mis fin à cette grossesse qu'elle ne pouvait pas mener à terme, et, à la fois, un sentiment de tristesse ou de culpabilité par exemple. En revanche, les difficultés psychiques suite à une interruption de grossesse sont des cas rares¹⁸.

¹⁷ Dépliant à l'intention des femmes concernées par l'interruption de grossesse, *Information sur l'interruption de grossesse*, Zürich, 1999, Adresse URL : http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/ru_compar.htm consultée le 25 octobre 2011

¹⁸ UNION SUISSE POUR DECRIMINALISER L'AVORTEMENT, Adresse URL : <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/psychique.htm>, consultée le 25 octobre 2011

A noter que les femmes rencontrant des problèmes psychiques importants ne sont qu'une minorité. Une grande partie de ce panel présente généralement des antécédents psychologiques antérieurs à l'interruption de grossesse¹⁹.

Comme le relève le site de l'USPDA²⁰, entre 2008 et 2009, plusieurs recherches ont été menées dans le but d'étudier le bien-être psychique des femmes ayant interrompu une grossesse. Ces dernières ont été analysées par des équipes d'experts qui ont conclu que : « *les études les plus valables qualitativement réfutent la thèse selon laquelle l'avortement provoque des souffrances psychologiques. Au contraire, les femmes qui ont avorté ne se distinguent pas quant à leur bien-être psychologique des femmes qui ont mené à terme une grossesse non planifiée* ».

Toujours selon le même site, nous apprenons que la proportion de femmes rencontrant des difficultés psychologiques suite à leur interruption de grossesse ne dépasse pas celle des femmes qui ont poursuivi leur grossesse non planifiée. Il est également précisé que la naissance d'un enfant, qu'elle soit désirée ou non, peut aussi occasionner des difficultés psychologiques chez la femme comme par exemple le « Baby Blues »²¹.

Selon KELLERHALS²² (1975), les séquelles psychologiques dépendent de plusieurs facteurs :

1. *La technique opératoire utilisée et le mode d'anesthésie laissent un souvenir plus ou moins traumatisant (l'usage des prostaglandines qui provoquent des contractions utérines et simulent l'accouchement doivent avoir plus d'effets psychiques néfastes et culpabilisants que l'usage de l'aspiration sous anesthésie générale).*
2. *La procédure à suivre pour obtenir l'avis conforme diffère d'une région à l'autre et les lenteurs administratives peuvent être source d'un grand désarroi. D'autre part, l'attitude de l'expert, très souvent de sexe masculin, amené à décider du bien-fondé ou non de la demande peut être compréhensive ou moralisatrice et culpabilisante.*
3. *Le degré d'acceptabilité de la femme va être fonction de l'ambivalence qu'elle ressent face à une grossesse non désirée, des attitudes se dégageant du personnel médical et paramédical qui la prend en charge, et du degré de réprobation manifesté par son entourage.*
4. *Enfin, l'attitude que la femme enceinte adopte par rapport au fœtus invisible influence le degré de culpabilité qu'elle ressent. En effet, si elle considère le fœtus en tant que sujet potentiellement autonome (perspective fondamentaliste), son sentiment de culpabilité en est renforcé. Elle a peut-être l'impression d'user d'un pouvoir personnel sur un être humain sans défense. Par contre, si elle adhère à une perspective relationnelle, l'embryon reste un objet dépendant d'elle, n'acquérant un sens que lorsqu'il se manifeste à elle (en bougeant par exemple). Dans ce cas, elle est moins encline à se culpabiliser.*

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ Le baby blues est une dépression du post partum (survenant après l'accouchement), Adresse URL : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/baby-blues-681.html>, consultée le 10 février 2012

²² Cité in DONDÉNAZ, M. (1987, p. 85)

Pour GLOOR²³ (1979), « toute interruption de grossesse s'accompagne d'une réaction dépressive normale qui ne devient pathologique que si elle persiste ou est profonde. Car l'interruption de grossesse représente malgré tout la perte d'un objet qu'on a imaginé et sur lequel les fantasmes de la femme se sont portés. D'ailleurs, toute grossesse provoque un travail dans l'inconscient féminin puisqu'elle apporte à la femme enceinte un sentiment de puissance et qu'elle renforce son identité sexuelle. La maternité est un apport narcissique pour la femme qui déclenche, parallèlement et normalement, des sentiments d'ambivalence, accentués lorsque la grossesse est non désirée ».

2.1.7 La dimension économique de l'interruption de grossesse

Comme le relève l'article 30²⁴ de la Loi fédérale sur l'assurance maladie, 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. A titre informatif, une interruption de grossesse par méthode médicamenteuse coûte entre 500 et 1000 francs suisse. La méthode chirurgicale coûte entre 1000 et 2000 francs suisses. A noter que les moyens contraceptifs ne sont, quant à eux, pas remboursés par l'assurance maladie.

2.1.8 L'interruption de grossesse au cœur de l'actualité suisse

Depuis 1971, année où fut lancée l'initiative pour décriminaliser l'avortement, la thématique de l'interruption de grossesse a régulièrement fait la Une de l'actualité. Ses enjeux sociaux, politiques et économiques l'ont régulièrement placée en tant que sujet de grande importance au sein de la presse. En ce qui concerne la Suisse, la question de l'interruption de grossesse, et plus particulièrement le non remboursement par l'assurance maladie, a récemment fait parler d'elle dans les médias. En effet, un grand nombre de journaux, revues, sites internet et autres sources journalistiques ont rédigé des articles concernant cette initiative. Afin d'illustrer ces propos, un article du journal gratuit le 20 Minutes a été choisi. Il expose un point de vue accessible à l'ensemble de la population et rend ainsi l'analyse de cet article intéressante.

- **« Un comité s'attaque au remboursement des avortements », article paru dans le 20 Minutes du 26 janvier 2010²⁵**

Dans cet article, les milieux anti-avortement (composés par des représentants de l'Union Démocratique du Centre, du Parti Chrétien-Démocrate, des partis protestants comme le Parti Evangélique, l'Union Démocratique Fédérale mais aussi du Parti Libéral-Radical) s'attaquent au remboursement de l'interruption de grossesse. Ils ont lancé une initiative populaire pour que cette intervention ne soit plus prise en charge par l'assurance maladie de base.

Selon les initiants, l'interruption de grossesse n'est pas une maladie et n'a pas à être « supportée » financièrement par le reste de la population. Selon eux, elle n'a pas sa place dans le catalogue des prestations de base. Ils considèrent que le financement de cette intervention est une affaire relevant du domaine privé. Suite à la récolte de plus de 110'000 signatures, l'initiative « Financer l'avortement est une affaire privée » a abouti. En effet, d'ici

²³ Cité in DONDENAZ, M. (1987, p. 85)

²⁴ Nouvelle teneur selon le ch. II de la LF du 23 mars 2001, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2002 (RO 2002 2989; FF 1998 2629 4734).

²⁵ Annexe 5

à deux ans, ce qui sous-entendrait en 2012, le peuple devra se prononcer sur la question du remboursement de l'interruption de grossesse. La loi pourrait prévoir de rares exceptions telles que les cas de viol ou encore lorsque la vie de la femme enceinte serait sérieusement menacée.

Selon le site de l'initiative²⁶, les avantages du non remboursement de l'interruption de grossesse seraient :

- Réduire les coûts directs et indirects de la santé.
- Renforcer la responsabilité individuelle des assurés : toute personne envisageant la possibilité de recourir à une interruption de grossesse peut conclure une assurance complémentaire facultative ou payer directement les coûts de l'intervention.
- Garantir que l'assurance-maladie obligatoire serve en premier lieu à sauver des vies et à guérir, et non pas à détruire des vies.
- Supprimer les incitations financières en faveur des interruptions de grossesse. Le nombre d'avortements s'en trouverait réduit.

En revanche, les opposants à cette initiative tiennent un autre discours. Comme le relève le site de l'USPDA²⁷, « *la radiation de l'interruption de grossesse du catalogue des prestations de base ne réduirait pas les coûts de la santé mais, au contraire, elle ne ferait que les augmenter. Si les interruptions de grossesse n'étaient plus payées par l'assurance, quelques femmes seraient forcées à porter leur grossesse à terme. Un accouchement coûte entre 2'500 et 10'000 francs, donc beaucoup plus cher. Sans compter les coûts engendrés par la suite (coûts des traitements pour les problèmes psychiques des mères contre leur gré et des enfants non voulus, coûts sociaux pour les familles pauvres etc.).* »

En d'autres termes, cette institution relève l'incohérence de cette initiative. Selon eux, si l'on suivait la logique des initiants, les coûts engendrés par la grossesse et l'accouchement ne devraient alors pas non plus être pris en charge par l'assurance maladie de base, étant donné qu'au même titre que l'interruption de grossesse, il ne s'agit pas d'une maladie.

Toujours au niveau financier, les opposants estiment que l'interruption de grossesse n'est pas une affaire privée contrairement à ce que prétendent les milieux anti-avortement. En effet, pour eux, il est nécessaire que cet acte continue à être pris en charge par l'assurance maladie de base afin d'éviter le retour d'interruption de grossesse clandestine, comme ce fut le cas dans le passé. Les complications qui découleraient d'une interruption de grossesse clandestine pourraient être bien plus coûteuses que l'acte en lui-même. De plus, cette initiative encouragerait les femmes à recourir à d'autres moyens pour mettre fin à leur grossesse. Les risques encourus n'en seraient alors qu'augmentés. L'exclusion de cette prestation de l'assurance maladie de base ne permettrait alors en aucun cas de réduire le nombre d'interruption de grossesse.

Les répercussions tendraient plutôt à marginaliser les femmes étant financièrement défavorisées et ne pouvant pas se permettre de supporter les coûts de cette intervention. De plus, l'initiative ne les empêcherait pas pour autant de ne pas mettre un terme à leur grossesse. Les opposants voient la solution ailleurs. Ils proposent par exemple le remboursement du

²⁶ INITIATIVE POPULAIRE FEDERALE « FINANCER L'AVORTEMENT EST UNE AFFAIRE PRIVEE », Adresse URL : <http://www.affaireprivee.ch/>, page consultée le 25 octobre 2011

²⁷ UNION SUISSE POUR DECRIMINALISER L'AVORTEMENT, Adresse URL : <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/opposants/initiative-financement.htm> consultée le 25 octobre 2011

moyen de contraception par l'assurance maladie de base. Ceci paraît être la première étape nécessaire vers la diminution du nombre d'interruption de grossesse.

2.1.9 L'interruption de grossesse en chiffres

Il est intéressant de présenter quelques tableaux comparatifs et statistiques représentatifs et relatifs à l'interruption de grossesse en Suisse et ailleurs.

IVG / 1000 femmes (15 – 44 ans) ²⁸	
Allemagne (2010)	7.1
Angleterre + Wales (2010)	17.5
Belgique (2009)	9.2
Bulgarie (2008)	23.4
Canada (2006)	13.4
Danemark (2010)	15.2
Espagne (2009)	11.4
Fédération de Russie (2008)	42.8
Finlande (2010)	10.4
France (2009)	17.2
Hongrie (2008)	21.2
Italie (2009)	10.1
Lituanie (2008)	12.2
Norvège (2010)	16.1
Pays-Bas (2009)	8.8
Roumanie (2008)	26.7
Suède (2010)	20.9
Suisse (2010)	6.8
USA (2008)	19.6

Sources:

**Statistiques nationales / Eurostat
Alan Guttmacher Institute 2011**

Grâce à ce tableau, nous pouvons remarquer que le nombre d'interruptions de grossesse en Suisse est bien inférieur aux autres pays. En effet, avec 6,8 IVG pour 1000 femmes, la Suisse fait aujourd'hui partie des pays d'Europe qui enregistrent les taux les plus bas.

Les raisons de ce faible taux sont multiples. En effet, la prévention en matière de sexualité, l'information et l'accès aux différents moyens contraceptifs ainsi que l'accès à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) en sont grandement responsables.

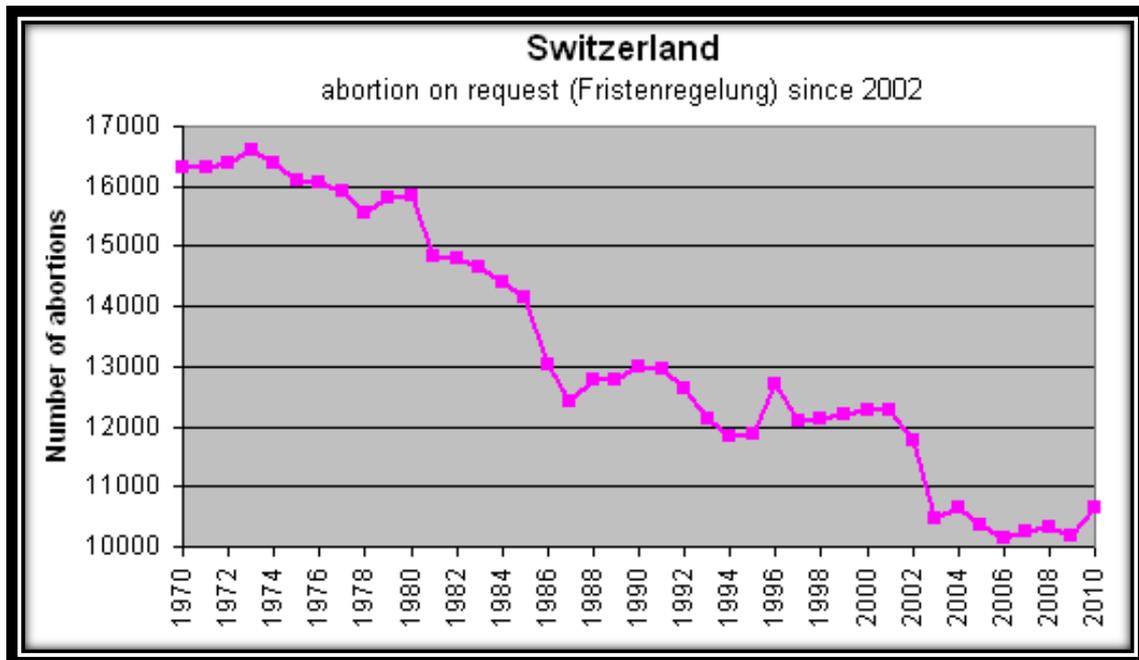
Les différences d'un pays à l'autre peuvent être importantes. Ces taux sont dépendants de différents facteurs. Le cadre légal, le passé historique féministe, les pratiques culturelles, les données démographiques ou encore les prestations médicales du pays en sont que des exemples. La Russie a par exemple un taux de recours à l'interruption de grossesse relativement élevé.

Selon GENTILLE (2008, p. 117), il s'explique par « *la difficulté d'accéder aux contraceptifs fiables comme la pilule, que l'on ne peut se procurer que dans les grandes villes du pays* ».

²⁸UNION SUISSE POUR DECRIMINALISER L'AVORTEMENT, Adresse URL : <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/statistiques.htm#international>, consulté le 6 octobre 2011

Quant à l'Angleterre, ce taux, qui est un des plus élevés, peut être en partie expliqué par le délai légal pour interrompre une grossesse. En effet, les interruptions de grossesse sont autorisées jusqu'à la 24^e semaine.

L'évolution du nombre d'interruption de grossesse en Suisse entre 1970 et 2010²⁹



Suisse: enregistrement incomplet jusqu'à 2002, estimation pour le total. Dès 2003 nouveau mode d'enregistrement, les chiffres ne sont donc pas entièrement comparables aux années précédentes.

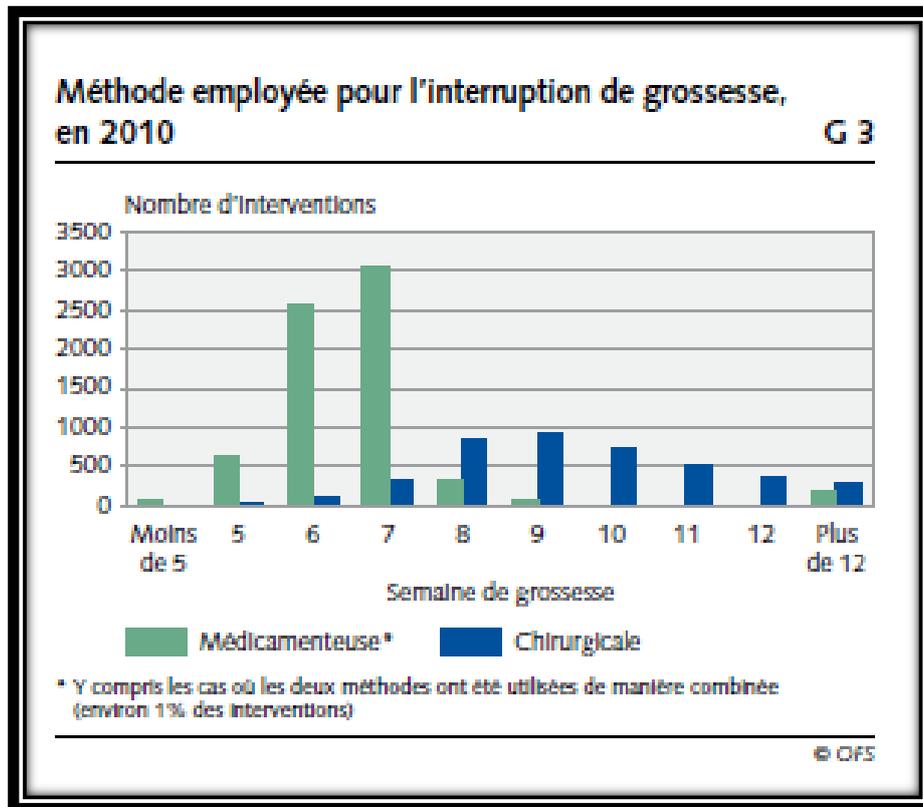
Voici un tableau retraçant le nombre d'interruption de grossesse en Suisse de 1970 à 2010. Durant ces quarante années, une nette réduction du nombre d'interruption de grossesse en Suisse peut être remarquée. Cette diminution est très certainement liée à une meilleure information en matière de prévention et de sexualité ainsi qu'à des moyens contraceptifs fiables.

Le nombre d'interruption de grossesse s'est plus ou moins stabilisé depuis 2003, bien qu'une légère augmentation entre 2009 et 2010 puisse être remarquée. La légalisation de l'interruption de grossesse par l'introduction du régime du délai en 2002 n'a pas fait augmenter le nombre d'intervention. On peut constater, qu'au contraire, les résultats sont à la baisse.

Ces chiffres prouvent que la libéralisation de l'interruption de grossesse n'a pas encouragé son recours. L'interruption de grossesse, bien que légalisée, n'est donc pas pour autant banalisée.

²⁹ UNION SUISSE POUR DECRIMINALISER L'AVORTEMENT, Adresse URL : <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/tendances.htm> consulté le 22 octobre 2011

La méthode employée pour l'interruption de grossesse en 2010³⁰

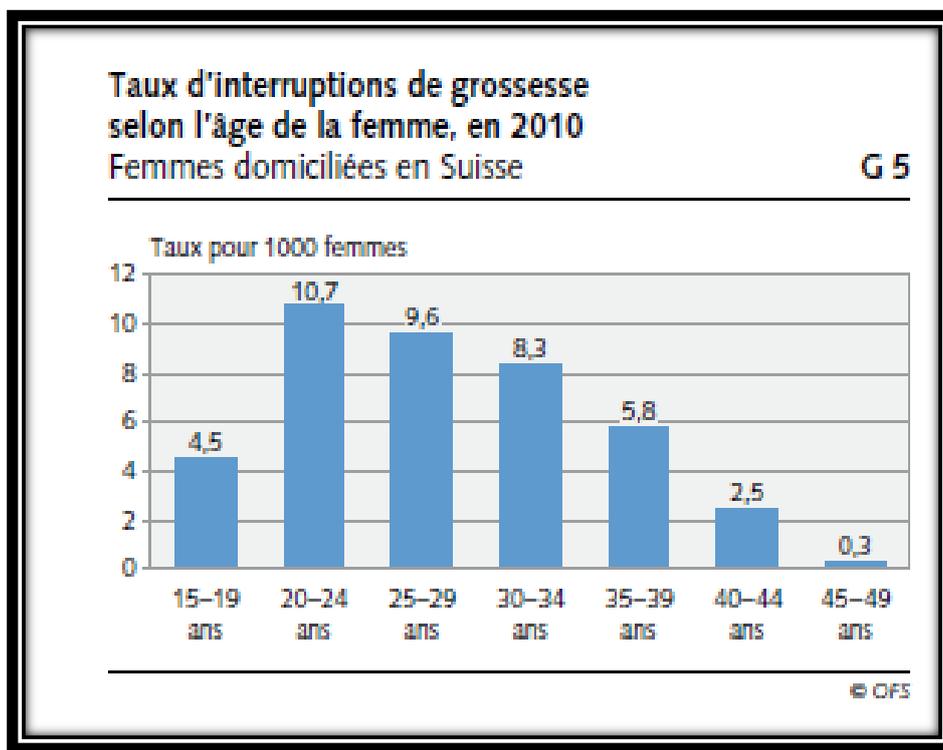


Ce graphique présente le nombre d'interruption de grossesse en 2010, selon les deux différentes méthodes adoptées. Il apparaît qu'en 2010 la méthode médicamenteuse ait été la méthode la plus utilisée lors d'interruption de grossesse. Ceci implique que le dépistage de la grossesse se fait régulièrement dans les sept premières semaines de grossesse. En 2010, l'interruption de grossesse a eu lieu le plus souvent entre la 6^e et la 7^e semaine de grossesse.

L'office fédéral de la statistique nous apprend que la méthode médicamenteuse est en constante augmentation. L'interruption de grossesse par le biais de cette méthode a été sollicitée dans 62% des interventions en 2010 contre 49% en 2004. En comparaison, la méthode chirurgicale a été employée dans environ 35% des cas en 2010.

³⁰ Office fédéral de la statistique, Document : actualités OFS, Statistique des interruptions de grossesse en 2010, juillet 2011

Les taux d'interruptions de grossesse selon l'âge de la femme en 2010³¹



Ce tableau relève le nombre d'interruption de grossesse par tranche d'âge. Il met en évidence que les femmes âgées entre 20 et 24 ans représentent la population qui a davantage recouru à une interruption de grossesse en 2010.

Ce tableau nous permet également de situer les adolescentes et jeunes adultes (15 à 19 ans). Nous pouvons aisément remarquer que le taux est faible et que, comme le soulève l'office fédéral des statistiques, les naissances sont également rares pour cette tranche d'âge. Elle connaît plus d'interruptions de grossesse que de naissances. Ce tableau permet d'infirmer les idées reçues qui peuvent circuler par rapport au nombre d'interruptions de grossesse effectuées chez cette jeune population. De plus, nous pouvons constater que la population âgée de 45 à 49 ans obtient le taux d'interruptions de grossesse le plus faible.

³¹ Office fédéral de la statistique, Document : actualités OFS, Statistique des interruptions de grossesse en 2010, juillet 2011

2.1.10 L'interruption de grossesse dans le monde : quelques exemples

La législation concernant l'interruption de grossesse varie d'un pays à l'autre. Afin de pouvoir se faire une idée des différences qui existent entre ces pays et la Suisse, voici quelques exemples :

La Suède autorise l'interruption de grossesse jusqu'à la 18^e semaine de grossesse, calculée à partir du premier jour des dernières règles.

Les Pays-Bas ont légalisé l'interruption de grossesse et cela jusqu'à la 22^e semaine de grossesse. Ce pays accueille régulièrement des femmes d'origine étrangère qui ont décidé d'interrompre leur grossesse mais qui ont dépassé le délai légal en vigueur dans leur pays.

A Malte, l'interruption de grossesse n'est pas légalisée sauf en cas de viol ou de malformation du fœtus.

A Chypre, l'interruption de grossesse est autorisée uniquement en cas de viol ou sur indications médicales.

En Italie, l'interruption de grossesse est légale jusqu'à la 10^e semaine de grossesse.

En Irlande, l'interruption de grossesse est illégale sauf si la mère est en danger de mort. En 1983, les Irlandais ont adopté un article dans leur Constitution protégeant la vie de l'embryon et celle de la mère.

La Finlande autorise l'interruption de grossesse jusqu'à la 12^e semaine de grossesse. Pour les mineures âgées de moins de 17 ans, l'interruption de grossesse est autorisée jusqu'à la 20^e semaine de grossesse.

En France, en Grèce, en Hongrie, en Lettonie, en Lituanie, en République tchèque et en Estonie, l'interruption de grossesse est légale dans les 12 premières semaines. Ce délai peut être prolongé en cas de viol ou sur indications médicales.

La Pologne autorise, quant à elle, l'interruption de grossesse que pour des raisons médicales très strictes, de malformation du fœtus, d'inceste ou de viol.

Au Portugal, l'interruption de grossesse n'est autorisée que depuis 2007. Elle peut être effectuée dans les 10 premières semaines de grossesse.

Le Royaume-Uni autorise l'interruption de grossesse jusqu'à la 24^e semaine de grossesse.

L'interruption de grossesse en Espagne est également légale. Elle est autorisée jusqu'à la 12^e semaine de grossesse en cas de viol et jusqu'à la 22^e semaine en cas de malformation. Lors de danger pour la santé mentale et physique de la mère, l'interruption de grossesse peut être effectuée à n'importe quel moment de la grossesse.

Dans des pays tels que l'Égypte, la Syrie et les Emirats Arabes Unis, l'interruption de grossesse est interdite sauf s'il s'agit de sauver la vie de la femme enceinte. Dans ce cas-là, le consentement du mari est requis.

Les propos de l'USPDA³² permettent d'avoir une vue d'ensemble et de résumer ce tour d'horizon de ces différents pays :

- *39 % de la population mondiale environ vit dans des pays où la loi autorise l'IVG à la demande de la femme, dans un certain délai ou sans restrictions dans le temps. Dans les pays industrialisés, 76 % des femmes ont le droit de décider elles-mêmes d'interrompre une grossesse non désirée.*
- *21% de la population mondiale vit dans des pays qui autorisent l'IVG pour des motifs sociaux.*
- *4% vit dans des pays où l'interruption de grossesse est autorisée si la santé physique ou mentale de la femme se trouve menacée.*
- *10 % vit dans des pays où l'interruption de grossesse n'est autorisée que si la santé physique de la femme se trouve menacée.*
- *25 %, principalement dans le Tiers Monde, vit dans des pays où l'interruption de grossesse n'est autorisée que si la vie de la femme se trouve menacée.*

³² UNION SUISSE POUR DECRIMINALISER L'AVORTEMENT, Adresse URL : <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/mondial.htm> consulté le 22 octobre 2011

2.2 L'accompagnement

Après ces quelques chiffres sur la situation de l'interruption de grossesse dans le monde et en Suisse, il s'agit maintenant de s'intéresser à la thématique de l'accompagnement.

Comme évoqué précédemment, la notion d'accompagnement dans le cadre d'une interruption de grossesse me semblait inévitable, raison pour laquelle il m'est apparu nécessaire de prendre connaissance de sa définition et de se familiariser avec ce concept.

Qu'entend-on par accompagnement ? UDAVE (2003, p. 2) décrit l'accompagnement comme « *une forme d'intervention, inscrite dans la durée, reliant un accompagnateur et un accompagné dans une relation d'aide, visant à favoriser la réalisation d'un projet personnel ou professionnel, à développer des compétences nouvelles, ou à surmonter des difficultés* ».

Cette définition présente les premiers éléments du concept de l'accompagnement. En effet, il est régulièrement défini comme une démarche de la part d'une personne, l'accompagnateur, qui tend à soutenir ou faciliter le cheminement d'une autre, l'accompagné, vers la réalisation de projets. De ce fait, les notions de construction et de processus sont intimement liées à la notion d'accompagnement.

A travers différentes définitions de ce concept, il apparaît qu'une relation entre l'accompagnant et l'accompagné doit exister. On ne peut parler d'accompagnement sans évoquer la dimension relationnelle. Le lien entre ces deux personnes voit le jour, suite à la demande de l'accompagné. Ce rapport qui lie l'accompagnateur et l'accompagné est asymétrique et quelque peu déséquilibrée. En effet, il unit l'accompagnateur, qui représente le « professionnel » et l'accompagné qui représente le « client ». Il va bénéficier du savoir et des compétences de l'accompagnateur. Comme le souligne UDAVE (2003, p. 2), « *l'un apporte, l'autre reçoit ; l'un contrôle, l'autre est dépendant ; l'un est rémunéré, l'autre peut être pris en charge par une institution.* »

PAUL (2003, p. 125) relève cinq caractéristiques concernant cette relation :

- 1) *elle est asymétrique : elle met en présence au moins deux personnes « d'inégales puissances »*,
- 2) *contractualisée : elle associe ces personnes sur la base d'une visée commune, le contrat³³ étant l'opération par laquelle une disparité de forme est compensée par une parité de fond*,
- 3) *elle est circonstancielle : la relation d'accompagnement est due à un contexte, à une situation ou à la traversée d'une période particulière - en conséquence, elle est :*
- 4) *temporaire : elle ne dure qu'un temps (elle a un début et une fin)*,
- 5) *elle est enfin co-mobilisatrice : puisqu'elle implique de s'inscrire, l'un et l'autre, dans un mouvement.* »

³³ PAUL fait référence à la définition du contrat de Fabre (1994, p.250) qui fondamentalement, "traduit l'exigence d'une parité de nature malgré la dissymétrie"

PAUL (2004, p. 6) souligne l'importance de l'instauration d'une relation de confiance entre l'accompagnateur et l'accompagné. En effet, elle évoque la nécessité pour le·la professionnel·le de faire confiance à la personne qu'il accompagne mais également sur l'importance que l'accompagné doive se faire confiance et croire en lui. La personne qui bénéficie de ce soutien doit croire en ses compétences, en son potentiel et en sa réussite. De même, elle explique qu'il est nécessaire d'offrir un cadre de sécurité afin de permettre l'instauration d'un lien de confiance entre les deux parties. Selon cette auteure, la préoccupation première de l'accompagnateur est de « rendre l'autre en état d'être accompagné ».

L'objectif de l'accompagnement est l'atteinte de l'égalité entre l'accompagnateur et l'accompagné. En effet, l'aboutissement de cette démarche est l'autonomie de la personne accompagnée. UDAVE (2003, p. 2) relève que « *l'accompagnement s'inscrit, en effet, dans une perspective humaniste. Il vise à restaurer l'humain dans l'humain, à développer la dignité, l'autonomie, la confiance en soi, les compétences. Ses valeurs visent à faire de l'accompagné un être humain accompli, qui ne peut être que l'égal de l'accompagnateur* ».

PAUL (2009, p. 96) propose quatre notions pour définir l'accompagnement. Selon l'auteure, ce concept mène à la notion de secondarité. Elle définit l'accompagnateur comme étant la personne en second plan. Elle précise que sa présence reste capitale puisqu'on ne parlerait pas d'accompagnement s'il n'était pas là. Elle précise également que la fonction de cette personne qui accompagne est essentiellement orientée vers le soutien dans un but de valorisation de la personne accompagnée.

Selon l'auteure, l'accompagnement renvoie également à la notion de cheminement, de processus qui contient différentes étapes. En effet, dans le cadre d'un accompagnement, il s'agit de fixer des objectifs intermédiaires à l'objectif final. Il y a là l'idée de progression. Nous pourrions comparer cette notion à l'image d'une échelle. La situation initiale se trouve au premier échelon alors que l'objectif visé se situe au dernier échelon.

En revanche, toujours selon la même source, l'idée d'un effet d'ensemble serait également liée à la notion d'accompagnement. Malgré la relation asymétrique qui lie l'accompagnateur et l'accompagné, le processus d'accompagnement engage les deux parties durant l'ensemble du processus. Cette troisième notion évoquée fait émerger l'idée de solidarité et de cohésion. L'accompagné progresse main dans la main avec l'aide de l'accompagnateur. PAUL (2009, p. 97) souligne qu'il doit être en mesure de procurer à la personne qu'il soutient : « *les conditions, non seulement de développer de nouvelles ressources qui l'aident à faire évoluer la situation dans laquelle il se trouve mais, qui lui permettent, grâce à l'enrichissement de son expérience, de procéder de manière tout aussi autonome à d'autres changements.* »

Le quatrième et dernier concept que l'auteure met en relation avec l'accompagnement est la notion de transition. Cette dernière notion précise que, tout accompagnement est limité dans le temps. Il a un début et une fin. L'accompagnement est présent à un moment précis de la vie afin de permettre à la personne, qui se trouve dans une situation difficile, de bénéficier d'une ressource extérieure. Cette présence dure jusqu'à la situation souhaitée ou lorsque la difficulté est surmontée. PAUL (2003, p. 128) compare l'accompagnateur à un passeur qui aide autrui à surmonter une étape. Cette métaphore reflète cette idée de transition.

2.2.1 Les différentes formes de l'accompagnement

L'accompagnement revêt différentes formes telles que le coaching, le counselling, le mentoring, le sponsoring, le compagnonnage et le tutorat. En voici un aperçu tel que PAUL (2003, p.135-137 et 2009, p. 92-94) les a décrites dans ses articles³⁴ :

Le coaching

Le terme « coach » est issu du hongrois kocsi (PAUL, M., 2003, p. 136). Il semble avoir la même origine que le mot cocher, terme qui désigne le conducteur de voitures hippomobiles transportant des personnes. Le coach est initialement désigné comme un entraîneur, un répétiteur ou un professeur particulier. De ce fait, le terme « coach » renvoie au domaine de la conduite et a pour mission d'accomplir un déplacement, un changement.

Selon PAUL (2004, p. 24), le coaching permet à une ou plusieurs personnes de faire appel à un tiers dans le cadre de leur environnement professionnel dans le but de faire progresser une situation « sensible » ou atteindre une performance.

PAUL (2004, p. 27) relève que le coaching est composé de trois phases fondamentales : le commencement, le déroulement et le dénouement. Premièrement, le « commencement » a pour objectif la création d'une relation formalisée entre les deux parties. Cette phase définit les objectifs visés ainsi que les moyens utilisés. La seconde étape appelée « déroulement » forme le noyau de cette forme d'accompagnement. Elle désigne le processus qui lie les deux parties et qui vise à dénouer la situation dite « sensible ». Le troisième et dernier stade, le dénouement, est l'aboutissement de ce processus.

Le counselling

Ce terme à consonance anglaise doit son origine au vieux français et qualifie aujourd'hui « *un processus d'aide dans l'orientation. Issu du latin consilium³⁵, le terme contenait l'idée de résolution, plan, mesure, dessein, projet - et ajoutait à ces mesures les valeurs qui les président : délibération (intérieure), réflexion et décision, sagesse, prudence et habileté* ». ³⁶

PAUL (2004, p. 32) relève trois fondements relatifs au counselling. Le premier est philosophique. L'élément central est la croyance en la dignité et en la valeur de l'individu. En d'autres termes, l'accompagné n'a pas tout le temps conscience de ses compétences et de son potentiel. Le but du counselling permet donc de mettre en avant la singularité de la personne et de faire émerger ses propres capacités.

Le deuxième fondement est psychologique. Ce type d'accompagnement se rapporte aux théories du comportement, de la personne et de la psychologie. Le troisième et dernier fondement relevé par PAUL est le fondement sociologique. En effet, dans le cadre d'un accompagnement de type counselling, il s'agit de s'intéresser aux actions et interactions de l'individu.

PAUL (2004, p. 32) résume en définissant le counselling comme « *un type d'accompagnement à la fois psychologique, éducatif et social, à l'occasion d'une difficulté* »

³⁴ Annexe 6

³⁵ PAUL M. se réfère à la définition du Dictionnaire Gaffiot. En latin, le consiliarius est à la fois conseiller et interprète. Consilior contient la double idée de tenir conseil (délibérer) et de conseiller (délibérer au profit de)

³⁶ PAUL, M., « Autour du mot accompagnement », *Recherche et Formation*, n°62, 2009, pp. 91-107. Adresse URL : <http://www.inrp.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR062-8.pdf>, consulté le 5 novembre 2011, page 92

situationnelle, d'un malaise existentiel ou d'une menace d'exclusion par désadaptation, souscrivant à l'idée de développement. C'est ce processus de croissance qu'il convient de mobiliser en créant les conditions « facilitatrices ». La relation est centrée sur la personne (en relation avec elle-même) et sur l'interaction ».

Le mentoring

Le terme mentoring provient de la mythologie grecque et plus précisément de Mentor qui fut le guide et le conseiller d'Ulysse auprès de son fils Télémaque³⁷. Mentor s'employait lorsque l'on souhaitait désigner une personne sage et expérimentée servant de conseiller. De nos jours, le terme « mentor » est utilisé pour désigner la personne qui accompagne un étudiant à passer dans la vie professionnelle et à prendre connaissance des valeurs de l'entreprise à laquelle il sera lié. La présence du mentor est donc momentanée. Elle est une aide lors d'une situation de changements, d'une situation transitoire.

Le mentoring contient lui aussi trois phases fondamentales, comme pour le coaching. PAUL (2004, p. 42) relève les phases de commencement, de déroulement et de dénouement.

La première est la phase durant laquelle se crée la relation entre les deux parties. La phase appelée le déroulement est le noyau du mentoring. En effet, elle désigne le processus de changement. Durant cette étape, la relation qui lie les deux parties est quelque peu modifiée. Elle devient davantage symétrique. L'objectif visé est l'indépendance du mentoré. L'ultime phase, la phase de dénouement est l'étape qui marque la fin du processus de changement. L'objectif étant atteint, cette dernière phase met fin à la relation qui lie les deux parties.

PAUL (2004, p.43) relève que « *la relation mentorale se définit donc, sur une base de réciprocité et de solidarité intergénérationnelle, comme une relation d'aide et d'apprentissage, entre une personne d'expérience qui partage connaissance, expérience, idées et compréhension d'une organisation avec une personne moins expérimentée, disposée à tirer profit de ce partage. S'établissant à l'occasion d'une transition personnelle ou professionnelle, elle rétablit, auprès du contact des pairs, la fonction des aînés. D'abord symétrique (type expert/novice), elle évolue vers une relation plus égalitaire* ».

Le sponsoring

Comme le précise PAUL (2003, p. 136), le sponsoring est actuellement utilisé pour décrire le soutien d'une entreprise ou d'une personne physique par le biais d'une aide morale et/ou financière.

PAUL (2004, p. 50) relève que, de nos jours, la notion de sponsoring est très semblable à celle de parrainage. Elle décrit cette notion comme étant une démarche qui unit deux personnes que tout peut opposer (âge, culture, etc.) mais qui est basée sur une relation de confiance et de reconnaissance réciproque. Elle poursuit en soulignant que la notion de parrainage se rapporte à une relation entre un adulte expérimenté et un jeune entrant tout juste dans la vie active. Cette relation d'aide doit permettre au novice d'accéder à un réseau socioprofessionnel qui lui était jusqu'ici inconnu.

³⁷ PAUL, M., « Ce qu'accompagner veut dire », *Carriérologie*, vol. 9 n°1 et 2, Québec, 2003. Adresse URL : <http://www.transversalis.fr/pdf/Maela%20PAUL.pdf>, p. 136

PAUL (2004, p. 50) précise que la ressemblance entre la notion de parrainage et la notion de mentoring est manifeste mais elle tient à rappeler que le mentor est présent pour aider le jeune à transiter entre la formation et la profession alors que la relation de parrainage est présente lorsqu'il est question d'insertion.

Le compagnonnage

PAUL (2004, p. 49) décrit le compagnonnage comme un regroupement de personnes d'une même activité professionnelle, formant, de ce fait, une corporation dont la mission est d'enseigner « *les gestes du métier, l'entraide sociale et une filiation de l'ordre du sacré (ce en quoi il se distingue de toute autre forme corporative)* ». Ce rassemblement permet de transmettre de la technique ainsi que la solidarité du métier. Cette définition fait émerger l'idée de cohésion de groupe.

Ce type d'accompagnement est composé de trois missions principales qui sont apprendre, pratiquer et transmettre. PAUL (2003, p. 137) évoque que « *Si le compagnon "fini" est appelé à son tour à transmettre, c'est bien qu'il y a eu déplacement, transformation, changement de position puisqu'il est passé de la position d'apprenti, avec tous ses grades, toutes ses épreuves, la fabrication du chef d'œuvre et une vie communautaire, à celui de compagnon, fonction de transmission dans laquelle "il enseigne moins qu'il n'accompagne"*. PAUL (2004, p. 48) précise qu' « *on est bien ici non dans une intervention sur mais dans une relation avec* ».

Le tutorat

PAUL (2003, p. 137) désigne le tutorat comme « *une prise en charge collective par des adultes, dans leur rôle social et professionnel, de jeunes en phase d'intégration par le travail* ». Dans le cadre d'un tutorat, il est véritablement question d'un accompagnement de type formatif offert par un adulte dans le cadre de l'insertion professionnelle d'un jeune.

PAUL (2004, p. 37) exprime que « *l'essentiel pour le tuteur consiste à aider un jeune à se familiariser et à se former au travers d'une expérience qui contribue à lui permettre de réfléchir, analyser, comprendre, autrement dit assimiler* ».

PAUL (2009, p.101) poursuit son article en relevant que « *toutes ces différentes formes d'accompagnement tendent à se définir comme pratiques intégratives dans laquelle un professionnel essaie d'être au plus près de la personne dans l'exploration d'une situation difficile ou d'une épreuve à franchir, dans les moments de positionnement et d'orientation, de choix et de prise de décision, dans l'évolution d'une situation problématique* ».

3 Méthodologie de l'enquête de terrain

Après avoir abordé la thématique choisie, les objectifs de cette recherche ainsi que la définition des concepts, il s'agit, dès lors, de définir la méthodologie.

Suite à l'élaboration du cadre théorique, de la question de recherche et des entretiens exploratoires, le choix méthodologique s'est porté sur l'analyse du vécu de femmes ayant recouru à une interruption de grossesse. Dans le cadre de cette recherche, j'ai souhaité m'intéresser aux différentes trajectoires de vie de ces cinq femmes et aborder leur interruption de grossesse par le biais de la méthode du récit de vie.

Cette technique a permis de les laisser s'exprimer librement sur la façon dont elles ont vécu cette intervention. Ces témoignages m'ont permis de m'immerger dans la réalité vécue par ces femmes durant ce processus.

Lors des entretiens, un accent particulier a été mis sur la thématique de l'accompagnement. En effet, dès le début de la réalisation de ce travail, ce concept me paraissait être nécessaire lors d'une interruption de grossesse. De plus, la discipline dans laquelle est insérée cette recherche justifie d'autant plus l'accent porté sur cette dimension.

Cette étude de terrain se présente en plusieurs étapes. Dans un premier temps, la population cible sera définie et se poursuivra par un chapitre consacré à ma technique d'entretien. Cette partie sera conclue par les aspects éthiques de la recherche.

3.1 Le terrain et la population

Afin d'affiner la recherche, l'intérêt a été restreint aux vécus de femmes vaudoises ayant interrompu leur grossesse après l'entrée en vigueur du régime du délai en 2002. Afin d'avoir des témoignages faisant preuve d'un plus grand recul, la recherche s'est concentrée sur des femmes ayant terminé le processus et non pas sur des femmes se trouvant en pleine procédure.

Le choix de cette zone géographique peut être expliqué par une connaissance personnelle du canton de Vaud. L'accord de cinq femmes, qui résidaient toutes dans le Canton de Vaud au moment de leur interruption de grossesse, a été obtenu. Notons ici que l'une d'entre elle l'avait effectuée dans un autre canton romand car elle avait trouvé un médecin gynécologue qui pouvait interrompre sa grossesse dans un très bref délai.

Cependant, la délimitation géographique préalablement fixée n'avait pas de sens car les lois régissant les interruptions de grossesse en Suisse sont des lois fédérales. Un entretien avec une femme valaisanne ou fribourgeoise aurait donc été tout à fait envisageable.

L'existence d'enfants, ou non, avant l'interruption de grossesse ne faisait pas partie des critères, ceci afin de permettre d'avoir un panel plus diversifié. Le but était de pouvoir rencontrer huit femmes aux parcours de vie et aux situations personnelles et familiales bien différents.

Grâce au bouche à oreille, contact a été pris avec des femmes correspondant au profil recherché, bien que des difficultés aient été rencontrées pour rassembler le nombre de témoignages souhaité. Etant une étude qualitative, le plus important était la qualité des témoignages et non pas la quantité. Le nombre de témoignages visé initialement était de huit. Cette thématique reste encore délicate à aborder. Les femmes y ayant eu recours ne sont pas

faciles à contacter et n'en parlent pas forcément volontiers. Le bilan final s'est donc monté à six témoignages. Cependant l'analyse porte sur cinq récits de vie. Un témoignage n'a pas pu être pris en compte.

En effet, la première personne avec qui un entretien a été réalisé a interrompu sa grossesse en 1999 et, par conséquent, ne correspondait pas au profil recherché. Ce premier entretien a néanmoins été un entretien test. Il a permis une mise en situation et une prise de conscience des éventuelles difficultés auxquelles l'on pouvait être confronté.

Grâce à une discussion avec une connaissance, l'opportunité s'est présentée d'entrer en contact avec deux femmes qui correspondaient au profil recherché. Dans un deuxième temps, trois sites internet de type forum de discussion, ont été conseillés par cette même personne. Sur ceux-ci, il y avait de fortes chances de trouver des personnes d'accord de participer à cette recherche. Ce conseil a permis la découverte et la connaissance de ces forums de discussion. Grâce à l'existence de ces plateformes, un certain nombre de femmes membres, qui correspondaient au profil recherché, ont été contactées. Plusieurs réponses ont été obtenues et une rencontre a été agendée afin de pouvoir recueillir son témoignage.

Les récits de vie recueillis ont permis de mettre en exergue quelques thématiques qui semblent avoir été significatives lors de l'interruption de grossesse puisqu'elles ont été évoquées à plusieurs reprises par plusieurs des femmes interrogées.

Afin de permettre à la personne de se sentir le plus à l'aise possible pour livrer son vécu, le choix du lieu de la rencontre lui a été laissé. Pour la plupart d'entre elles, la proposition était leur domicile afin d'avoir un entretien au calme et à l'abri des regards. Il a été tout à fait étonnant et touchant que ces femmes montrent un accueil si chaleureux à cette recherche et ceci dans leur sphère privée.

3.2 Les techniques et méthodes de collecte de données

Au vu de la question de recherche, qui est « *Comment des femmes qui ont recouru à une interruption de grossesse ont-elles vécu ce processus ?* », le choix méthodologique s'est porté sur le récit de vie. Cette technique a permis d'avoir une vision complète du vécu de ces femmes ayant interrompu leur grossesse. Cette méthode est la plus appropriée car l'interruption de grossesse est un processus qui, par définition, est diachronique. La méthode du récit de vie permet alors de retracer les événements de façon chronologique. De plus, elle permet de mieux cerner et comprendre la réalité des femmes interrogées. Grâce à cette méthode, des témoignages riches en information ont pu être recueillis, ce qui aurait été difficile par un autre biais. Cette technique de collecte de données permet de donner un sens aux événements vécus par les femmes interrogées. Elle offre l'opportunité d'effectuer une comparaison entre les différents récits de vie recueillis et, ainsi, une mise en exergue des similitudes.

La méthode du récit de vie ne requiert pas l'utilisation d'une grille d'entretien. En revanche, l'entrée en matière, au début de la discussion, est une étape fondamentale pour le bon déroulement de l'entretien. Comme le conseille BERTAUX (2006, p. 63), il faut être capable de vulgariser son discours. En effet, l'explication de l'objet de recherche en langage usuel, clair et accessible ainsi que le lancement de l'entretien avec le recours du verbe « *raconter* » paraît être une bonne entrée en matière.

Au vu du nombre de femmes interrogées, la recherche a été axée sur un angle de type qualitatif. Ce choix a été fait dans le but de récolter des informations précieuses quant à la problématique choisie, de pouvoir les étudier en profondeur, de les mettre en relation entre elles et d'effectuer une analyse transversale.

Pour cela, une fois que les personnes sélectionnées ont accepté de consacrer de leur temps pour faire part de leur récit de vie et de leur interruption de grossesse, la démarche et l'objet d'étude leur a été clairement expliqués. Le but était d'orienter quelque peu le discours de la personne interrogée.

Dans ce type d'entretien, la mise en place d'un climat de confiance est capitale. Les femmes qui allaient se confier étaient inconnues, seuls quelques e-mails ou téléphones avaient été préalablement échangés. Il est donc important de prendre le temps nécessaire pour présenter la recherche et celle qui la mène.

Dans trois cas sur les cinq, un premier entretien a été réalisé avec la personne afin de faire plus ample connaissance pour instaurer un premier contact et pour lui présenter le travail de recherche. Au terme de cette première rencontre, une seconde date a été fixée quelques jours plus tard, afin de procéder à l'entretien. Le laps de temps séparant les deux rencontres ont permis à la personne d'être davantage au clair sur ce qu'elle souhaitait confier.

Pour les deux autres cas, un premier contact écrit a été établi et le jour de la rencontre « réelle » a été le jour de l'entretien. Elles n'ont pas exprimé le besoin de me voir une première fois et de procéder à l'entretien quelques jours plus tard. Dans ce cas-là, par le biais d'échanges écrits, il leur a été expliqué dans quel cadre ce travail de recherche se dessinait et des précisions ont été données quant à la démarche.

L'explication du travail de recherche ainsi que de la question de recherche étaient des éléments essentiels à partager avec la personne qui allait véritablement se livrer concernant son vécu.

Les entretiens ont tous été enregistrés. Ceci a permis, lors de l'entretien, une immersion totale dans le récit des femmes interrogées, pour ne rien manquer et de ce fait d'être capable de rebondir ou de relancer l'entretien si la personne s'éloignait du sujet par exemple. L'enregistrement a été un outil nécessaire pour une retranscription authentique et pour l'analyse des données.

Lors d'entretiens tels que les récits de vie, il faut être capable de gérer l'inattendu. En effet, comme le relève BERTAUX (2006, p. 65), « *Ce type d'entretien est émotionnellement éprouvant ; plus d'une fois vous en sortirez littéralement « vidé »* ». Cette information est particulièrement importante et ne doit pas être négligée. Il est nécessaire d'en être conscient et d'être préparé à ce type de situation.

En cas de blocage de la personne, la reformulation de ses dernières phrases ou la formulation de questions appropriées semble être une attitude adéquate. Il peut arriver que la personne interrogée perde le fil de son récit, soit intimidée ou ne sache plus quoi dire. Il est nécessaire d'être capable de la relancer et de lui manifester un intérêt pour son histoire. Cette attitude lui offrira davantage d'assurance et lui permettra de reprendre le cours de son récit.

Avant de débiter les entretiens, les personnes ont pris connaissance du fait qu'elles avaient la liberté totale de se rétracter. A ce moment-là, elles ont toutes été catégoriques et ne voyaient pas de raisons suffisantes pour revenir sur leur accord. Elles ont toutes exprimé l'idée d'être

contente de pouvoir me venir en aide grâce à leurs témoignages. Notons ici que cet aspect contredit quelque peu le fait qu'a priori les femmes manifestent quelques craintes à participer à de telles études. Comme expliqué précédemment, il n'est pas chose aisée de trouver des femmes prêtes à témoigner ouvertement de leur expérience. J'ai tout de même tenu à insister sur le fait que je ne voyais aucun problème à faire une pause durant leurs témoignages au cas où elles ne se sentaient pas bien ou qu'elles en ressentaient le besoin. Des éléments de leur vie antérieure pouvaient refaire surface et être douloureux et je souhaitais qu'elles en soient conscientes et qu'elles ne se gênent pas de le faire savoir. Je me suis montrée très compréhensive et très reconnaissante envers elles.

Pour résumer ces différentes idées, les propos de BERTAUX (2006, p. 37) sont assez significatifs : *« Il faut tout d'abord distinguer clairement l'histoire réelle d'une vie, du récit qui en est fait. En multipliant les récits de vie de personnes se trouvant ou s'étant trouvées dans une situation sociale similaire, ou participant au même monde social, et en centrant leurs témoignages sur ces segments-là, on cherche à bénéficier des connaissances qu'elles ont acquises de par leur expérience directe sur ce monde ou cette situation, sans pour autant empêtrer dans la nécessaire singularité, ni dans le caractère inévitablement subjectif du récit qui en sera fait. En mettant en rapport plusieurs témoignages sur l'expérience vécue d'une même situation sociale par exemple, on pourra dépasser leurs singularités pour atteindre, par construction progressive, une représentation sociologique des composantes sociale (collectives) de la situation ».*

3.3 Les personnes ressources

Durant toute la réalisation de ce travail de Bachelor, trois personnes ont représenté pour moi des personnes ressources. J'ai pu compter sur leur disponibilité durant toute l'élaboration de mon travail. Ces trois personnes sont des personnes qui sont sur le terrain et qui ont pu m'apporter de l'aide, des compléments d'information et leur regard de professionnel·le. Ces personnes sont les suivantes :

Madame Denisart est assistante sociale en périnatalité au Centre de planning familial et de grossesse ProFa à Vevey et Lausanne. C'est une personne que je connais depuis quelques temps déjà. Peu avant mon entrée à la HES, elle m'a offert l'opportunité de passer une journée à ses côtés au sein du planning familial de la ville d'Aigle (VD). Elle a également été ma superviseur durant mes deux formations pratiques.

Lors de la réalisation de mon projet, je lui ai parlé de mon souhait d'effectuer mon travail de Bachelor sur la thématique de l'interruption de grossesse. Elle m'a fait savoir qu'elle serait disponible pour d'éventuelles questions et que je pouvais lui faire parvenir mon projet afin qu'elle le lise et qu'elle me fasse part de ses remarques. Par la suite, elle m'a consacré de son temps pour un entretien exploratoire. Ce dernier m'a permis de m'entretenir avec une personne qui est sur le terrain depuis de nombreuses années. Mon objet de recherche a été, par conséquent, affiné. J'ai quelque peu modifié mon questionnement de départ qui s'orientait davantage vers les professionnel·le·s pour un questionnement basé sur le vécu du processus de l'interruption de grossesse. La principale conséquence de cette modification a été la cible de mes enquêtes de terrain. Mes entretiens se sont établis avec des femmes ayant interrompu leur grossesse plutôt qu'avec des professionnel·le·s du terrain. Au vu de ma question de recherche, mon but était de récolter les différentes trajectoires de vie des femmes et non pas de m'entretenir avec les professionnels. Je souhaitais, dans la mesure du possible, me faire ma

propre idée dans le but de proposer des pistes d'action professionnelles sans être influencée par le discours d'une personne spécialisée dans ce domaine.

Les deux autres personnes ne sont autres que mes parents. En effet, tous deux travaillent dans le milieu médical et plus précisément en gynécologie. Mon père est gynécologue obstétricien et ma mère est sage-femme. Ils ont représenté une source importante d'informations dans l'élaboration de ce travail. J'ai eu l'occasion de m'entretenir de façon informelle avec eux, ce qui a été pour moi très enrichissant. Ils m'ont apporté leur soutien tout au long de ce travail et j'ai pu compter sur leur disponibilité et leurs savoirs.

3.4 L'éthique de la recherche

En choisissant un sujet d'étude tel que l'interruption de grossesse, un certain nombre de paramètres importants ont dû être pris en compte afin de réaliser cette recherche dans les meilleures conditions possibles.

Tout d'abord, j'étais confrontée à des personnes que je ne connaissais pas et qui, de surcroît, allaient me faire part de leurs histoires de vie. J'ai dû être particulièrement attentive à mon attitude lors de l'entretien. En effet, une attitude empathique et de non-jugement devait être de mise. Sans cela, la personne n'aurait pas pu se confier librement et sans retenue.

Il s'agissait également de garder en tête que le sujet abordé était particulièrement délicat et de l'ordre de l'intime et que les femmes interrogées pouvaient, à un moment donné, durant l'entretien, se sentir mal à l'aise. J'ai dû être capable d'adopter une attitude bienveillante et laisser la place aux moments de silence.

Pendant l'entretien, mon attitude allait avoir une grande importance. En effet, au vu du sujet abordé, j'allais être confrontée à des confidences et il était nécessaire que je fasse preuve d'une attitude chaleureuse, empathique et d'une écoute active. Je devais accueillir les paroles de la personne interrogée et lui montrer mon intérêt.

Mon attitude devait permettre l'amélioration de la compréhension et l'instauration d'un climat de confiance. En effet, cela pouvait faciliter le déroulement de l'entretien et permettre à la femme interrogée de se sentir entendue, comprise et respectée.

En outre, l'anonymat des données était un aspect capital dans ma recherche. En effet, je me suis engagée à rendre les données anonymes afin que les personnes interrogées ne soient pas identifiables. J'ai également insisté sur le fait que les enregistrements allaient être détruits une fois que je les avais exploités. Par ailleurs, il a fallu que je sois attentive au fait que l'on puisse me confier des informations qui relèveraient de l'illégalité.

Dans le cadre de cette recherche, je devais également respecter le principe du consentement libre et éclairé de la personne participant à l'entretien. Je l'ai informée qu'elle pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation et qu'elle n'était en rien obligée de participer à ma recherche.

4 Analyse de données

Après avoir exposé les différents aspects relatifs à la méthodologie de cette recherche, il s'agit de déterminer, maintenant, par quels moyens les données récoltées vont être analysées et quels sont les résultats qui vont en être tirés. Ce processus d'analyse se divise en plusieurs étapes.

La première étape a consisté à retranscrire chaque entretien. Certaines thématiques ont, quant à elles, émergé dans plusieurs récits de vie et semble avoir eu une certaine importance lors du processus de l'interruption de grossesse. Afin de pouvoir approfondir davantage le vécu des femmes rencontrées, j'ai procédé, dans un premier temps, à une analyse basée sur des propos individuels puis à une analyse transversale.

4.1 Descriptions des femmes rencontrées et l'analyse individuelle

Afin de faciliter la compréhension, il est important de donner quelques informations significatives sur les femmes rencontrées³⁸. Elles permettront d'aider le lecteur à s'y retrouver sans pour autant permettre leur identification. De plus, les moments significatifs de leurs témoignages seront également évoqués.

Lise est une jeune femme qui a interrompu sa grossesse lorsqu'elle avait un peu plus de 18 ans. Lorsqu'elle a appris qu'elle était enceinte, elle se trouvait en apprentissage et était en couple avec son ami depuis plus de deux ans. Entre la découverte de sa grossesse et son premier rendez-vous chez sa gynécologue, deux semaines se sont écoulées. Il lui a fallu du temps pour intégrer la nouvelle et prendre une décision. Le comportement de son ami, lorsqu'il a appris qu'elle était enceinte, l'a beaucoup refroidie. En effet, il n'a pas mâché ses mots et lui a clairement fait comprendre qu'il fallait qu'elle recoure à une interruption de grossesse. La relation qu'elle entretenait avec lui battait déjà de l'aile depuis quelques temps. Ce paramètre a aidé Lise à prendre la décision de recourir à une interruption sa grossesse. Elle ne pouvait pas imaginer mener à terme cette grossesse en sachant pertinemment qu'elle n'allait pas rester encore longtemps avec son ami. Lise s'est séparée de son ami peu de temps après son intervention. Dans son témoignage, elle évoque avoir également pris cette décision car elle souhaitait être en mesure d'offrir une situation stable à son premier enfant et ne se sentait pas prête à mater à ce moment-là. Lise a donc décidé de mettre un terme à sa grossesse. Elle a opté pour la méthode chirurgicale. Son choix a rapidement été fait car elle ne voulait pas « *vivre une fausse couche* ». Lise a également mis sa mère dans la confiance. Le reste de la famille n'était pas au courant de ce qu'elle vivait et ne l'est toujours pas à l'heure actuelle. Un des moment-clé de son témoignage a été lorsqu'elle a abordé les conséquences de son interruption de grossesse. Elle évoque avoir perdu confiance en elle depuis cette intervention. Elle semble avoir beaucoup souffert lors de ce processus et s'est beaucoup repliée sur elle-même. Elle aurait vivement souhaité être accompagnée psychologiquement lors de cette intervention mais aucune proposition ne lui a été faite. Lise n'a pas osé faire la demande car elle avait honte et avait peur d'être jugée. Elle regrette profondément de ne pas avoir fait les démarches nécessaires à l'époque afin de pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique. Elle n'exclut pas le fait, qu'un jour, elle prenne l'initiative d'aller consulter et demander de l'aide car elle estime qu'il n'est jamais trop tard. Lors de son interruption de

³⁸ Les prénoms utilisés sont des prénoms d'emprunt

grossesse, Lise a tout de suite ressenti le besoin de parler de ce qu'elle vivait. Elle n'avait pas la possibilité de le faire ni avec son ami qui ne lui montrait aucun intérêt ni avec sa mère avec laquelle elle restait pudique. Lise a fortement été marquée par son interruption de grossesse. Il lui arrive encore d'y penser. Elle sait que c'est un moment de sa vie qu'elle n'oubliera jamais. Depuis son interruption de grossesse, Lise a terminé son apprentissage et a trouvé une place de travail qui l'épanouit. Elle s'est mariée et a eu un enfant quelques années plus tard.

Marion est une jeune femme qui a interrompu sa grossesse lorsqu'elle avait environ 19 ans. A cette époque, elle allait débiter son apprentissage et était en couple depuis moins d'une année. Lorsqu'elle a découvert sa grossesse, aux alentours de la 8^e semaine, elle vivait avec son ami. Elle ne pouvait pas imaginer, à ce moment-là, devoir gérer son ménage, son couple, son apprentissage ainsi que la venue d'un bébé. Lorsqu'elle a eu connaissance de sa grossesse, elle a souhaité que les choses se déroulent rapidement car le délai des douze semaines se rapprochait. Dans son témoignage, elle évoque avoir dû hausser le ton avec le personnel de l'hôpital afin que les procédures se fassent rapidement et que l'interruption de grossesse ait lieu dans les plus brefs délais. Durant ce processus, elle a bénéficié de la présence de son ami ainsi que celle de sa mère. Elle s'est étonnée de voir que l'on ne se préoccupait pas davantage d'elle et qu'on ne lui ait pas proposé un accompagnement après cette intervention. Au vu de l'âge de la grossesse, Marion a vécu une interruption de grossesse chirurgicale. Si elle avait eu le choix, elle aurait souhaité la méthode médicamenteuse. Son témoignage a été marqué par son mécontentement à l'égard des professionnel·le·s. Elle se souvient du moment où elle s'est retrouvée en salle de réveil. Ce moment semble l'avoir particulièrement affectée car elle ne s'est pas sentie entourée par les professionnel·le·s présent·e·s. Elle a eu le sentiment d'être à « *l'usine* ». Un des moments-clés du témoignage de Marion a été lorsqu'elle s'est exprimée sur la difficulté à faire comprendre son mal-être à son ami. Lui, souhaitait qu'elle poursuive cette grossesse. Il n'arrivait pas à concevoir qu'elle puisse souffrir de la situation alors qu'elle avait fait le choix de recourir à cette intervention. Pour le jeune homme, si Marion souffrait, elle ne pouvait s'en vouloir qu'à elle-même car le choix lui avait été laissé. Elle s'est réellement sentie incomprise, mise à l'écart après son interruption de grossesse et a eu le sentiment que leur chemin se séparait. Suite à cette intervention, les relations conjugales entre les deux jeunes gens ont été tendues jusqu'à ce que Marion tombe enceinte une nouvelle fois. Cette deuxième grossesse est arrivée moins d'une année après la première. Cette fois-ci, Marion a souhaité la mener à terme. Elle a donc arrêté son apprentissage et a donné naissance à son premier enfant en 2011. Marion s'est séparée de son ami quelques mois après cette naissance.

Julie avait environ 22 ans lors de son interruption de grossesse. A cette époque, elle avait une activité professionnelle et était en couple depuis moins d'une année. Lorsqu'elle a découvert sa grossesse, elle a été habitée par une joie inexplicable mais, en même temps, elle était déjà au clair avec sa décision. Elle ne pouvait pas envisager poursuivre cette grossesse avec un homme qui n'estimait pas leur relation sérieusement. De plus, dans les jours qui ont précédé la découverte de sa grossesse, Julie a dû gérer l'annonce de la maladie d'un membre de sa famille ainsi que l'infidélité de son ami. De ce fait, elle ne se sentait pas prête à mener à terme cette grossesse et a très rapidement pris contact avec son gynécologue. Au vu de l'âge de sa grossesse, Julie aurait pu faire une interruption de grossesse médicamenteuse. Elle a tout de même préféré la méthode chirurgicale. Elle a fait ce choix car elle ne souhaitait pas être consciente lors de l'intervention et cette méthode lui paraissait être plus fiable. Le témoignage de Julie a été marqué par la dimension du secret et de la culpabilité. En effet, très rapidement, elle a expliqué ne pas avoir réussi à en parler à son ami qui était de confession musulmane. Elle redoutait sa réaction et n'a pas souhaité se confronter à lui. Le récit de Julie a mis en

lumière un mal-être profond et un sentiment de culpabilité par rapport à ce lourd secret. En effet, elle s'en veut encore maintenant de ne pas lui en avoir fait part. Elle précise que ne pas en avoir parlé à son ami l'a fait énormément souffrir. Elle estime être une personne honnête et son comportement de l'époque n'était pas en accord avec ses valeurs. Julie regrette amèrement de ne pas avoir eu le courage de partager cela avec la personne concernée et sait pertinemment qu'elle portera ce secret à vie. Dans son témoignage, elle évoque que seule sa sœur était au courant de ce qu'elle vivait. Julie n'a pas souhaité en faire part au reste de la famille qui vivait des moments très difficiles depuis l'annonce de la maladie d'un de leurs membres. Elle évoque que ce n'est que quelques mois plus tard qu'elle en a parlé à sa famille et qu'elle a été marquée par leur manque d'empathie. Elle espérait avoir un soutien de leur part mais n'a pas pu compter sur eux.

Anne est une jeune femme qui a interrompu sa grossesse quelques jours après avoir fêté sa majorité. A cette époque, elle était en apprentissage et était en couple avec son ami depuis plus de deux ans. Lorsqu'elle a découvert sa grossesse, Anne était encore mineure. Pour elle, le choix était clair et net dès le départ. Elle souhaitait que l'intervention se déroule dans les plus brefs délais. Son ami, par contre, souhaitait qu'elle mène à terme cette grossesse. Elle a bénéficié du soutien de sa belle-famille et plus particulièrement de la mère de son ami. C'est elle qui l'a mise rapidement en contact avec un gynécologue. N'effectuant pas d'interruption de grossesse, il l'a adressée à un de ses confrères. Au vu de l'âge de sa grossesse, Anne a pu interrompre sa grossesse par la méthode médicamenteuse. Le médecin lui a alors délivré les médicaments et Anne a vécu son interruption de grossesse à domicile. Son témoignage a été marqué par la réaction de ses parents. En effet, lorsqu'elle leur en a fait part, elle savait que leur réaction n'allait pas être enthousiaste mais elle ne s'attendait tout de même pas à être mise à la porte deux semaines après son interruption de grossesse. Ses parents ne voulaient pas d'« assassin » sous leur toit. De plus, dans son témoignage, Anne évoque ne pas avoir pris réellement conscience qu'elle avait interrompu une grossesse. Pour elle, cette prise de conscience a eu lieu environ sept ans après son intervention. Elle relate avoir répondu à une recherche à ce sujet qui lui a permis de réaliser et de se replonger, avec du recul, dans son interruption de grossesse. Selon Anne, elle avait occulté cet événement et n'avait pas l'impression qu'elle l'avait vécu.

Je tiens à préciser que j'ai rencontré Anne sur un forum de discussion relatif à l'interruption de grossesse. Ce type de plateforme lui permet d'entrer en contact avec des personnes qui recherchent des témoignages dans le cadre d'étude mais également de partager son expérience avec d'autres femmes vivant ou ayant vécu une telle intervention.

Valérie, elle, avait 27 ans lorsqu'elle a interrompu sa grossesse. A ce moment-là, elle était en apprentissage et venait de se séparer de son ami avec qui elle était restée pendant plus de deux ans. Cette grossesse était désirée par le couple. Valérie et son ami avaient, d'un commun accord, décidé de concevoir un enfant. La situation s'est compliquée pour Valérie puisqu'elle a pris la décision de mettre un terme à sa relation conjugale. Elle a appris sa grossesse à la suite d'un contrôle gynécologique. Pour elle, la décision était prise : elle souhaitait recourir à une interruption de grossesse. Son ex-compagnon ne pouvait pas concevoir qu'elle « tue » leur bébé. Etant déjà mère d'un premier enfant qui a vécu sans la présence de son père, elle ne désirait pas reproduire le même schéma. Au vu de l'âge de la grossesse, elle a vécu une interruption de grossesse médicamenteuse. Le témoignage de Valérie est marqué par un sentiment de colère. En effet, elle s'en veut amèrement d'avoir mis un terme à cette grossesse qui était initialement désirée. Elle a vécu cette intervention comme une punition. De plus, son récit relève l'importante solitude qu'elle a vécue pendant cette interruption de grossesse. Elle précise que son entourage ne s'est pas préoccupé d'elle et qu'elle a vécu ce processus dans

« *sa bulle* ». De plus, elle s'est sentie mal informée par sa gynécologue. Le moment de tirer la chasse d'eau a été particulièrement difficile pour Valérie. Avec du recul, elle peut, à présent, exprimer qu'un soutien n'aurait pas été de trop lors de ce moment. Depuis son interruption de grossesse, elle a rencontré un nouveau compagnon avec qui elle vit. Ils attendent un heureux événement pour le début de l'année 2012.

Cette première analyse permet d'avoir une première image des femmes rencontrées. Les différents éléments évoqués offrent une vision d'ensemble de chaque témoignage ainsi qu'une première prise de contact avec ces différentes trajectoires.

Après avoir effectué cette première analyse individuelle, il est temps de s'intéresser aux thématiques qui sont apparues de manière récurrente dans les différents témoignages recueillis.

4.2 L'importance de la situation professionnelle

La situation professionnelle a très souvent été évoquée au fil des témoignages. En effet, il semble que ce facteur a été, pour la plupart des femmes interrogées, un paramètre non négligeable qui a pesé dans leur décision.

Il a souvent été question d'un apprentissage fraîchement débuté ou d'une situation professionnelle qui ne permettait pas d'allier vie familiale et vie professionnelle ou qui n'aurait pas permis de subvenir aisément aux besoins d'un enfant.

L'entrée dans la vie professionnelle mêlée à d'autres critères a empêché les femmes interrogées d'imaginer mener à terme leur grossesse.

Comme le dit Lise, « *c'est vrai qu'il faut aussi penser à l'enfant à venir et pas qu'à nous. [...] Après discussion, j'en suis venue à prendre cette décision parce que je ne me voyais pas à 18 ans mère d'un enfant. Et puis, est-ce que mon apprentissage allait jouer en étant mère jeune ?* ». L'incertitude par rapport au devenir de cet enfant semble avoir été souvent au centre des préoccupations. La peur de ne pas réussir à s'en sortir financièrement, relative à une situation professionnelle précaire, a été évoquée plus d'une fois.

Dans trois témoignages sur cinq, les femmes ont mentionné la peur de se retrouver dans le besoin avec un enfant à charge. Sur ces trois femmes, deux d'entre elles venaient tout juste d'entamer leur première année d'apprentissage et ne pouvaient pas imaginer l'arrivée d'un enfant à ce moment de leur vie. Comme le résume Marion, « *J'avais ma place d'apprentissage qui s'offrait à moi donc j'avais pas la possibilité de garder l'enfant. En plus je vivais déjà avec mon ami donc de gérer un appartement, un apprentissage plus un enfant, c'était vraiment pas le top* ».

Dans les deux autres témoignages, le facteur de la situation professionnelle n'a pas été évoqué. Il semble que pour ces deux récits, d'autres paramètres soient entrés en ligne de compte.

Valérie a brièvement évoqué sa situation professionnelle mais il ne s'agissait pas d'un facteur capital. En effet, suite à une décision commune avec son compagnon de concevoir un enfant, elle se trouvait dans sa dernière année d'apprentissage et pouvait imaginer mener à terme une grossesse. L'éventuelle venue d'un enfant aurait eu lieu une fois son apprentissage terminé.

Dans son cas, la principale raison qui l'a amenée à mettre un terme à cette grossesse a été la rupture avec son ami.

4.3 La place et la décision du père

Dans les cinq témoignages recueillis, la position du père a été évoquée. La présence du compagnon, ainsi que la place qu'il a eue ou qu'il a prise durant le processus, a été soulevée par les différentes femmes rencontrées.

La place et la présence de ce compagnon a été pour toutes les femmes vécue de façon bien différentes. Dans tous les récits de vie recueillis, ce personnage a pris une place et a joué un rôle plus ou moins important lors du processus de l'interruption de grossesse.

Dans plusieurs témoignages, sa position ou plutôt sa décision ou son avis sur la situation ne valait rien aux yeux des femmes qui étaient décidées à interrompre leur grossesse. Pour elles, il s'agissait de leur choix et il ne concernait personne d'autre.

Lors de son témoignage, Anne évoque le moment où elle a été confrontée à la position de son ami : *« J'en ai parlé à mon copain et le problème c'est qu'il voulait le garder. Il était à 300% sûr qu'il fallait qu'on le garde et moi je ne voulais pas donc la femme a toujours raison et c'est à elle de prendre la décision même si ça a détruit notre couple par la suite »*. Lorsque la question de la position de son ami de l'époque a été à nouveau soulevée un peu plus tard dans l'entretien, la réponse d'Anne a été claire : *« Il n'a pas eu son mot à dire »*.

Lorsque Marion aborde cette question au cours de son témoignage, elle évoque : *« Lui, il voulait le garder ! Ça faisait moins d'une année qu'on était ensemble et moi j'allais avoir ma place d'apprentissage donc pour moi c'était hors de question ! Lui, à ce moment-là, il finissait son apprentissage »*. Là encore, l'ami de Marion souhaitait que la grossesse soit menée à terme mais, au vu principalement du facteur professionnel lié à une histoire amoureuse fraîchement constituée, Marion n'a pas souhaité la poursuivre. Elle évoque dans son récit le décalage entre sa perception et celle de son compagnon qui, avec le temps, a fini par les séparer : *« Vu que c'était mon choix, il fallait que je l'assume, il ne fallait pas que je me plaigne, il ne fallait pas que je sois mal car c'était mon choix. Pour lui, si je n'avais pas voulu être mal, je n'avais qu'à garder l'enfant »*.

Dans le témoignage de Julie, le père n'a pas été mis au courant de la grossesse. Il était de confession musulmane et Julie n'a pas souhaité l'informer de sa grossesse et de sa décision de l'interrompre car elle craignait sa réaction. Lors de la découverte de sa grossesse, Julie apprend également l'infidélité de son ami et, une semaine avant cela, on lui annonçait également la maladie d'un membre de sa famille qui décédera quelques mois plus tard. Ces multiples facteurs ont amené Julie à prendre la décision de mettre un terme à cette grossesse. Comme elle l'évoque, *« Je savais qu'il voulait avoir un enfant mais ce n'était pas sérieux entre nous, cela faisait six mois qu'on était ensemble et surtout après ce que j'ai appris. J'ai vraiment eu trop peur de sa réaction. Le truc c'est qu'après on est resté encore trois ans ensemble sans que je lui dise et ça je crois que de ne pas lui avoir dit, ça a été ma plus grande douleur en fin de compte »*. Julie a beaucoup souffert de ne pas lui en avoir fait part et regrette encore à l'heure d'aujourd'hui de ne pas avoir osé lui en parler. Elle a vécu cela comme un manque d'honnêteté envers elle-même et envers son ami avec qui elle est restée encore de longs mois après l'interruption de grossesse. Ce secret a été très dur à porter et a clairement changé la relation qu'elle entretenait avec cet homme. Elle est d'ailleurs catégorique sur le fait

qu' « avec du recul j'en aurai parlé directement à mon copain ! Ça c'est la plus grande erreur que j'ai faite et que je regrette encore maintenant ! J'aurai dû lui dire direct ! Au moins ça aurait été fait, les choses auraient été claires, de toute façon je n'aurai pas changé de décision puisqu'elle m'appartient ».

Sur les cinq témoignages recueillis, dans trois d'entre eux, les pères auraient souhaité que la grossesse se poursuive. En effet, dans trois cas, il y avait un net désaccord entre la position de la femme et celle de son compagnon. Ce désaccord a été source de tension et de prise de distance au sein du couple. Ce point sera rediscuté dans le chapitre qui aborde les complications conjugales après une interruption de grossesse.

Dans un seul témoignage, la position du père était la même que celle de la femme. Il ne se sentait pas prêt à devenir père et au vu des tensions déjà existantes au sein du couple, l'arrivée d'un enfant n'était pas la bienvenue. En effet, lorsque Lise me livre son témoignage, elle évoque la façon dont son ami de l'époque a accueilli la nouvelle : « De toute façon mon ex était pour l'avortement. Dès que j'ai eu mon test positif, il m'a dit : « De toute façon, tu vas avorter ! ». Je n'ai même pas eu le temps moi de digérer la situation ».

Elle poursuit son témoignage en décrivant le comportement de son ami lors de son interruption de grossesse : « Je n'ai pas eu de soutien de sa part. Il était là le jour de l'intervention mais sinon pour lui c'était déjà réglé. Lui il ne subissait rien en même temps. Pourtant il avait 10 ans de plus que moi donc ce n'était pas un gamin. Il était posé, stable mais je n'ai pas eu de soutien de sa part. Il s'en fichait ».

Dans le témoignage de Valérie, la situation est bien différente des autres femmes rencontrées. En effet, Valérie et son compagnon, avec lequel elle entretenait une relation depuis plus de deux ans, ont pris la décision commune de faire un enfant. Elle évoque que : « Il y avait beaucoup de hauts mais aussi beaucoup de bas, il avait quatre ans et demi de moins que moi. [...] On pensait que notre couple allait se renforcer ».

Peu de temps après l'arrêt de la pilule, suite à une dispute, Valérie a pris la décision de mettre fin à sa relation sentimentale. Dans l'intervalle, elle a consulté sa gynécologue qui, lors de ce contrôle, lui a appris qu'elle était enceinte.

Dans son témoignage, Valérie décrit la position du père par rapport à cette décision d'interruption de grossesse, elle évoque que : « Mon ex savait que j'étais enceinte donc je le lui avais dit. Je lui avais dit aussi que j'allais avorter et lui, il n'a pas du tout accepté ça en fait. Il m'a dit : « mais ce n'est pas possible, tu ne peux pas faire ça, tu ne peux pas tuer mon enfant ! ».

Comme en témoigne les articles de lois qui régissent l'interruption de grossesse en Suisse, le père est inexistant. Du moins, il n'a aucun droit par rapport à la décision de la femme d'interrompre ou non sa grossesse. En aucun cas il ne peut obliger la femme à interrompre ou au contraire à poursuivre sa grossesse. De plus, la femme n'a pas l'obligation d'en parler à son compagnon. Elle est libre de faire ce que bon lui semble sans pour autant partager avec la deuxième personne concernée par cette grossesse. A l'inverse, si la grossesse est menée à terme, le père a des droits et devoirs envers l'enfant.

Parmi ces derniers, notons qu'il pourra reconnaître l'enfant (art. 260 CC al.1) et aura le droit d'entretenir des relations personnelles avec l'enfant (art. 273 CC al.1).

Dans le cadre des interruptions de grossesse, les pères n'ont pas de place. Ils ne sont à aucun moment cités. Il semblerait que cet acte soit un acte ne concernant pas la population masculine.

Comme le soulève THENOT (2006, p. 1) dans sa réflexion autour de l'apparente absence des hommes face aux interruptions de grossesse, « *A l'évidence, une grossesse, qu'elle soit désirée ou non, se passe dans le corps de la femme et c'est elle qui va devoir assumer les conséquences d'un choix, quel qu'il soit. Sa vie pourra en être d'ailleurs bouleversée. Pourtant, un enfant se conçoit d'une manière générale à deux et l'homme a tout de même une part de responsabilité. Qu'il soit présent ou non auprès de sa compagne, il existe* ».

A l'exception de Julie qui n'a pas souhaité parler de sa grossesse à son compagnon et de Valérie qui venait de se séparer de son ami, les trois autres femmes rencontrées ont tout de même bénéficié de la présence de leur ami lors du processus.

Sur ces trois femmes, deux d'entre elles étaient en désaccord avec leur compagnon quant au devenir de cette grossesse. Ce désaccord n'a pas empêché ces hommes de les accompagner lors des rendez-vous gynécologiques qui ont précédé l'intervention.

Ainsi, Anne a pu dire que son ami : « *était toujours là, il était là chez le gynéco, il a presque tout fait avec moi* ». Même s'il n'a pas eu son mot à dire, il s'est montré tout de même présent. L'interruption de grossesse médicamenteuse d'Anne s'est par contre déroulée sans sa présence. Lorsque je me suis intéressée à savoir si elle avait eu l'occasion de reparler de son interruption de grossesse avec son ami, elle décrit le climat comme étant « *explosif car moi j'étais retranchée dans mon idée et lui c'était son idée qui devait primer* ».

Marion mentionne au cours de son témoignage : « *Il m'a quand même soutenu, il m'a amené à l'hôpital, il est venu me voir direct après. J'ai quand même eu du soutien de sa part. [...] Consciemment il me disait que mon choix ne lui posait pas de problème mais inconsciemment il me faisait quand même beaucoup de mal. Il m'a quand même bien mise à l'écart pendant une année et demie.* »

4.4 L'instabilité conjugale

L'instabilité conjugale a été très rapidement abordée lorsque les femmes ont abordé ce qui les avait amenées à prendre la décision d'interrompre leur grossesse. En effet, le manque de stabilité au niveau de leur couple mêlé à d'autres critères a pesé sur la balance.

Les relations conjugales tendues ou conflictuelles ont, en quelque sorte, « facilité » la prise de décision d'interrompre la grossesse. Dans trois témoignages sur cinq, ce facteur a été évoqué. Lise mentionne que : « *c'était une période où ça n'allait déjà pas donc je pense que ça m'a aidé à faire mon choix de ne pas le garder. Parce que c'est vrai, ça n'aurait pas continué de toute façon* ».

Elle poursuit en disant qu'elle savait qu'elle « *n'allait pas faire ma vie avec ce gars donc je pense que je ne l'aurai de toute façon pas gardé. Je ne voulais pas faire subir ça à cet enfant. Je cherchais de la stabilité et puis pour l'enfant qui allait venir si je l'avais gardé, peut-être ne pas connaître son père, il faut aussi se poser les questions par rapport à ça* ».

Valérie s'est séparée de son compagnon quelques jours avant la découverte de sa grossesse. Cette grossesse était souhaitée mais les relations conjugales se sont rapidement péjorées avec des accès de violence verbale voire physique ce qui a amené Valérie à y mettre un terme. Au vu des rebondissements dans sa vie sentimentale, elle ne pouvait, de ce fait, pas imaginer une autre solution que celle de l'interruption de grossesse. Etant déjà mère d'un enfant qu'elle a élevé seule, elle ne souhaitait pas repasser par là une deuxième fois. Dans son témoignage, Valérie décrit le jour où elle a appris qu'elle était enceinte : « *J'apprends que je suis enceinte,*

c'était un vendredi après-midi je me rappelle encore, parce que j'ai dû faire tout le week-end en me disant que je ne voudrais pas garder cet enfant ».

La peur de se retrouver seule à assumer un enfant assortie d'une situation professionnelle précaire ont souvent conduit les femmes interrogées à opter pour l'interruption de grossesse.

Dans un seul cas sur les cinq, les relations conjugales se déroulaient bien avant l'interruption de grossesse. Cela faisait moins d'une année que Marion était en couple avec son ami et elle ne pouvait pas imaginer pouponner à ce moment-là. A cela venait s'ajouter une place d'apprentissage qui s'offrait à elle et qu'elle ne se voyait pas refuser. Il est intéressant de noter que Marion est retombée enceinte moins d'une année après son interruption de grossesse et qu'elle a mené à terme cette seconde grossesse. Elle a arrêté son apprentissage qu'elle avait entamé et a souhaité garder ce bébé.

Dans trois des témoignages, la relation de couple durait depuis plus de deux ans mais était tout de même instable car parsemée de disputes, de moments de tensions ce qui ne présageait rien de bon pour la suite selon les femmes interrogées.

Dans le cas de Julie qui n'a pas parlé de sa grossesse à son ami, elle ne pouvait pas imaginer mener à terme cette grossesse car cela faisait environ six mois qu'ils se fréquentaient. A cela est venu s'ajouter l'infidélité de son ami ainsi que l'annonce de la maladie d'un membre de sa famille. Ces différents facteurs ont amené Julie à être au clair très rapidement sur sa décision de recourir à une interrompre sa grossesse. Pour elle, *« quand on fait un enfant c'est qu'il y a un père, une mère, que la situation soit stable. Ce n'est pas faire un enfant pour faire un enfant. C'est pour ça que j'ai pris cette décision »*. Elle a conclu son témoignage en disant : *« Je pense que c'est une trop belle chose pour que ce soit fait dans la précipitation et puis qu'après on ne sache pas comment s'en sortir. J'ai envie qu'il vienne dans un cadre qui est déjà sain et désireux »*.

4.5 L'imagination du bébé « avorté »

Dans tous les témoignages recueillis, les femmes ont pu me confier avoir pensé ou penser encore à l'heure actuelle au bébé qu'elles auraient eu si elles n'avaient pas interrompu leur grossesse.

Lors de son témoignage, Lise évoque rapidement que *« encore maintenant j'y pense tous les jours. Je me dis : Il aurait 8 ans, il serait né au mois de mai, etc ... Je ne regrette pas du tout mais j'y pense encore ça ne s'oublie pas »*.

Il semble que les mois qui ont suivi l'interruption de grossesse, nombre de signes semblent avoir eu leur importance. Comme le soulève Lise : *« Tu vois une poussette, une femme enceinte t'y repenses tout le temps [...] Encore aujourd'hui j'y pense malgré que je n'aie plus du tout de contact avec mon ex »*.

Julie pense également à ce bébé qui n'a jamais vu le jour. Lors de son témoignage, elle a évoqué le fait qu' *« actuellement il aurait 4 ans, est-ce que c'était un garçon ? Est-ce que c'était une fille ? Quand je vois des enfants du même âge, des fois je me dis que j'aurais pu être maman d'un enfant de cet âge-là donc voilà après ce n'est pas pour pleurer dessus toute sa vie parce qu'une décision quand on la prend, on la prend. Après ça serait faux de dire que je n'ai pas regretté ma décision »*.

Elles ont toutes des souvenirs plus ou moins précis de la période à laquelle elles sont tombées enceinte et donc de la période à laquelle elles auraient dû mettre au monde cet enfant.

De ce fait, il leur est souvent arrivé ou leur arrive encore à l'heure actuelle d'imaginer cet enfant. Les dates symboliques telles que les dates d'anniversaire semblent être très représentatives pour ces femmes.

Lors de leurs témoignages, elles ont souvent abordé ce sujet d'une manière un peu nostalgique. De plus, elles semblent s'être souvent questionnées sur le sexe de cet enfant. Savoir s'il s'agissait d'une fille ou d'un garçon, savoir comment il ou elle serait à l'heure actuelle si elles n'avaient pas interrompu leur grossesse ont été des éléments qui ont été relevés par quelques-unes d'entre elles.

Pour chacune des femmes rencontrées, elles n'oublieront jamais cette interruption de grossesse même si elles ne regrettent pas leur acte mais elles ne pourront jamais effacer ce qu'elles ont vécu et ce qu'elles ont traversé.

Comme le relève Anne : *« Même si on le vit bien, même si on le choisit à 300% et qu'on est sûre de soi, ça laisse des traces pour la suite. Mais non je n'ai pas de regrets, je ne peux pas avoir de regrets parce que c'est ce que je voulais ».*

4.6 Les complications conjugales post-IG

Dans les cinq témoignages recueillis, la relation de couple s'est soit très rapidement dégradée après l'interruption de grossesse soit s'est petit-à-petit détériorée pour finalement se terminer.

L'interruption de grossesse semble avoir été un élément déclenchant ou du moins un élément important qui a teinté la relation de couple et qui a eu comme conséquence, dans la quasi-totalité des témoignages recueillis, une rupture.

Julie a beaucoup culpabilisé de ne pas avoir parlé à son compagnon de sa grossesse et de son désir de l'interrompre. De ce fait, elle s'est sentie très mal à l'aise avec ce choix qu'elle a dû porter toute seule. Dans son témoignage, elle décrit leur relation après son interruption de grossesse. Selon elle, *« A ce moment-là, tout a changé entre nous. On avait plus du tout de discussion. Avant on avait une grande complicité mais après l'interruption de grossesse ça a beaucoup changé. [...] Je n'arrivais pas du tout à être la même. Ça a duré encore trois ans mais je ne sais pas comment ça a duré encore trois ans ».*

Cette décision cachée a modifié la relation qu'elle entretenait avec son compagnon. Elle ne s'est pas sentie confortable avec cette situation, elle était hantée à l'idée que son ami l'apprenne ce qui s'est fait ressentir dans sa relation.

Dans le témoignage de Marion, le désaccord entre elle et son compagnon sur la décision d'interrompre la grossesse a créé une distance et des tensions dans leur couple. Elle n'a pas été soutenue par son ami comme elle le souhaitait et s'est sentie incomprise et mise à l'écart. L'interruption de grossesse a créé une distance dans le couple jusqu'à la nouvelle grossesse, moins d'une année après. Marion décrit la période qui a suivi l'interruption de grossesse comme une période pendant laquelle elle a eu beaucoup de reproches de la part de son ami. Elle poursuit sa description en arguant que : *« Après un avortement, on n'est pas forcément bien moralement, c'est vrai que je me suis laissée un peu aller et j'ai eu beaucoup de reproches par rapport à ça. Je lui disais : je n'ai pas suivi une intervention simple, c'est*

quand même une interruption de grossesse [...] C'est vrai que lui avait énormément de peine à comprendre ça [...] Pour lui ce n'était pas compréhensible que je sois aussi mal vu que c'était mon choix [...] Vu que c'était mon choix, il fallait que je l'assume, il ne fallait pas que je me plaigne, il ne fallait pas que je sois mal car c'était mon choix. Pour lui, si je n'avais pas voulu être mal, je n'avais qu'à garder l'enfant ».

Marion évoque que c'est à partir de son interruption de grossesse que son compagnon s'est montré davantage distant avec elle et qu'il a commencé à montrer des signes d'agressivité envers elle. Elle relève également que son interruption de grossesse a été un sujet qui a créé des tensions au sein de leur couple.

La rupture entre Marion et son compagnon a eu lieu quelques mois après la naissance de leur enfant.

Dans le témoignage de Lise, la position du compagnon était si catégorique qu'il n'y a pas eu de moment de discussion au sein du couple. Cette absence d'échange a engendré une distance supplémentaire au sein d'un couple qui traversait déjà une période quelque peu compliquée. L'interruption de grossesse est venue s'ajouter à une situation conjugale déjà vacillante qui, deux mois après, s'est terminée. Elle mentionne que « *l'interruption de grossesse n'a pas arrangé les choses entre nous, loin de là* ». Selon Lise, cette interruption de grossesse l'a amenée à se replier sur elle-même et à perdre beaucoup confiance en elle.

Anne s'est, quant à elle, séparée de son ami environ trois semaines après l'intervention. Il est intéressant de souligner que son compagnon souhaitait qu'elle poursuive sa grossesse.

4.7 L'accompagnement et le soutien de la part des professionnel·le·s et de l'entourage

Comme évoqué précédemment, la thématique de l'accompagnement était une thématique que je souhaitais aborder lors de mes échanges avec les femmes qui ont accepté de témoigner. En effet, cette thématique, dans le cadre de l'interruption de grossesse, m'intéressait particulièrement.

Lorsqu'elle a été abordée par les différentes femmes, plusieurs éléments semblables ont été évoqués.

Il est apparu que toutes les femmes rencontrées n'ont pas le souvenir que leur médecin gynécologue leur ait proposé, à un moment donné, de bénéficier d'un accompagnement particulier avant, pendant ou après leur interruption de grossesse.

A leur façon, elles ont toutes fait état d'un sentiment de minimisation de la part des professionnels par rapport à leur interruption de grossesse. Marion parle d'avoir eu le sentiment d'être « *à l'usine* », Valérie évoque l'impression « *qu'on nous lâche un peu* », ou encore le sentiment « *que c'est un truc qu'on a jeté à la poubelle et puis c'est fini* ».

Marion a eu le sentiment d'avoir été oubliée lors de son interruption de grossesse : « *C'était vraiment on rentre, on se fait avorter, on ressort et puis voilà c'est fait, on n'a pas de suivi, on n'a pas d'explication ou quoi que ce soit [...]* ». Elle poursuit son témoignage en disant qu'elle s'attendait à davantage de soutien de la part des professionnel·le·s après l'intervention : « *Mis à part ça je pensais qu'il y allait avoir plus de soutien derrière parce que vraiment le soir tu rentres, ils t'expliquent même pas que tu vas continuer à avoir mal au ventre ou quoi que ce soit* ».

Lorsque la thématique de l'accompagnement a été abordée au cours des différents témoignages, un élément important est apparu. En effet, seule Lise a ressenti le besoin de parler de son interruption de grossesse sur le moment même. Ce sentiment a été vécu de manière intense mais n'a pas été assouvi par gêne et par peur d'être jugée. De plus, ne se voyant pas proposer un accompagnement à la suite de son interruption de grossesse, elle n'a pas osé effectuer elle-même les démarches mais le regrette amèrement encore à l'heure actuelle.

Les autres femmes n'ont pas éprouvé le besoin d'en parler ou de bénéficier d'un accompagnement tout de suite après leur interruption de grossesse, au contraire. Sur le moment, elles n'ont pas souhaité partager ce qu'elles vivaient et ont décrit une phase d'anesthésie. Ce n'est que par la suite, avec une prise de recul de une à plusieurs années, qu'elles ont pris réellement conscience et qu'elles ont ressenti le besoin d'extérioriser et de partager.

Au moment de son interruption de grossesse, Julie consultait une psychologue pour d'autres raisons personnelles mais s'est surprise elle-même car elle n'a pas ressenti le besoin de lui parler de son interruption de grossesse. Ce n'est qu'une année et demie plus tard qu'elle a ressenti le besoin profond d'en parler. Lors de son récit, elle évoque le moment où elle en a fait part à sa famille. Elle s'est étonnée de leur réaction : *« Honnêtement, je ne me suis pas du tout sentie jugée mais pour moi je l'ai dit mais j'attendais peut-être quelque chose en retour. J'attendais un peu plus d'écoute en fin de compte. Ça a été vraiment froid comme si je leur avais dit que j'allais acheter des pommes. Il n'y a eu aucun jugement mais aucune empathie non plus »*.

Julie évoque une sorte de décalage entre ce qui était présent au moment de son interruption de grossesse et ce dont elle a eu besoin après coup : *« Sur le moment, je n'avais pas du tout mal, c'est après, plus tard, que ça m'a fait vraiment mal peut-être quand je me suis un peu rendue compte de tout ça mais sur le moment je n'avais vraiment pas envie d'en parler. Le jour où j'ai eu besoin d'en parler, à ce moment-là je ne voyais plus ma psychologue, ma famille pour eux c'était fait, mon ex c'était trop tard pour lui en parler et c'était peut-être à ce moment-là où moi j'avais besoin d'en parler et c'est là où il n'y avait personne avec qui je pouvais vraiment partager »*.

A l'exception du témoignage de Valérie, les femmes ont eu, au minimum, la présence d'une personne significative lors de leur interruption de grossesse. Il semble que cet accompagnement de type familial voire amical leur a permis de ne pas se sentir totalement seules dans cette épreuve. L'accompagnement offert par ces personnes a duré le temps de l'interruption de grossesse mais pas au-delà. En effet, elles ont pu toutes dire qu'une fois l'interruption de grossesse effectuée, elles n'en ont plus reparlé avec les personnes en question.

Anne s'est, quant à elle, sentie très soutenue par la famille de son ami de l'époque. En effet, elle entretenait de meilleures relations avec sa belle-famille qu'avec ses propres parents. Elle a pu bénéficier de leur écoute et de leurs conseils. Même au-delà de son interruption de grossesse et de sa rupture, elle a continué à entretenir de très bons rapports avec eux. Dans son témoignage, elle évoque la position catégorique de sa mère par rapport à l'interruption de grossesse. Suite à cette intervention, Anne s'est retrouvée mise à la porte par ses parents qui ne pouvaient pas accepter être sous le même toit qu' *« un assassin »*.

Lorsque la thématique de l'accompagnement a été abordée, elle a rapidement été mise en relation avec la famille ou l'entourage. En effet, les femmes rencontrées ont, pour la plupart d'entre elles, eu une personne de leur famille, très souvent leur mère, à leurs côtés.

Dans deux témoignages, celui de Lise et celui de Marion, la présence de la figure maternelle semble avoir été capitale dans le processus de l'interruption de grossesse. En effet, dans ces deux cas, cette présence que l'on pourrait également nommer assistance a représenté un soutien ou du moins une personne sur qui elles ont pu compter lors du processus. Elle semble avoir joué un rôle important car toutes deux ne sont pas certaines qu'elles aient été au bout de leur décision si elles n'avaient pas eu cette présence maternelle.

Pour Valérie, son interruption de grossesse a été vécue toute seule et elle n'a bénéficié de l'accompagnement ou du soutien de quiconque. En effet, s'étant séparé de son ami quelques jours auparavant et sa famille n'ayant pas été présente comme elle l'aurait souhaité, Valérie a préféré vivre son interruption de grossesse médicamenteuse dans « *sa bulle* » à son domicile. Son seul échappatoire, aussi minime soit-il, a été l'échange de quelques messages avec une copine. Lors de son témoignage, elle a pu mentionner qu'elle aurait souhaité davantage d'explication par rapport au déroulement d'une interruption de grossesse médicamenteuse. Lors de ce processus, elle n'a pas ressenti le besoin d'être accompagnée ou d'en parler à quelqu'un mais avec une prise de recul, elle aurait apprécié que quelqu'un soit à son écoute : « *Maintenant avec du recul je me dis que j'aurai apprécié que quelqu'un soit là ou que quelqu'un vienne me voir après et qu'on me demande si ça va, ce que j'ai ressenti, etc... J'en ai parlé à une amie mais après à part mon amie, il n'y a personne qui est là vraiment pour te soutenir vraiment* ».

Valérie n'a pas non plus le souvenir que sa gynécologue lui ait proposé quelque chose après son interruption de grossesse : « *elle me l'a peut-être proposé mais plutôt du genre il faut proposer parce que c'est un peu comme ça qu'on doit faire les choses mais ce n'est pas vraiment allez-y une fois parce ce que c'est comme ça qu'on demande de le faire* ».

4.8 L'image du « cœur qui bat »

Au cours des témoignages, trois femmes sur les cinq rencontrées ont évoqué à leur manière la souffrance de mettre fin à la vie du bébé qu'elle portait.

Au vu de sa situation personnelle, Valérie savait que si son test de grossesse s'avérait positif, elle allait devoir interrompre cette grossesse. Après avoir eu la confirmation qu'elle était bel et bien enceinte, elle s'est rendue chez sa gynécologue pour confirmer sa décision. Lors de ce rendez-vous, sa gynécologue a procédé à une échographie puis lui a remis les différents comprimés que Valérie devait prendre : « *Elle a quand même fait une échographie que je n'ai pas regardé. [...] Après c'est assez horrible les jours d'après parce que t'as un truc dans le ventre qui, tu sais, est en train de mourir, même si c'est que 15 jours ou que 3 semaines, ça n'empêche que c'est un être vivant pour moi* ».

Lorsque Valérie évoque son interruption de grossesse médicamenteuse, elle décrit ce moment comme étant un moment particulièrement difficile et auquel elle n'avait pas été préparée. Elle aurait souhaité que sa gynécologue l'informe davantage sur l'interruption de grossesse médicamenteuse : « *Je m'attendais à avoir juste des douleurs et c'est tout. Mais pas à voir quelque chose partir de moi mais c'est ce que j'ai vu et c'est ce que j'ai senti et là c'est un peu choquant parce qu'en plus de ça c'est nous qui faisons le geste de tirer la chasse d'eau* ».

Marion a, quant à elle, eu une interruption de grossesse chirurgicale. Elle se rappelle ne pas avoir souhaité faire l'échographie avant l'intervention. Elle se remémore également le moment où elle est rentrée chez elle après son interruption de grossesse : *« Tu rentres à la maison, t'as mal au ventre et tu te dis : « c'est plus mon bébé » donc là c'est le monstre coup de blues, ce n'est vraiment pas évident ».*

De plus, Marion évoque un manque de communication entre les professionnel·le·s lors de sa première consultation. Ce dernier a particulièrement marqué la jeune femme. Lors de sa première consultation, elle a, dans un premier temps, été examinée par une infirmière qui était informée de la décision de Marion à interrompre cette grossesse. L'infirmière en question a cru voir deux embryons et a appelé sa supérieure pour qu'elle puisse confirmer ou infirmer son diagnostic. L'infirmière a oublié de transmettre à sa supérieure que la patiente souhaitait une interruption de grossesse. Elle est donc arrivée vers Marion en lui disant : *« Félicitations ! Vous allez être maman ! Vous voyez ce petit truc qui bouge c'est son cœur ! ».* Cette entrée en matière l'a quelque peu bousculée : *« Alors déjà rien que le fait de me dire que j'allais avorter ce n'était pas facile moralement mais de savoir qu'il y avait un cœur qui battait ! ».*

Suite à un test de grossesse positif, Lise a pris rendez-vous quelques jours plus tard chez sa gynécologue afin qu'elle lui confirme cette information et mette en place la procédure. Lors de cette consultation, elle évoque le moment où elle a tourné la tête instinctivement pour voir l'écran lors de l'échographie : *« [...] elle n'a pas voulu me montrer l'écran lors de l'échographie mais je l'ai vu donc j'ai vu son cœur battre donc c'est vrai que ça a d'autant plus chamboulé ma décision ».* Lise a mis environ deux semaines pour contacter sa gynécologue pour la première consultation car elle a pris le temps de bien réfléchir : *« je ne m'y suis prise pas trop tard mais le temps que je digère, que je prenne la décision, que je fasse le pas d'appeler ma gynéco donc j'arrivais gentiment à trois mois de grossesse ».* Pour Lise, elle ne pouvait pas imaginer faire une interruption de grossesse médicamenteuse. La prise de médicament pour mettre fin à sa grossesse ne lui était pas imaginable : *« J'ai voulu l'intervention parce que je n'avais pas envie de vivre comme une fausse couche. Je n'avais pas envie de décider moi de faire le geste de tuer l'enfant ».*

L'échographie semble avoir été un moment significatif dans le processus de ces femmes. En effet, comme le relève Lise : *« j'ai le souvenir de cet écran de gynécologue avec ce petit haricot et je me suis dit : « non je n'aurai jamais dû voir ça ! » ».* De plus, peu de temps avant son interruption de grossesse, elle a été à la recherche d'informations sur différents sites internet. Elle a pris conscience une nouvelle fois que le cœur de l'embryon battait déjà à ce stade-là : *« Je savais pas comment ça allait se passer et le pire c'est que j'avais été voir encore sur internet comment ça se passait et puis l'évolution du fœtus à 2 mois et demi, comment il est et c'est vrai que quand ils disent que le cœur bat je me suis dit : « Mon dieu, je vais tuer quelqu'un ! » ».*

Julie avait, elle aussi, le choix entre la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale. Au vu de l'âge de la grossesse, son gynécologue était d'avis que la méthode médicamenteuse était la plus appropriée. Pour Julie, le choix a été rapidement fait : *« J'ai dit : on fait l'anesthésie, je ne vois rien, je ne sens rien, je m'endors, je me réveille et puis c'est fait ».* Elle ne souhaitait pas : *« prendre la pilule et expulser chez soi, ça peut prendre plusieurs jours aussi enfin quelques heures et puis suivant comment ça peut arriver le jour d'après. Moi non c'était exclu. ».*

Anne n'a, quant à elle, pas évoqué cette thématique lors de son témoignage.

4.9 Le processus du deuil

Au fil des témoignages, l'interruption de grossesse des femmes rencontrées a fait écho avec les différentes phases du processus de deuil. Chaque femme a vécu son interruption de grossesse à sa manière et, de ce fait, les processus de deuil ont été bien différents les uns des autres. Les façons de réagir et de vivre ce processus ont été diverses mais il m'a été tout de même possible de retrouver des similitudes entre les différents témoignages récoltés. Comme le relève FAURE (1995, p. 28), « *Deux deuils ne sont jamais comparables. Certes, on pourra toujours retrouver des grandes lignes communes dans le déroulement du processus mais, dans le détail, les façons de réagir ou de penser sont le plus souvent très différentes d'une personne à une autre. Il n'y a pas de deuil « type », il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » façon, il n'y a que ce qu'une personne vit, au jour le jour, après la mort de quelqu'un qu'elle a aimé, et ce qu'elle vit est véritablement unique au-delà de toute comparaison avec un modèle préétabli* ».

Toute femme ayant interrompu une grossesse doit pouvoir faire son deuil. En effet, comme le mentionne FAURE (1995, p. 169), « *Il est non seulement légitime mais il est surtout nécessaire pour permettre à la jeune femme d'intégrer cet avortement dans son histoire, sans qu'il devienne une zone d'ombre dont elle n'osera jamais parler. Elle ne peut pas se comporter comme si de rien n'était, même si son entourage tolère peu, en de telles circonstances, les manifestations de sa détresse. Elle doit pourtant reconnaître qu'elle a été blessée, même si elle a pris la décision de l'avortement en toute conscience. Cette blessure a besoin d'être reconnue afin qu'elle puisse se cicatriser* ».

4.9.1 Le choc – le déni

Les étapes du choc et du déni ont été régulièrement associées au cours des témoignages. C'est la raison pour laquelle je les ai regroupées dans ce chapitre.

Pour Julie, la découverte de sa grossesse a été un choc mêlé à une période d'anesthésie qui a duré tout au long du processus et bien au-delà : « *j'ai appris ma grossesse, j'étais un peu anesthésiée [...] quand j'ai appris la nouvelle, je ne me suis pas vraiment rendue compte* ». Lorsqu'elle décrit ce moment, elle évoque un moment similaire à une anesthésie qui a mis beaucoup de temps à se réveiller. Il semblerait qu'elle ait pris conscience de son interruption de grossesse lorsqu'elle s'est réveillée de cette longue phase d'anesthésie : « *Maintenant, avec le recul, tout ce moment-là je crois que ça a été complètement anesthésié et que ça fait seulement peut-être une année que je me réveille gentiment de tout ça mais sur le moment c'était un peu le chaos [...] Par contre, quand ça se réveille ça fait mal ! [...] C'était un contre-coup total. C'était d'une force* ».

Pour Julie, cette phase de choc a été en grande partie due à la multiplicité de nouvelles difficiles à gérer. Julie décrit cette phase comme étant une phase de protection qui lui a permis de gérer les multiples difficultés de la situation qu'elle vivait.

Elle a le souvenir d'avoir énormément pleuré en salle de réveil : « *quand je me suis réveillée de l'anesthésie générale, j'ai pleuré mais pleuré mais pleuré toutes mes larmes* ». Selon elle, cette réaction serait due probablement à l'anesthésie générale. Elle compare sa réaction qu'elle a eue en salle de réveil avec son attitude à sa sortie de l'hôpital : « *Je suis rentrée à la maison c'est comme si je n'avais rien fait, comme s'il ne s'était rien passé* ». Après l'intervention, Julie souhaitait tourner la page et ne plus penser à ce qu'elle avait vécu. Elle a pu se rendre compte, par la suite, une fois qu'elle s'était réveillée de cette phase d'anesthésie

que cela n'avait pas pu être fait aussi facilement. Avec du recul, elle s'est rendue compte que l'intervention qu'elle avait eue n'allait pas pouvoir s'effacer de sa mémoire comme elle l'aurait souhaité : *« Pour moi c'était clair, à partir du moment où j'avais franchi le pas de porte de l'hôpital, c'était fini. C'était une page qui se tournait, même un soulagement. Même si tout a été très vite, je me suis dit : c'est bon voilà, tu ne repenses plus à ça. Après c'est une chose de se le dire mais c'est autre chose de le faire. Le faire ce n'est tout simplement pas possible »*.

Lorsque Julie évoque cette phase d'anesthésie, elle soulève sa difficulté à remettre les choses dans l'ordre chronologique. Elle peine à se souvenir de tout : *« C'est des moments où j'ai un peu des difficultés à tout remettre en place. Il y a eu beaucoup de choses »*.

Dans le cas de Valérie, la situation est quelque peu différente. Sa grossesse était initialement désirée. Elle l'a découverte quelques jours après la séparation d'avec son ami mais il semblerait qu'elle s'y attendait un peu : *« Je le sentais que j'allais être enceinte, qu'on allait me le confirmer et que j'allais devoir passer par cet avortement et tout ça »*. Malgré son pressentiment, l'annonce de cette grossesse a tout de même été un choc pour Valérie. : *« Quand la gynéco m'a dit que j'étais enceinte, c'était la claque. J'ai dû aller dans la pièce d'à côté car mon fils était avec moi et je ne pouvais pas me permettre de pleurer »*. De plus, Valérie évoque une période de survol lors de l'ensemble du processus : *« J'ai un peu survolé mon avortement. [...] Je n'ai pas l'impression que c'est moi qui l'ai vécu. Je mets vraiment ça de côté. [...] C'est assez ambigu car je survolais mais j'y pensais quand même »*. Selon Valérie, elle n'a jamais pris le temps de faire le deuil de cette grossesse. Il semblerait que ce soit son mode de fonctionnement.

Lise a, quant à elle, fait trois tests de grossesse de trois marques différentes car elle n'arrivait pas à croire qu'elle était enceinte. En effet, pour elle, cette découverte a été un choc car elle est tombée enceinte alors même qu'elle prenait la pilule : *« Je suis tombée enceinte sous pilule. Ça a été un choc parce que je ne m'y attendais vraiment pas »*. Lorsqu'elle découvre qu'elle est enceinte, elle a mis environ deux semaines pour prendre rendez-vous chez sa gynécologue. Elle a eu besoin de ce laps de temps pour *« digérer »* la nouvelle, *« prendre une décision »* et *« faire le pas de prendre rendez-vous »*.

Lise évoque, à son tour, le souvenir qu'elle a de son réveil après l'intervention : *« C'était en fin d'année parce que je me souviens, il faisait froid, c'était vraiment un temps pourri donc j'ai été à l'hôpital et puis ben le seul souvenir que j'ai c'est que je me suis réveillée en salle de réveil, je me vois en tout cas dans la salle d'opération et en salle de réveil je crois que j'ai pleuré tout ce que j'ai pu. Je crois qu'il y a tout qui est sorti à ce moment »*.

Lors de son témoignage, Lise se souvient vaguement des moments qui ont précédé et qui ont suivi son interruption de grossesse. Elle a quelques images qui lui reviennent mais ses souvenirs restent flous : *« Je pense que j'étais tellement dans mon monde que les jours suivants je ne m'en souviens vraiment plus »*.

Lorsque Anne a découvert qu'elle était enceinte, cela a été pour elle un véritable choc : *« La première chose que je me suis dite c'est : ce n'est pas possible ! Ce n'est pas possible que je sois enceinte, en plus j'ai 17 ans. Il faut que ça s'arrête, il faut que ça se passe très très vite ! »*. Anne a eu le sentiment que le ciel lui tombait sur la tête. Elle pressentait quelque peu cette grossesse mais ne voulait pas y croire.

Dans son récit, elle évoque également une très longue période d'occultation suite à son interruption de grossesse qui semble être similaire aux autres témoignages recueillis : *« J'ai répondu à un témoignage il n'y a pas longtemps, c'était pour un master en psychologie et elle avait des questions très précises sur l'IVG et c'est quand j'ai répondu à ce témoignage que*

c'est revenu. On va dire qu'entre 2004 et début 2011 c'était occulté à 300%. On va dire que je ne me suis pas rendue compte que j'avais fait une IVG ».

Marion n'a, quant à elle, pas évoqué un choc lorsqu'elle a appris qu'elle était enceinte. Par contre, elle a également pu décrire une phase durant laquelle elle n'a pas souhaité parlé de son interruption de grossesse : *« L'année passée j'ai recommencé à en parler mais c'est vrai que les premiers temps j'essayais vraiment de ne pas y penser, de ne pas en parler. C'est quand même un moment éprouvant »*. Elle relève que sa deuxième grossesse lui a permis de parler plus facilement de son interruption de grossesse.

De plus, elle a également évoqué, tout comme Lise et Julie, sa difficulté à se souvenir de son interruption de grossesse.

Comme le relève FAURE (1995, p. 54), *« cette « mise à distance » de toute émotion doit être pourtant perçue comme un « allié » qui permet d'entrer, à son propre rythme, dans un processus de deuil. Même s'il paraît déconcertant au début, il ne faut jamais oublier que ce mécanisme inconscient est un puissant moyen de se préserver contre la violence d'une trop grande douleur et qu'il ne cédera que quand on se sentira, à tous les niveaux de son être, capable d'y faire face. Ce n'est qu'alors qu'on pourra véritablement s'engager dans son travail de deuil, sans être totalement submergé par ses propres émotions... »*

Nous pouvons remarquer que la phase de choc n'a pas persisté longtemps pour les femmes rencontrées. Le choc a été vécu principalement lors de la découverte ou de l'annonce de la grossesse. La période de déni a pu, quant à elle, durer bien plus longtemps. Comme évoqué précédemment, cette période a duré entre une année et sept ans pour les femmes rencontrées.

4.9.2 La colère

La colère ressentie par quelques-unes des femmes s'est avérée être une colère portée envers elles-mêmes.

Le sentiment de colère a été particulièrement mis en exergue par Valérie. Lors de son témoignage, elle m'a fait part de sa colère envers elle-même par rapport à cette interruption de grossesse. Pour elle, elle ne peut s'en vouloir qu'à elle-même car, après discussion avec son ami, ils souhaitaient tous deux avoir cet enfant : *« Je m'en veux amèrement de la façon dont ça s'est passé parce que c'est moi qui l'ai voulu cet enfant. [...] Je m'en voulais, j'étais en colère contre moi »*. Pour elle, son interruption de grossesse a été une sorte de *« punition »*.

Valérie a beaucoup culpabilisé de devoir interrompre une grossesse qui était initialement désirée : *« Moi je m'en suis voulue car j'avais pris la décision d'arrêter la pilule. Ce n'était pas un accident. [...] On ne prend pas bêtement la décision de faire un enfant ou pas. C'est bien fait pour ma gueule, je me suis fait prendre à mon propre jeu si on veut [...] C'était une sorte de punition pour moi »*. Lors de son témoignage, elle a évoqué s'en vouloir de ne pas avoir réfléchi plus longuement à ce projet d'enfant.

Julie a, quant à elle, évoqué son sentiment de culpabilité par rapport à son interruption de grossesse. En effet, le couple n'utilisait pas de moyens de contraception : *« C'est de ma faute et de sa faute »*.

De plus, elle s'en est énormément voulue et s'en veut encore aujourd'hui de ne pas en avoir parlé à son ami. Ce secret l'a fait beaucoup souffrir. Elle regrette profondément de ne pas avoir réussi à lui en faire part.

Lors de son témoignage, Julie a mentionné un épisode durant lequel elle a pu vivement exprimer sa colère envers sa famille qui ne s'est pas montrée assez soutenante à ses yeux: *« j'ai laissé sortir une rage mais une colère. Et il y a tout qui est ressorti par rapport à ça alors qu'il me semblait que ça faisait un moment que ça m'avait complètement passé [...] Là j'ai remarqué qu'en fin de compte, c'était toujours présent ».*

Lise, elle, a éprouvé de la colère envers son ami. En effet, elle n'a pas pu trouver le soutien qu'elle aurait eu besoin durant son interruption de grossesse. Elle n'a pas compris son manque de communication et son manque de délicatesse durant le processus.

La colère évoquée par Marion lors de son témoignage était une colère dirigée vers les professionnel-le-s. Elle a découvert sa grossesse aux alentours de la 8^e semaine. La procédure devait se mettre rapidement en place afin de respecter les délais légaux. Marion a dû hausser la voix pour se faire entendre et pour que les choses se fassent assez rapidement.

Durant son témoignage, Anne n'a pas évoqué de sentiment de colère.

4.9.3 La tristesse

Lise décrit une importante perte de confiance en elle depuis son interruption de grossesse ainsi qu'un repli sur elle-même. Elle évoque également un sentiment de culpabilité par rapport à son interruption de grossesse : *« C'est une décision prise, c'était sûr mais j'en ai beaucoup souffert. [...] Moi je me suis beaucoup renfermée sur moi-même, c'est vrai que j'ai beaucoup perdu de confiance en moi encore actuellement. »*

Julie souffre encore aujourd'hui de ne pas avoir parlé de sa grossesse et de son interruption de grossesse à son compagnon de l'époque. Pour elle, sa réaction n'était pas en accord avec ses valeurs car elle se décrit comme quelqu'un de *« relativement honnête »*. Elle a beaucoup souffert lors de son interruption de grossesse. Elle a pu dire que cette intervention a changé la perception qu'elle avait d'elle-même et qu'il lui était arrivé d'éprouver un sentiment de culpabilité à l'égard des femmes qui ont des difficultés à tomber enceinte.

Dans son témoignage, Valérie a brièvement évoqué un sentiment de tristesse qui était mêlé à celui de colère.

Marion parle *« d'un coup de blues »* lors de son retour à domicile. Elle mentionne également avoir beaucoup souffert de sa relation sentimentale après son interruption de grossesse. Elle s'est sentie mise à l'écart par son ami et totalement incomprise.

4.9.4 La résignation

Depuis son interruption de grossesse, Julie a progressivement cheminé dans le processus de deuil. Elle sait qu'elle n'oubliera jamais cet événement qui a fortement marqué sa vie : *« Même si ce sera toujours là. Il faut vivre avec »*. Actuellement, elle en parle plus facilement autour d'elle tout en restant attentive à ce que l'information ne soit pas ébruitée : *« maintenant j'en parle un peu plus facilement quand même alors que jusqu'à y a pas très longtemps j'en aurai parlé à personne »*. Durant son témoignage, elle relève que les mois qui ont suivi son interruption de grossesse ont été difficiles car ses pensées étaient essentiellement portées vers

ce qu'elle avait vécu : « *A un moment donné, on y pense tous les jours et après petit-à-petit il faut réussir à y penser de temps en temps. Maintenant, ça ne revient pas toutes les semaines mais de temps en temps, régulièrement, de moins en moins heureusement mais c'est toujours là et je pense que ça le sera toujours* ».

Lise a pu dire que malgré le fait que sa situation professionnelle, sentimentale et familiale ait totalement changé depuis son interruption de grossesse, il lui arrive encore régulièrement de penser à ce qu'elle a vécu : « *Je ne regrette pas du tout mais j'y pense encore, ça ne s'oublie pas* ».

Lors Valérie aborde son interruption de grossesse, elle dit avoir « *survolé son avortement* ». Elle évoque avec détermination : « *Maintenant ça s'est passé, ça s'est passé, je me dis que de toute façon c'est comme ça et que je suis obligée de faire avec* ». Elle ne regrette pas d'avoir interrompu sa grossesse car elle ne pouvait pas s'imaginer avoir un deuxième enfant sans la présence du père. Pour elle, c'est de l'histoire ancienne malgré le fait qu'il lui arrive parfois d'y repenser.

4.9.5 L'acceptation - La reconstruction

A l'exception peut-être du témoignage d'Anne, qui évoque de pas avoir eu de regret et ne pas avoir eu de conséquences après son interruption de grossesse, je n'ai pas eu le sentiment que les autres femmes aient totalement accepté et intégré leur interruption de grossesse. Elles ont toutes, à leur façon, exprimé avoir passé à autre chose mais ont pu tout de même dire qu'il leur arrivait de penser plus ou moins souvent à ce qu'elles avaient vécu.

Lise ne regrette pas d'avoir mis un terme à sa grossesse car elle sentait que sa relation sentimentale n'allait pas s'éterniser. Malgré l'absence de contact avec son ex-compagnon, il lui arrive encore régulièrement de penser à son interruption de grossesse : « *ça ne s'oublie pas* ». Depuis cette intervention, Lise a trouvé un emploi dans lequel elle est épanouie, elle s'est mariée et a eu un enfant.

Julie évoque que son séjour prolongé à l'étranger a été pour elle « *un véritable bol d'air* ». Ce dernier lui a permis de prendre ses distances par rapport à son environnement en suisse et a représenté « *une ressource* ». Par ailleurs, elle pense qu'elle n'aura pas fait totalement le deuil de sa première grossesse tant qu'elle n'aura pas eu un autre enfant : « *J'ai l'impression que du moment que je n'aurai pas un autre enfant, je n'aurai pas pu faire le deuil du premier* ». Elle évoque également que cette « *épreuve* » ne pourra jamais disparaître de sa mémoire : « *C'est des choses qu'on ne peut pas effacer, c'est comme un décès, on ne peut pas l'effacer. Il faut juste vivre avec* ».

Depuis son interruption de grossesse, Valérie a terminé son apprentissage et est actuellement en couple avec un nouveau compagnon. Elle attend un enfant pour le début de l'année 2012.

Quant à Marion, elle a donné naissance à un enfant en 2011 mais elle a pu dire que lors de sa deuxième grossesse, il lui était arrivé de penser à la première.

4.10 L'influence de la méthode sur le vécu des femmes

Il est intéressant de relever l'éventuelle influence que peut avoir la méthode utilisée sur le vécu des cinq femmes rencontrées.

Lise, Marion et Julie ont interrompu leur grossesse par la méthode chirurgicale. Anne et Valérie ont, quant à elles, interrompu leur grossesse par la méthode médicamenteuse.

Au vu de l'âge de leur grossesse, Lise et Julie ont eu le choix entre les deux méthodes. Pour elles, il n'y avait aucun doute, elles souhaitaient être sous anesthésie générale lors de cette intervention. Elles ne pouvaient pas imaginer devoir faire le geste de prendre des comprimés qui allaient mettre un terme à leur grossesse. Ainsi Lise relate : *« J'ai voulu l'intervention parce que je n'avais pas envie de vivre comme une fausse couche. Je n'avais pas envie de décider moi de faire le geste de tuer l'enfant »*. Elles ont toutes deux évoqué l'envie que l'intervention se déroule rapidement et non pas sur plusieurs jours. Julie évoque : *« On fait l'anesthésie, je ne vois rien, je ne sens rien, je m'endors, je me réveille et puis c'est fait »*. En quelque sorte, elles ne désiraient pas être conscientes lors de leur interruption de grossesse. Elles souhaitaient s'endormir et se réveiller une fois que le travail avait été réalisé. Julie a également mentionné le côté fiable de la méthode chirurgicale. Elle souhaitait mettre toutes les chances de son côté pour que son interruption de grossesse soit réussie du premier coup.

Marion n'a pas eu le choix par rapport à la méthode utilisée. En effet, au vu de l'âge gestationnel, la méthode médicamenteuse ne lui a pas été proposée. Si elle avait eu le choix, elle aurait souhaité la méthode médicamenteuse. Dans son témoignage, elle relève avoir eu beaucoup de mal avec le personnel de l'hôpital. Elle évoque avoir eu le sentiment d'être *« à l'usine »* et que personne ne s'est véritablement soucié d'elle.

Anne et Valérie ont souhaité mettre un terme à leur grossesse par la méthode médicamenteuse. En effet, toutes deux ont découvert leur grossesse dans les premières semaines et cette méthode semblait être la plus adaptée.

Valérie s'est dit ne pas avoir été préparée à ce qu'elle a vu lors de l'expulsion. Elle s'attendait à avoir quelques saignements et quelques douleurs similaires à celles ressenties lors des règles. Lors de son témoignage, il semble que le moment où elle a dû tirer la chasse d'eau a été particulièrement éprouvant et marqué d'une profonde solitude. Dans son témoignage, Valérie évoque : *« Je m'attendais à avoir juste des douleurs et c'est tout. Mais pas à voir quelque chose partir de moi mais c'est ce que j'ai vu et c'est ce que j'ai senti et là c'est un peu choquant parce qu'en plus de ça c'est nous qui faisons le geste de tirer la chasse d'eau »*. De plus, la notion d'attente a également fait surface dans le témoignage de Valérie. En effet, entre la prise de la Mifegyne® et la prise de prostaglandine, il se passe trois jours pendant lesquels elle s'est enfermée dans *« sa bulle »*. Elle a évoqué l'attente du moment fatidique de l'expulsion.

Anne n'a pas abordé le moment même de l'expulsion. Elle a évoqué brièvement qu'elle avait eu des douleurs de règles ainsi que des caillots de sang mais elle ne s'est pas exprimé davantage sur ce moment. Elle relate également que dès le week-end suivant son interruption de grossesse, elle a fêté dignement sa majorité.

Il est intéressant de relever que les femmes ayant vécu une interruption de grossesse chirurgicale ont eu des difficultés à remettre les événements dans l'ordre. Leurs souvenirs par rapport à cette intervention étaient passablement flous.

Les deux femmes ayant vécu une interruption de grossesse médicamenteuse ont, quant à elles, des souvenirs plus précis de ce qu'elles ont vécu. La chronologie des événements étaient plus détaillée.

Grâce aux différents éléments récoltés dans les témoignages, nous pouvons aisément constater que le mode d'anesthésie laisse un souvenir plus ou moins traumatisant de l'intervention. Cette constatation rejoint les propos de KELLERHALS (1975)³⁹, cités précédemment, concernant la dimension psychologique de l'interruption de grossesse. L'anesthésie générale a été préférée car elle permettait de ne rien sentir, de ne rien voir et de se réveiller une fois que tout était terminé. Quant aux deux femmes qui ont interrompu leur grossesse par la méthode médicamenteuse, il apparaît que le moment de l'expulsion a été un moment particulièrement dur à vivre. Par ailleurs, nous pouvons supposer que la méthode médicamenteuse permet de prendre davantage conscience de l'interruption de grossesse puisqu'elles ont pu constater par elles-mêmes l'expulsion du fœtus. Pour les femmes ayant interrompu leur grossesse par la méthode chirurgicale, elles n'ont pas pu voir de leurs propres yeux cette expulsion. Cela peut peut-être ralentir le processus de deuil.

5 Synthèse des résultats

Suite à l'analyse des données, il est à présent possible de répondre à la question de recherche ainsi que de vérifier les hypothèses formulées initialement. Je tiens à rappeler que ces dernières ont davantage été élaborées dans le but de guider les entretiens.

Les différents résultats de l'analyse permettent à présent de répondre à la question de recherche qui est :

« Comment des femmes qui ont recouru à une interruption de grossesse ont-elles vécu ce processus ? »

Je peux à présent affirmer que le processus de l'interruption de grossesse est un processus qui est vécu de manière très différente d'une femme à l'autre. Ce type d'intervention ne permet pas une généralisation des comportements, des besoins ou des ressentis. Néanmoins, j'ai pu constater des similitudes entre certaines femmes mais également des écarts considérables dans leurs vécus.

Les témoignages recueillis permettent d'affirmer que l'interruption de grossesse est un véritable processus de deuil. Les différents récits de vie recueillis donnent la possibilité de retracer les différentes étapes relatives au processus de deuil telles que le choc, le déni, la colère, la tristesse, la résignation, l'acceptation et la reconstruction. Dans un premier temps, cette analyse a permis de mettre en exergue cette phase, décrite par plusieurs femmes, similaire à une longue anesthésie. Elle a duré entre une année, pour la plus courte, et sept ans pour la plus longue. Durant cette période, l'interruption de grossesse ne semble pas avoir été conscientisée. Au travers des témoignages, il apparaît que la prise de conscience a eu lieu plus ou moins longtemps après et que ce moment a été vécu comme un véritable contrecoup. Les différents récits de vie ont soulevé le manque de soutien lors du réveil de cette phase. En effet, ces femmes n'auraient pas pensé ressentir la nécessité de partager leur vécu des années après

³⁹ Cité in DONDENA, M. (1987, p. 85)

l'intervention. Elles ont fait état d'un besoin d'écoute et de partage à ce moment précis. Elles n'ont pas pu l'assouvir car ne semblaient pas être suffisamment informées sur ce qui existait.

Les cinq témoignages récoltés m'amènent à penser que l'interruption de grossesse est difficilement acceptée. Bien que la plupart des femmes aient exprimé à leur manière, être passées à autre chose et d'y penser moins régulièrement, aucun témoignage ne me permet de confirmer que le processus de deuil est achevé.

Cette comparaison entre l'interruption de grossesse et le processus de deuil est intéressante à garder en tête afin de proposer des pistes d'action correspondant aux besoins évoqués par ces femmes.

Un autre élément m'a fortement marqué lors de ces entretiens. Les cinq femmes rencontrées m'ont livré leur témoignage avec une importante pudeur. J'ai eu le sentiment que les émotions étaient, pour la plupart d'entre elles, mises de côté le temps de leur témoignage. J'ai tenu à les rendre attentives au fait que leur témoignage pouvait, à un moment donné, être éprouvant pour elles et qu'il pouvait réveiller des souvenirs douloureux. J'ai insisté sur le fait qu'elles pouvaient, à tout moment, marquer un temps de pause si elles en ressentaient le besoin. Je m'étais également préparée à accueillir des moments de grande souffrance, de douleur et de tristesse mais je n'y ai pas été confronté.

A travers les témoignages recueillis, nous pouvons constater une certaine ambivalence liée à la notion du choix. En effet, la femme a le droit de disposer de son corps et de choisir de recourir à une interruption de grossesse mais cette intervention reste tout de même un acte fortement condamné par certains milieux. De ce fait, la femme peut être confrontée à une pression sociale qui vient s'ajouter à la pression personnelle vécue.

Passons maintenant à la vérification des hypothèses formulées au commencement de ce travail de recherche. Je souhaite préciser, qu'au vu de la modification de mon questionnement, je ne pourrais pas confirmer ou infirmer catégoriquement ces hypothèses.

La première hypothèse énoncée est :

Il y a une importante marge de manœuvre entre le cadre légal qui régit l'interruption de grossesse en Suisse et la pratique.

Comme évoqué précédemment, cette hypothèse a été établie lorsque mon intérêt se portait sur la comparaison entre le cadre légal et le vécu des femmes rencontrées. Au vu de la modification de mon questionnement, je ne peux pas vérifier cette hypothèse car il me manque des informations. Néanmoins, quelques constats peuvent être établis grâce aux renseignements obtenus par le biais des témoignages.

Les différents témoignages recueillis m'ont permis de me rendre compte qu'entre la théorie et la pratique, il existait bel et bien une certaine marge de manœuvre. En effet, comme nous pouvons le constater, les articles de loi régissant les interruptions de grossesse en Suisse ne sont pas nombreux et restent de l'ordre du général. Suite à quelques éléments évoqués par les femmes rencontrées, mais également à des discussions avec un professionnel en gynécologie-obstétrique, j'ai pu constater qu'il existait une marge de manœuvre entre les textes de loi et l'interprétation qui en est faite.

Il semblerait, par exemple, que la demande écrite de la femme, évoquée à l'art. 119 al. 2, ne soit pas demandée lors de la consultation. En effet, les cinq femmes rencontrées se sont entretenues avec leurs gynécologues et ont dû brièvement expliquer ce qui les amenaient à prendre la décision d'interrompre leur grossesse, mais il ne leur a pas été demandé d'exprimer leurs motivations par écrit. Il semblerait que cette requête écrite que la femme enceinte doit transmettre au médecin et qui est stipulée dans le cadre légal n'est autre que le document « Formulaire de demande d'interruption de grossesse »⁴⁰.

L'art. 120 al. 1 précise que le médecin doit s'entretenir avec la femme qui exprime une demande d'interruption de grossesse. Lors de cette consultation, il a le devoir de la conseiller et de l'informer sur les risques d'une telle intervention. Il doit également lui fournir un dossier comportant différents documents informatifs concernant cet acte médical.

Les femmes rencontrées ont, en effet, toutes bénéficié d'un rendez-vous précédant leur interruption de grossesse. Cependant les cinq femmes interrogées ont seulement exprimé un vague souvenir quant au déroulement de cette première consultation. Elles se sont rappelées s'être entretenues rapidement avec leurs médecins sur les raisons qui les amenaient à prendre cette décision. De plus, elles ont également le souvenir que les détails de l'intervention à proprement parlé, ont été abordés lors de cet entretien, mais le reste de leurs souvenirs est flou. Il apparaît également que les explications concernant l'intervention ont été que partiellement intégrées par ces femmes. Pour deux d'entre elles, les souvenirs de l'intervention étaient plus précis mais les différentes procédures qui ont précédé l'intervention semblent tout de même être un lointain souvenir. Lors de ce processus, l'étape de la prise en charge est fondamentale. Cependant, le peu de souvenirs qu'en ont ces femmes prouve peut-être qu'elle a été rapidement expédiée.

Afin d'avoir de plus amples informations quant aux procédures vécues avant l'interruption de grossesse, il aurait valu la peine d'établir un questionnaire précis à l'intention des femmes et également à l'intention des médecins. Cette problématique ne rentre pas à proprement parler dans ce travail, mais pourrait représenter une piste intéressante pour élargir cette recherche a posteriori.

La deuxième hypothèse énoncée est :

La patiente souhaite bénéficier d'un accompagnement suite à son interruption de grossesse.

Au vu des résultats obtenus dans l'analyse des données, cette hypothèse peut être confirmée tout en la nuancant quelque peu.

Suite à la récolte des témoignages, il semblerait, à l'exception d'une femme sur les cinq, qu'un accompagnement après leur interruption de grossesse aurait été souhaitable voire nécessaire. Je nuance quelque peu mon hypothèse de départ car, comme j'ai pu l'évoquer dans l'analyse des données, le besoin de parler pour ces femmes est venu bien après leur intervention.

La phase, appelée par certaines « anesthésie », semble avoir duré plusieurs mois, voire plusieurs années pendant lesquels ces femmes n'ont pas ressenti le besoin de parler de ce

⁴⁰ Annexe 4

qu'elle avait vécu durant ce processus. C'est seulement, lors du réveil de cette phase, que certaines ont éprouvé un contrecoup et, par la suite, un fort besoin de parler de leur interruption de grossesse. Il apparaît qu'à ce moment-là, personne n'était présent pour elles et qu'elles n'ont pas osé demander de l'aide.

Comme évoqué précédemment, une femme sur les cinq a tout de suite ressenti le besoin de parler de ce qu'elle vivait. Etant donné que rien ne lui ait été proposé en terme d'accompagnement, elle n'a pas osé en faire la demande et le regrette amèrement encore aujourd'hui. Selon elle, un accompagnement de type psychologique lui aurait permis d'extérioriser ce qu'elle vivait afin de se sentir mieux.

A l'inverse, une seule femme a exprimé clairement, qu'au moment des faits, elle ne souhaitait absolument pas parler de son interruption de grossesse. Selon elle, cette réaction provenait de son jeune âge, de son état d'esprit et de son mode de vie de l'époque. Ce n'est que sept ans après son intervention qu'elle dit avoir réellement pris conscience de ce qu'elle avait vécu. Elle a alors ressenti le besoin d'en parler et de partager son expérience avec d'autres femmes. Afin de pouvoir assouvir ce besoin, elle a répondu à de nombreuses recherches scientifiques sur le sujet et s'est montrée très active sur différents forums de discussion sur internet.

En gardant en tête le faible échantillonnage, l'analyse des données confirme qu'un accompagnement, après une interruption de grossesse, est généralement souhaité.

Pour les femmes rencontrées, il apparaît qu'un accompagnement de type psychologique aurait été le bienvenu afin de pouvoir parler de ce qu'elles avaient vécu. Il semble que les femmes s'attendaient à ce qu'on leur propose un accompagnement, mais ont eu l'impression qu'elles étaient un peu « lâchées »⁴¹ après leur interruption de grossesse. Elles n'ont, de ce fait, pas osé demander de l'aide après coup et ont fait avec leurs propres ressources comme par exemple en se concentrant sur leur situation professionnelle afin de penser à autre chose.

La troisième hypothèse énoncée est :

Un accompagnement est proposé à la suite d'une interruption de grossesse. Il permet à la femme d'accepter plus facilement son choix et de se déculpabiliser.

Au vu des résultats obtenus, cette hypothèse ne peut que partiellement être corroborée. En effet, la première partie évoque la proposition d'un accompagnement après une interruption de grossesse. Il semble que cela soit clairement erroné. En effet, les cinq femmes rencontrées n'ont pas bénéficié d'une proposition d'accompagnement psychologique avant, pendant ou après leur interruption de grossesse. Comme il l'a été vu plus haut, bien que ce besoin s'est fait nettement ressentir (particulièrement après, voire longtemps après), aucune d'entre elles n'a le souvenir d'une telle proposition durant le processus.

Un accompagnement aurait permis aux femmes (pour celles qui l'ont évoqué) de parler de leur expérience avec quelqu'un à l'écoute de leur histoire, disponible et qui aurait pu leur apporter un regard neutre sur leur situation. Certaines ont affirmé avoir souffert du manque de soutien de leur compagnon, de leur famille ou de leur entourage. Comme expliqué lors de la vérification de la deuxième hypothèse, l'intervention d'une personne extérieure leur aurait permis de bénéficier d'un soutien et d'un espace pour parler de leur expérience.

⁴¹ Terminologie utilisée par Valérie

Deux femmes sur les cinq ont avoué avoir été habitées, quelques fois, par un sentiment de culpabilité par rapport à leur interruption de grossesse. Cette émotion n'a pas été extériorisée mais, au contraire, paraît être enfouie profondément. L'intervention d'une personne neutre (psychologue, conseiller·ère en SSR) aurait été une aide considérable à leurs souffrances. Elle leur aurait permis de mettre des mots sur leurs maux. L'intervention d'une personne extérieure aurait pu permettre à ces deux femmes de modérer leurs jugements qu'elles avaient à l'égard d'elles-mêmes.

Ces différents constats permettent de confirmer à nouveau l'importance d'un accompagnement à la suite d'une interruption de grossesse. Il est possible de déterminer que toutes les femmes ont ressenti, à leur manière, le besoin de parler de leur expérience et d'avoir une personne disponible pour elles à un moment donné.

6 Pistes d'action professionnelle

Grâce aux différents témoignages recueillis, j'ai pris conscience de l'importance de certains éléments durant le processus de l'interruption de grossesse, ainsi que des besoins qu'ont pu ressentir les femmes rencontrées. Ces paramètres ont été mis en lumière dans la partie analytique, ce qui a permis de tirer les premiers constats et de songer à des pistes d'action professionnelle. En effet, en tant que future travailleuse sociale, je n'ai pas été insensible aux différents manques ressentis par ces femmes durant leur interruption de grossesse. Ces témoignages m'ont fait beaucoup réfléchir et m'ont encouragée à imaginer des propositions professionnelles concernant cette problématique.

Tout d'abord, ce travail de recherche m'a permis de réaliser l'importance des forums de discussions⁴² pour certaines personnes. Lors de ma recherche de témoignages, une connaissance m'a vivement conseillé de me rendre sur différents sites contenant des forums de discussion afin d'entrer en contact avec des femmes correspondant au profil de ma recherche. Lors de ma première visite sur le célèbre site français « doctissimo » (décrit comme un portail médical grand public sur la santé et le bien-être), j'ai été interloquée de voir le nombre de forums qui existent sur ce site très fréquenté. En effet, il semblerait que ce site abrite un nombre important de membres. Ces forums de discussion se rapportent à diverses thématiques comme par exemple la sexualité, la santé, la psychologie, la beauté ou encore la grossesse. Toute thématique présente sur ce site contient, en premier lieu, des informations théoriques ainsi que des conseils rédigés par des professionnel·le·s⁴³ (médecins, sage-femmes, diététicien·ne·s, infirmier·ère·s, etc.). Chacun des sujets traités a son forum. Ce type de plateforme⁴⁴ permet aux personnes de bénéficier d'un espace de discussion, d'échange, d'informations, de réponses, d'écoute et également de soutien. Ce moyen est également, pour les membres, une possibilité d'échanger sur leurs expériences vécues tout en gardant l'anonymat. Cette dimension semble être précieuse lorsque le sujet traité est délicat par exemple. Elle peut permettre à la personne de se livrer plus facilement sans avoir la peur d'être reconnue. Il est important de relever que bien que le site « doctissimo » soit un site français, il abrite tout de même un nombre conséquent de membres suisses.

⁴² Comme par exemple : <http://www.doctissimo.fr/index-ch.htm> ou <http://www.bebe.ch/drupal/>

⁴³ Santé et bien-être avec doctissimo. Adresse URL : http://www.doctissimo.fr/qui_sommes_nous2.htm, consultée le 2 février 2012

⁴⁴ Santé et bien-être avec doctissimo. Adresse URL : http://www.doctissimo.fr/qui_sommes_nous3.htm, consultée le 2 février 2012

Pour revenir à mon objet de recherche, plusieurs forums relatifs à l'interruption de grossesse existent sur « doctissimo ». En effet, il n'existe pas moins de 298 pages contenant des discussions relatives à cette problématique. La quantité de questions, d'informations et de témoignages est surprenante. Ce type de plateforme semble rencontrer un succès considérable. Cependant, j'ai réalisé qu'il pouvait tout de même représenter un risque non négligeable. Bien que les fiches descriptives relatives à la thématique en question soient rédigées par des professionnel·le·s, le contenu des forums appartient aux membres. En effet, ces forums sont intégralement gérés par les personnes qui y sont inscrites. Tout adhérent peut décider d'initier un sujet de discussion ou encore répondre librement aux questions d'autres membres. Ce type de fonctionnement m'amène à penser que cela peut représenter un danger pour les personnes en quête d'informations précises et correctes sur une problématique. J'ose imaginer qu'un contrôle est tout de même effectué par les propriétaires du site en cas d'abus par exemple. Cependant, il ne me semble pas que ces derniers aient une fonction de modérateur. De ce fait, les informations, échangées entre les membres présents sur un de ces nombreux forums, ne sont pas confirmées ou, au contraire, infirmées par un·e professionnel·le. Ceci peut donc provoquer un véritable imbroglio au niveau de la compréhension de la thématique. Cette confusion peut donc faire émerger chez la personne des craintes ainsi que des interrogations supplémentaires.

Ma réflexion concernant ces forums de discussion se trouvant sur le site de « doctissimo » m'amène à penser qu'il serait nécessaire de songer à modifier le fonctionnement de ce type de plateforme. Il me paraît capital qu'un certain nombre de professionnel·le·s soit présent sur ces forums afin de pouvoir modérer les propos qui sont échangés. Ces personnes auraient comme fonction de démentir les informations erronées transmises entre les participants. Cela permettrait de remettre de l'ordre dans la diversité des réponses présentes. Cette présence professionnelle favoriserait la compréhension de ces thématiques et ne permettrait pas d'éventuelles interprétations qui pourraient s'avérer délicates. Cette problématique peut être élargie à tous les problèmes médicaux en règle générale. On constate que, notamment à cause du prix de l'accès aux soins et au besoin incessant d'un accès de plus en plus rapide à l'information, la population se rabat de plus en plus couramment sur internet. Suite à cette prise de conscience, un groupe formé du corps médical de Suisse romande a monté une plateforme spécialement destinée à cet effet et surveillée de près par des professionnel·le·s⁴⁵.

A la suite des résultats obtenus, j'ai songé à une deuxième piste d'action professionnelle. Dans les cinq témoignages recueillis, j'ai pu constater que les cinq femmes ont ressenti un besoin, plus ou moins fort, de parler de leur expérience concernant leur interruption de grossesse. Il a pu être éprouvé pendant le processus ou bien plus tard. En effet, pour la majeure partie des femmes rencontrées, ce besoin a pris son ascension lorsque la phase appelée « anesthésie » s'est réanimée. Pour rappel, cette phase a duré d'une année à sept ans pour les femmes que j'ai rencontrées. La difficulté évoquée par mes témoins a été de ne pas avoir eu quelqu'un à ce moment-là pour pouvoir faire part de ce qu'elles avaient vécu et de ce qu'elles avaient sur le cœur. Il semblerait que cela ait véritablement été ressenti comme un manque important. Elles auraient vivement souhaité pouvoir avoir un lieu, une présence extérieure pour déposer leurs histoires personnelles.

Ces résultats m'amènent à penser qu'il serait adéquat de songer à une possibilité de rester en contact avec les femmes ayant interrompu leur grossesse. En effet, il apparaît clairement que le processus de deuil dure, plus ou moins longtemps, et qu'un accompagnement, lors de cette

⁴⁵ Annexe 7

phase de réveil, ait été vivement souhaité. Pour les femmes rencontrées, au vu du temps écoulé entre leur interruption de grossesse et le besoin d'en parler, elles n'ont pas pris l'initiative de demander de l'aide. De même, elles précisent ne pas avoir été informées sur les différentes aides possibles à la suite de leur interruption de grossesse. Cela leur aurait peut-être permis d'avoir davantage de cartes en main pour pouvoir se faire aider ultérieurement. En gardant à l'esprit que mon échantillonnage est quantitativement faible, ces témoignages m'amènent à penser que la thématique de l'accompagnement devrait être davantage présente et présentée lors des interruptions de grossesse. Un accent devrait être mis lors de la première consultation gynécologique. Je ne peux pas faire cette proposition pour les plannings familiaux car je n'ai pas récolté de témoignages de femmes ayant effectué les procédures par le biais d'un tel service. Cependant, il semblerait que ce type de services met l'accent, entre autre, sur l'accompagnement lorsque la femme vient consulter pour une demande d'interruption de grossesse. Il semble donc y avoir un décalage entre le traitement qui est offert aux femmes passant par un planning familial et celui qui leur est offert lorsqu'elle passe par leur médecin gynécologue.

Au vu des résultats obtenus, je proposerais donc qu'un contact soit établi une fois par année. Celui-ci pourrait, par exemple, avoir lieu entre la femme ayant recouru à une interruption de grossesse et un·e conseiller·ère en SSR d'un planning familial. Il s'agirait, pour les gynécologues ayant pratiqué l'intervention, de transmettre les informations nécessaires au planning familial le plus proche afin de passer le témoin et de continuer à faire exister ce lien. La collaboration entre ces deux services permettrait une complémentarité. Le·La gynécologue remplirait une fonction médicale et le·la conseiller·ère en SSR du planning familial remplirait une fonction psycho-sociale. Ce contact téléphonique ou écrit permettrait de prendre des nouvelles de la patiente mais également de montrer une présence et une disponibilité en cas de besoin. Je suis bien consciente que cela engendrerait d'importantes modifications au niveau organisationnel mais je suppose que ce lien pourrait permettre, à certaines femmes qui n'ont pas osé jusqu'à ce moment-là, d'avoir l'opportunité de dire qu'elles ont besoin d'aide.

Etant donné que la plupart des femmes rencontrées n'ont pas le souvenir qu'une proposition d'accompagnement leur ait été faite par leurs gynécologues, je proposerais donc de mettre un accent tout particulier sur cette thématique lors de la première consultation gynécologique. Cela permettrait aux femmes d'avoir conscience que des aides existent, même si elles ne les ont pas souhaitées au moment de l'intervention même.

7 Conclusion

7.1 Bilan de la recherche

Le premier objectif de cette recherche était théorique. Il s'agissait de me familiariser avec la thématique de l'interruption de grossesse ainsi qu'avec diverses notions relatives à cette dernière.

Cette partie m'a permis de récolter un grand nombre d'informations relatives à l'interruption de grossesse en Suisse. Cette étape m'a accoutumée avec le sujet traité afin de pouvoir le maîtriser avant l'entrée dans la deuxième phase. J'ai pu intégrer la définition de l'interruption de grossesse en Suisse ainsi que les lois qui en sont relatives et les différentes méthodes utilisées. J'ai pris connaissance de l'historique, de l'actualité helvétique ainsi que des enjeux inhérents à cette thématique. De plus, j'ai pris connaissance des dernières statistiques en matière d'interruption de grossesse en Suisse et des législations des autres pays par rapport à cette intervention. Ce chapitre théorique m'a également amené à prendre connaissance d'études scientifiques relatives à la thématique de l'interruption de grossesse.

Dans ce travail de recherche, j'ai également souhaité donner une place aux rôles du·de la gynécologue ainsi que du·de la conseillère en SSR d'un planning familial. Ils représentent des acteurs importants dans un tel processus. Enfin, cette première phase a été bouclée par une définition de la notion d'accompagnement. Elle a formé un des noyaux principaux de ma recherche.

Après cette phase de familiarisation, la seconde étape a consisté à analyser le vécu de cinq femmes ayant interrompu une grossesse. Cette approche empirique a permis une immersion dans des parcours de vie différents les uns des autres. Cette analyse de terrain m'a offert l'opportunité de me plonger dans la réalité vécue par ces femmes. Ces témoignages m'ont permis de récolter des informations capitales afin proposer des pistes professionnelles.

7.1.2 Les réajustements

Après avoir décrit les principaux objectifs de cette recherche, il est maintenant souhaitable de relever les réajustements qui ont été effectués. Le premier réajustement qui a été apporté à ce travail concerne le questionnement de départ. Comme énoncé dans la partie introductive, j'ai passé par différentes interrogations avant de m'arrêter sur celle qui a formé le squelette de ce travail de recherche. Au départ, je souhaitais comparer la teneur des articles de loi relatifs à l'interruption de grossesse avec le vécu des femmes ayant interrompu leur grossesse. Je souhaitais comparer les procédures vécues par les femmes rencontrées avec les différentes lois relatives à cette intervention. J'avais pour idée de mettre en avant les éventuelles marges de manœuvre. Lors de mon premier entretien, je me suis rapidement aperçue qu'en procédant par la méthode du récit de vie, j'allais avoir davantage accès à des ressentis, très personnels, voire intimes ainsi qu'à des expériences de vie toutes très singulières plutôt qu'à des informations pratiques (procédures, étapes, etc.). J'ai donc trouvé plus intéressant d'étudier l'aspect psychologique avant, pendant et après l'interruption de grossesse. Cette étude m'a permis d'entrer en contact avec des femmes qui ont toutes vécu la même situation mais chacune de manière différente. J'ai eu accès à quelques informations relatives aux procédures mais cela n'était pas l'élément prédominant dans leur témoignage. Ce qui m'intéressait davantage était l'histoire de ces témoins. Je désirais accéder à cette réalité et par conséquent, à

des données que je ne pouvais pas trouver dans les ouvrages. Il m'importait de prendre connaissance de leurs expériences variées au sujet de leur interruption de grossesse. Cette approche allait me permettre de me familiariser davantage avec la thématique mais également de bénéficier d'un outil considérable pour une éventuelle pratique professionnelle en lien avec cette population.

Un deuxième réajustement a été fait et il concerne les entretiens. Lors de ma première entrevue, qui m'a servi d'entretien test et qui, de ce fait, m'a permis de corriger quelques détails pour les suivants, j'ai pu m'apercevoir que mon entrée en matière n'était pas adéquate et pas assez précise. En effet, je me suis rapidement rendu compte qu'il fallait que je pose quelques sillons afin de guider les femmes et leur permettre d'avoir un fil conducteur durant leurs témoignages. Sans cela, leurs récits pouvaient s'éloigner du sujet de recherche.

7.1.3 Les limites de la recherche

Dans cette partie, je souhaite identifier les limites de ma recherche afin de mettre en perspective les résultats obtenus. Elles concernent plusieurs aspects de ce travail comme des difficultés méthodologiques, certains freins dus au faible échantillon de femmes interrogées, ou encore les conséquences des problèmes rencontrés lors des entretiens.

7.1.3.1 La place du·de la conseiller·ère en SSR

Avant de débiter les entretiens, j'imaginai mettre un accent particulier sur l'accompagnement des professionnel·le·s et plus précisément sur l'accompagnement du·de la conseiller·ère en SSR du planning familial lors des interruptions de grossesse. Sur les cinq femmes rencontrées, aucune d'entre elles n'est passée par un planning familial pour son interruption de grossesse. Un échantillon plus important m'aurait très certainement permis d'entrer en contact avec des personnes étant passées par une telle structure. A défaut de ne pas avoir pu consacrer un chapitre à ce sujet dans mon analyse des données, j'ai tout de même souhaité lui donner une place dans ma partie théorique. Comme j'ai déjà pu l'expliquer précédemment, je pense que sa présence et son accompagnement lors du processus d'interruption de grossesse sont essentiels.

7.1.3.2 L'échantillonnage

L'échantillon de femmes qui ont participé à cette recherche est quantitativement faible. En effet, mon analyse est basée sur cinq témoignages. Je peux tirer d'intéressants constats mais ne peux donc pas généraliser les résultats de ma recherche comme étant le reflet des ressentis et du vécu de toutes les femmes ayant interrompu leur grossesse en Suisse. Ces résultats ne peuvent pas renvoyer à une représentation exhaustive de la réalité.

De plus, les cinq femmes qui ont accepté de me livrer leur témoignage se situent toutes, approximativement, dans la même tranche d'âge. En effet, lors de leur interruption de grossesse, elles étaient âgées entre 18 ans et 27 ans. Il aurait été intéressant de récolter davantage de témoignages et de pouvoir rencontrer des femmes d'âges différents lors de leur intervention. Avec un échantillon plus important et plus varié, d'éventuels nouveaux résultats auraient pu voir le jour. A une échelle plus large, d'autres critères sociaux auraient pu être pris en compte tels que la situation professionnelle, la situation financière, la classe sociale, le niveau d'éducation ou encore le pays d'origine et les pratiques culturelles en lien.

7.1.3.3 La difficulté à accéder à la population choisie

Au vu de l'objet d'étude choisi, la récolte de témoignages n'a pas été facile. La problématique de l'interruption de grossesse reste, encore de nos jours, un sujet sensible, tabou et victime de nombreuses critiques et d'avis tranchés. En effet, j'ai été en contact avec un certain nombre de femmes correspondant au profil recherché mais beaucoup d'entre elles ne se sentaient pas encore prêtes à en parler. La difficulté d'accès à cette population peut provenir du fait que pour bon nombre de femmes contactées, le processus de deuil n'était pas achevé. En effet, comme évoqué dans mon analyse, il apparaît que le besoin d'en parler surgit lorsque la période d'« anesthésie » s'est réveillée. De plus, j'ai eu le sentiment que la méthode du récit de vie a quelque peu freiné certaines personnes. J'aurais peut-être pu obtenir un échantillon plus important si j'avais par exemple procédé à une récolte de données par le biais d'un questionnaire. Néanmoins, ce type de méthode ne m'aurait pas permis d'accéder à certaines données que j'ai pu obtenir grâce à la méthode du récit de vie.

7.1.3.4 Les souvenirs

Une autre limite que j'ai pu identifier se rapporte aux souvenirs des femmes rencontrées. Pour trois d'entre elles, les souvenirs liés à leur interruption de grossesse étaient un peu flous. Ce phénomène peut être expliqué par le fait que cette période a été pour elles une période anesthésiée dont elles ne gardent pas de souvenirs précis. Les informations transmises peuvent donc être approximatives mais elles permettent tout de même de tirer des conclusions.

7.1.3.5 La subjectivité

Tout travail de recherche ne peut être totalement objectif. Il est important de relever que, tout en gardant le souci de rester le plus objective possible, ma part de subjectivité peut transparaître dans les résultats obtenus. De même, il est nécessaire de relever qu'une attitude totalement lisse et neutre peut refroidir la personne qui témoigne. Une telle attitude peut, par conséquent, l'empêcher de se livrer librement. J'ai donc fait de mon mieux pour adopter une attitude empathique et de non-jugement. De plus, lors des entretiens, j'ai été particulièrement attentive à la formulation de mes questions afin d'éviter d'influencer les réponses des femmes. Néanmoins, même si mon engagement lors des entretiens était, pour des raisons de mise en place d'un climat de confiance, un peu moins impartial, mon analyse des résultats a, quant à elle, été faite avec une attitude de prise de recul et de neutralité.

7.2 Bilan personnel

Ce travail de recherche me tenait à cœur car la thématique choisie suscitait mon intérêt depuis de nombreuses années. J'avais eu l'occasion d'aborder ce sujet lors de discussions familiales et également lors de deux expériences professionnelles antérieures. Je souhaitais profiter de cette occasion pour me plonger au cœur de ce sujet qui soulevait en moi un certain nombre de questions restées sans réponses.

Pour bénéficier de pistes de compréhension et d'action dans l'éventualité d'une future pratique professionnelle avec cette population, il m'a paru nécessaire de mettre un accent particulier sur le point de vue des femmes ayant interrompu leur grossesse. Il m'importait de

me plonger dans leurs vécus respectifs afin de pouvoir faire des constats. Je souhaitais explorer une facette encore peu connue, c'est-à-dire celle de personnes recourant à cet acte médical.

Mon travail a été pour moi l'opportunité de faire de nombreux apprentissages. Ces derniers se rapportent, dans un premier temps, à la thématique de l'interruption de grossesse mais également à moi-même. En effet, j'ai été amenée à devoir m'organiser, à planifier et à tenter de respecter mon planning. Le respect de ma planification n'a pas été évident. J'ai remarqué, une fois de plus, qu'il me fallait être sous pression pour avancer dans la rédaction de mon travail. J'ai également pris conscience que ce mode de fonctionnement ne me semblait pas être le plus adéquat pour moi et me mettait passablement sous tension. Cette recherche me permettra peut-être, pour un prochain travail, de développer des stratégies pour améliorer mes méthodes. De plus, ma recherche m'a demandé beaucoup d'énergie et de rigueur. Au vu de son envergure, j'ai eu quelque fois l'impression de ne pas arriver au bout. Durant ce processus, j'ai traversé des périodes de doutes, de déceptions, de découragements mais également des périodes de satisfaction et de soulagement.

Je comprends maintenant le sens de cheminement et de processus que revêt ce travail de recherche. Je remarque qu'entre l'ébauche de mon avant-projet et la réalisation de mon ce travail, un cheminement s'est véritablement opéré.

Mon travail de recherche m'a appris à rechercher des informations pertinentes sur la thématique choisie, à les synthétiser et à me familiariser avec différentes notions relatives à cette dernière. De plus, j'ai été amenée à développer mes compétences de rédaction et de reformulation. J'ai également dû respecter des consignes bien précises par rapport à la structure et au contenu de ce travail.

Il représente pour moi, future assistante sociale, un précieux outil. En effet, il m'arrivera très certainement d'être en contact, un jour, durant ma carrière professionnelle, avec cette population. Ma recherche m'aura permis d'acquérir une vision plus détaillée de la problématique de l'interruption de grossesse en Suisse. Elle me permettra, dans le cas d'une éventuelle future pratique professionnelle au sein d'un planning familial par exemple ou dans un autre service social en lien avec cette problématique, de garder à l'esprit les différents résultats de ma recherche et de mettre en pratique les connaissances acquises lors de ce travail.

Les rencontres avec ces femmes ont représenté le moment le plus marquant de mon travail de recherche. Ces échanges ont été riches en information et ont représenté pour moi mon outil de travail principal. J'ai été profondément touchée par leur générosité, leur disponibilité ainsi que leur capacité à me livrer, avec pudeur, leur témoignage. Je les remercie encore infiniment de la confiance qu'elles m'ont accordée.

Pour terminer, j'aurai beaucoup apprécié effectuer une deuxième analyse qui aurait porté sur une comparaison entre le point de vue des femmes et celui des professionnel·le·s. J'aurai aimé confronter ces deux visions. Cela m'aurait permis d'avoir une partie théorique, une autre relevant du point de vue de femmes ayant interrompu leur grossesse, une suivante s'appuyant sur les discours et visions des professionnel·le·s, puis, une partie comparative regroupant les trois précédentes. La récolte des points de vue des professionnel·le·s en comparaison aux résultats obtenus dans le cadre de ma recherche représenterait une suite intéressante à ce travail.

8 Références bibliographiques

8.1 Ouvrages

- ❖ BERTAUX, D., *Le récit de vie : l'enquête et ses méthodes*, Paris, Ed. Armand Colin, 2^e édition, Coll. 128. Sociologie, 2005
- ❖ BERTHOD, R., *L'après 2 juin 2002*, Lausanne, Association vaudoise de parents chrétiens, 2004
- ❖ DONDENAZ, M., *Avortement, interruption de grossesse : le cas de la Suisse*, Lausanne, Ed. Réalités sociales, Coll. Politique sociale, 1987
- ❖ FAURE, C., *Vivre le deuil au jour le jour : la perte d'une personne proche*, Paris, Ed. Albin Michel, 1995
- ❖ GENTILE, C., *Le droit de choisir : L'IVG en France et dans le monde*, Paris, Ed. Syros, Coll. Femmes!, 2008
- ❖ PAUL, M., *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, Ed. L'Harmattan, Coll. Savoir et formation, 2004
- ❖ SARAZIN, S., DUTEUIL, A., *Avortement : libération ou esclavage ? : l'avortement qu'est-ce que c'est ? Quelles en sont les conséquences ? Comment vivre dans la paix, une grossesse non désirée ?*, Paris, Ed. CIM, Coll. Problèmes de sexualité, 1986
- ❖ SOUBIEUX, M.-J., *Le berceau vide : deuil périnatal et travail du psychanalyste*, Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, 2008

8.2 Articles

- ❖ BEAUVAIS, M., « Des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilité », 7^e colloque européen sur l'auto-formation « Faciliter les apprentissages autonomes », Auzeville, 2006, 11 p.. Adresse URL : <http://archives.enfa.fr/autoformation/rub-comm/pdf/beauvais.pdf>, consulté le 5 novembre 2011

- ❖ GALLIGANI, S., « De l'entretien au récit de vie. Quand les sujets s'emparent de la conduite d'un entretien... », *Ecarts d'identité*, n°92, 2000, pp. 21-24. Adresse URL : http://www.revues-plurielles.org/_uploads/pdf/6_92_5.pdf, consulté le 5 novembre 2011
- ❖ GLOOR, P.-A., « Réflexions sur les séquelles psychologiques de l'interruption de grossesse et leur prévention », *Revue médicale Suisse romande*, n°99, Lausanne, 1979, pp. 901-904
- ❖ KELLERHALS, J., « L'avortement dans la société d'abondance : essai de sociologie du droit » Colloque interdisciplinaire, *Médecine et Hygiène*, Genève, 1975, pp. 39-59
- ❖ PAUL, M., « L'accompagnement : une nébuleuse », *Education permanente*, n° 153, 2002-2004, pp. 43-46. Adresse URL : <http://emmenhelen.free.fr/accompagnement/153%20PAUL%5B1%5D.pdf>, consulté le 5 novembre 2011
- ❖ PAUL, M., « Ce qu'accompagner veut dire », *Carriérologie*, vol. 9 n°1 et 2, Québec, 2003, pp. 121-144. Adresse URL : <http://www.transversalis.fr/pdf/Maela%20PAUL.pdf>, consulté le 5 novembre 2011
- ❖ PAUL, M. « Le concept d'accompagnement », Note de synthèse effectuée à partir de l'intervention de Maela Paul, Dijon, avril 2004
- ❖ PAUL, M., « Autour du mot accompagnement », *Recherche et Formation*, n°62, 2009, pp. 91-107. Adresse URL : <http://www.inrp.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR062-8.pdf>, consulté le 5 novembre 2011
- ❖ SANSEAU, P.-Y., « Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en science de gestion : pertinence, positionnement et perspectives d'analyse », *Recherches qualitatives*, vol. 25(2), 2005, pp. 33-57. Adresse URL : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero25%282%29/ysanseau.pdf>, consulté le 5 novembre 2011
- ❖ UDAVE, J.-P., « L'accompagnement est un humanisme : posture, déontologie, éthique de l'accompagnement », *Pratiques innovantes – Débattre « Accompagner les démarches innovantes »*, Paris, 2003. Adresse URL : http://probo.free.fr/textes_amis/accompagnement_humanisme_jpu.pdf, consulté le 5 novembre 2011

8.3 Brochures

- ❖ ASSOCIATION SUISSE DES CONSEILLERES ET CONSEILLIERS EN PLANNING FAMILIAL, MEAN, F., WYSS, E., *Guide pratique d'entretiens de planning familial*, Editions PLANeS, 2006
- ❖ ASDAC, *Interruption de grossesse en Suisse : loi, pratiques et prévention*, Lausanne ; Berne, ASDAC, 1995
- ❖ Dépliant à l'intention des femmes concernées par l'interruption de grossesse, *Information sur l'interruption de grossesse*, Zürich, 1999
Rédigé en collaboration avec Dr. Judit Pók, gynécologue
Dr. Lucia Ritter et Dr. Kurt Pfister, COSAN SARL
- ❖ USPDA, *Enceinte sans l'avoir voulu : dossier didactique : avec informations supplémentaires et textes divers*, Zollikofen, USPDA, 1996

8.4 Document de droit

- ❖ CONFEDERATION SUISSE, *Code pénal suisse*, Berne. Ed. de la Chancellerie Fédérale, 2006

8.5 Mémoire de fin d'études

- ❖ ABOUCHAR, C., ALBIN, M., *Contraception et interruption volontaire de grossesse*, Genève, Haute école de santé, 2009
- ❖ THENOT, O., *L'IVG ou l'Impensable Vécu du Géniteur vu par les professionnels. Réflexion autour de l'apparente absence des hommes face aux interruptions volontaires de grossesse*, Ecole d'études sociales et pédagogiques, 2006

8.6 Articles de presse

- ❖ GRABET, L., « Freiner ou non l'avortement, deux mères élues s'affrontent », *Le 24 Heures*, Le 29 mars 2010

- ❖ HALTINER, N., « L'assurance devrait plutôt rembourser la pilule », *Le 24 Heures*, le 30 janvier 2010
- ❖ PINGOUD, L., « On avorte davantage dans le canton de Vaud qu'ailleurs. Pourquoi ? », *Le 24 Heures*, le 19 octobre 2009
- ❖ RIEDER, C., « Quand bébé fait peur », *Le 24 Heures*, le 27 avril 2010
- ❖ AP, « Nouvelle offensive des anti-avortements », *Le Nouvelliste*, le 27 janvier 2010
- ❖ ATS & AP, « Un comité s'attaque au remboursement des avortements », *Le 20 Minutes*, le 26 janvier 2010

8.7 Rapport

- ❖ PERRIN, E. soutenue par PLANeS, *Parcours des femmes ayant eu une interruption de grossesse et points de vue des professionnels de la santé et du social dans le cadre des nouvelles dispositions du Code pénal (Art. 119-120 CP, 02.06.2002) en Suisse romande. 2005-2010*, 2010

8.8 Document audiovisuel

- ❖ BAKHTI, B., WEILHAMMER, F., *J'ai décidé d'avorter*, émission Temps Présent diffusée sur TSR1 le 26 janvier 2012. Adresse URL : <http://www.tsr.ch/emissions/temps-present/sante/3650352-j-ai-decide-d-avorter.html>

8.9 Sites internet

- ❖ AIDE SUISSE POUR LA MERE ET L'ENFANT, Adresse URL : <http://www.asme.ch/>, site consulté le 15 octobre 2011
- ❖ CONFEDERATION SUISSE, Adresse URL : <http://www.admin.ch/>, site consulté le 10 février 2012

- ❖ CONSEILS POUR LA SANTE, Adresse URL : <http://www.creapharma.ch/>, site consulté le 10 février 2012

- ❖ DICTIONNAIRE FRANÇAIS LAROUSSE, Adresse URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>, consulté le 31 janvier 2012

- ❖ DICTIONNAIRE SUISSE DE POLITIQUE SOCIALE, Adresse URL : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=87>, page consultée le 10 mai 2010

- ❖ ENCYCLOPEDIE MEDICALE, Adresse URL : <http://www.vulgaris-medical.com/>, site consulté le 10 février 2012

- ❖ FONDATION SUISSE SANTE SEXUELLE, Adresse URL : <http://www.plan-s.ch/>, site consulté le 12 octobre 2011

- ❖ GUIDE SOCIAL ROMAND, Adresse URL : <http://www.guidesocial.ch/fr/fiche/489/>, page consultée le 26 octobre 2011

- ❖ INITIATIVE POPULAIRE FEDERALE « FINANCER L'AVORTEMENT EST UNE AFFAIRE PRIVEE », Adresse URL : <http://www.affaireprivee.ch/>, page consultée le 11 octobre 2011

- ❖ OFFICE FEDERALE DE LA STATISTIQUE, Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/03.html>, site consulté le 9 octobre 2011

- ❖ UNION SUISSE POUR DECRIMINALISER L'AVORTEMENT, Adresse URL : <http://www.svss-uspda.ch/>, site consulté tout au long de mon travail de recherche

9 Annexes

Annexe n°1 : Directives relatives à l'interruption de grossesse selon les articles 118, 119 et 120 du Code pénal suisse

Annexe n°2 : Questionnaire confidentiel à des fins statistiques

Annexe n°3 : Déclaration de consentement en vue de l'interruption de la grossesse par Mifégyne®

Annexe n°4 : Formulaire de demande d'interruption d'une grossesse

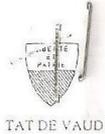
Annexe n°5 : Article paru dans le 20 Minutes le 26 janvier 2010 intitulé « un comité s'attaque au remboursement des avortements »

Annexe n°6 : Tableau récapitulatif des différents types d'accompagnement selon Maela PAUL

Annexe n°7 : Article de Henning MULLER paru dans le journal Hémisphères en mai 2011

ANNEXE N°1

**DIRECTIVES RELATIVES A L'INTERRUPTION
DE GROSSESSE SELON LES ARTICLES 118, 119
ET 120 DU CODE PENAL SUISSE**



**Le Chef du
Département de la santé
et de l'action sociale**

Bâtiment administratif de la Pontaise
Av. des Casernes 2 - 1014 Lausanne

Lausanne, le 29 janvier 2004

Tél. 021 316 50 00
Fax 021 316 50 41

**Directives relatives à l'interruption de grossesse selon les
articles 118, 119 et 120 du Code pénal suisse**

Vu les articles 118, 119 et 120 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937(CP), le
Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) arrête :

1. Désignation des établissements hospitaliers : art. 119, al. 4 CP

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 au sens de l'art. 119, al. 4 du CP, les établissements hospitaliers qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës au sens de l'art. 39 de la loi sur l'assurance maladie et qui sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire de soins.

Le médecin de l'hôpital pratiquant une telle intervention (ci-après le médecin) doit être porteur d'un titre de spécialiste suisse de gynécologie-obstétrique et être autorisé à pratiquer dans le canton de Vaud.

2. Interruption de grossesse jusqu'à la 12^{ème} semaine suivant le début des dernières règles : art. 119, al. 2 et 120, al. 1 CP

- 2.1. Une demande écrite de la femme enceinte invoquant sa situation de détresse est obligatoire (art. 119, al. 2 et art. 120, al. 1, lettre a). Pour ce faire, un formulaire publié par le DSAS peut être obtenu auprès de la Division médicale du Service de la santé publique, Rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne – tel. 021 316 42 26, fax : 021 316 42 72).
- 2.2. Avant toute intervention, le médecin doit avoir un entretien approfondi avec la femme enceinte, la conseiller et l'informer sur les risques de l'intervention (art. 119, al. 2). A cette occasion, il doit lui remettre le dossier préparé par le DSAS, qui peut être commandé auprès de la Division médicale du Service de la santé publique, Rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne – tel. 021 316 42 26, fax : 021 316 42 72).
- 2.3. En outre, si la femme enceinte est âgée de moins de 16 ans, le médecin doit s'assurer qu'elle s'est adressée à un centre de consultation spécialisée pour mineurs (art. 120, al. 1, lettre c). Pour le canton de Vaud, il s'agit :
 - des centres de consultation de grossesse et de planning familial de la Fondation ProFa ;
 - de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents – UMSA-CHUV

3. Interruptions de grossesse pratiquées après la 12^{ème} semaine suivant le début des dernières règles : art. 119, al. 1 CP

Au-delà de la 12^{ème} semaine de grossesse, un avis médical est obligatoire pour démontrer qu'une interruption de grossesse est nécessaire afin d'écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger justifiant l'intervention devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.

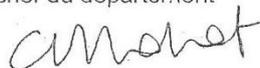
4. Annonce des interventions à des fins statistiques selon l'art. 119, al. 5 CP

En application de l'art. 119, al. 5 CP, les cas d'interruption de grossesse doivent être annoncés au Médecin cantonal en utilisant exclusivement le formulaire élaboré par le DSAS, qui peut être obtenu auprès de la Division médicale du Service de la santé publique, Rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne – tel. 021 316 42 26, fax : 021 316 42 72). L'anonymat des femmes concernées doit être garanti et le secret médical doit être respecté.

Les présentes directives entrent en vigueur immédiatement.

Le courrier du Médecin cantonal du 30 septembre 2002 signifiant des règles transitoires est abrogé.

Le chef du département



Charles-Louis Rochat

ANNEXE N°2

**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL A DES FINS
STATISTIQUES**

ANNEXE N°3

**DECLARATION DE CONSENTEMENT
DELIVREE EN VUE DE L'INTERRUPTION DE
LA GROSSESSE PAR MIFEGYNE®**

DECLARATION DE CONSENTEMENT
délivrée en vue de l'interruption de la grossesse par Mifégyne®
Conformément aux articles 120 du Code pénal suisse et du règlement du 12 avril 1999
sur l'interruption non punissable de la grossesse

Je, soussignée, dont l'état de grossesse a été constaté

le, par le docteur
.....

Lequel a établi un certificat médical de base proposant l'interruption de la grossesse et a été
délivré, déclare consentir à l'interruption de sa grossesse par Mifégyne®.

Je déclare avoir pris connaissance du protocole d'information (cf les 3 pages suivantes) qui m'a
été expliqué et remis notamment en ce qui concerne les contre-indications et en particulier
concernant le tabagisme.

A cet égard je m'engage à limiter au maximum ma consommation de cigarettes pendant toute la
durée de cette méthode d'interruption de grossesse.

J'ai compris que la prise de Mifégyne® (Mifépristone) doit impérativement être suivie 48 heures
plus tard, de l'administration d'une prostaglandine (Misoprostol). Celle-ci s'effectuera soit dans le
service de gynécologie de la maternité du site du Samaritain à Vevey soit à domicile.

J'ai compris que la visite de contrôle 10 à 15 jours après la prise de Mifégyne® (Mifépristone) est
indispensable et obligatoire. Je sais que cette méthode n'est pas efficace à 100 %, de sorte que,
en cas d'échec, l'interruption de grossesse ne pourra être obtenue que par des moyens
chirurgicaux (curetage).

Je suis avertie que si malgré nos recommandations, je décidais, en cas d'échec de la méthode
d'interruption, de mener ma grossesse à terme, **aucune garantie ne peut être donnée sur
l'absence totale de risques pour l'enfant à naître et notamment quant à l'absence de
malformations fœtales.**

Nom Prénom

Née le Etat civil

Epouse de Originaire de

Domicile

.....

Date et lieu Signature

ANNEXE N°4

**FORMULAIRE DE DEMANDE
D'INTERRUPTION D'UNE GROSSESSE**

Demande d'interruption d'une grossesse

(Procédure administrative d'usage à l'attention du médecin)

Le présent formulaire est composé de deux pages. La page 1 ci-dessous présente un volet A, et concerne la patiente de moins de 16 ans, et un volet B qui concerne la patiente de plus de 16 ans. Le médecin est tenu de remplir la partie qui convient et de la mettre au dossier de la patiente chez le médecin opérateur.

MOINS DE 12
SEMAINES
REVOLUES
A ET B

Selon les nouvelles directives, lorsque l'interruption de grossesse intervient au-delà des 12 semaines de grossesse, le médecin doit émettre un avis médical détaillé sur la situation de la patiente au lieu des formulaires susmentionnés.

Dans tous les cas, le formulaire de statistique en page 2 doit être dûment rempli est ensuite retourné par fax ou courrier au Médecin cantonal à l'adresse indiquée.

COMPLÉTER
FORMULAIRE
STATISTIQUE

Attestation de l'entretien réalisé avec la jeune femme enceinte âgée de moins de 16 ans révolus demandant une interruption de grossesse

PATIENTE DE MOINS DE 16 ANS
A

J'atteste que

Nom : Prénom :

Date de naissance : Domicile :

qui demande une interruption de grossesse, a été reçue et conseillée lors d'un entretien le

Lieu et date :

Nom, prénom :

et signature de la conseillère/du conseiller :

Timbre du centre de consultation reconnu spécialisé pour les mineurs :

J'atteste avoir bénéficié de cet entretien.

Lieu et date :

Signature de la personne demandant l'interruption de grossesse :

Attestation de l'entretien réalisé entre la femme enceinte demandant une interruption de grossesse et le médecin-conseil

PATIENTE DE PLUS DE 16 ANS
B

J'atteste que

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de domicile :

suis enceinte et me trouve dans une situation de détresse. Je décide de ne pas mener cette grossesse à terme. C'est pourquoi je demande une interruption de grossesse.

Le médecin, Dr

- s'est entretenu de manière approfondie avec moi,
- m'a conseillée personnellement,
- m'a informée sur l'intervention et les risques médicaux qui y sont liés,
- m'a transmis un document contenant la liste officielle des centres de consultations en matière de grossesse proposant gratuitement une aide matérielle et psychologique, une liste d'associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle et des informations sur la possibilité de faire adopter l'enfant.

Lieu et date :

Signature de la femme :

Le document annexé est à remplir par le médecin pratiquant l'intervention, à détacher et à renvoyer au Service de la santé publique – Médecin cantonal. Les indications recueillies sont anonymes et seront utilisées uniquement à des fins de santé publique et d'épidémiologie.

ANNEXE N°5

**Article paru dans le 20 Minutes le 26 janvier 2010
intitulé
« Un comité s'attaque au remboursement des
avortements »**

Un comité s'attaque au remboursement des avortements

A défaut de revenir sur la dépénalisation de l'interruption de grossesse, les milieux anti-avortement s'attaquent à son remboursement.

Les milieux anti-avortement ont lancé mardi une initiative populaire pour supprimer la prise en charge par l'assurance maladie de base.



Les initiants ont jusqu'au 26 juillet 2011 pour récolter les 100 000 signatures nécessaires. (photo: Keystone)

Le comité «Financer l'avortement est une affaire privée - Alléger l'assurance maladie en radiant les coûts de l'interruption de grossesse de l'assurance de base» est composé de représentants de l'UDC, du PDC, des partis protestants PEV et UDF, mais aussi du PLR (les conseillers nationaux nidwaldien Edi Engelberger et thurgovien Werner Messmer).

Devant la presse, Peter Föhn (UDC/SZ) et Elvira Bader (PDC/SO) ont reconnu s'être lancés dans la bataille sans attendre l'aval de leurs partis respectifs. Pour eux, il s'agit avant tout de mobiliser à large échelle. Les deux conseillers nationaux sont convaincus de pouvoir rallier par la suite leur formation à leur cause.

Réduire le nombre d'avortements

Les initiants jurent leur grands dieux ne pas vouloir interdire l'avortement même s'ils déplorent sa banalisation. Plus de 10 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) par an, c'est trop, selon Peter Föhn. A l'instar de leurs homologues américains, les anti-avortement suisses s'attaquent à la prise en charge médicale. En supprimant toute «incitation financière», le nombre des IVG s'en trouvera réduit.

Selon le comité, les opposants aux interruptions volontaires de grossesse ne doivent pas co-financer de telles pratiques via leurs primes d'assurance maladie. L'avortement n'a pas à être supporté de manière solidaire: il ne s'agit pas d'une maladie, a souligné la co-présidente du
PEV genevois Valérie Kasteler.

Et de plaider la «responsabilité individuelle»: celui qui envisage la possibilité d'une IVG peut conclure une assurance complémentaire ou payer directement les coûts de l'intervention. Les initiants affirment haut et fort que leur proposition permettra de réduire les coûts de la santé. Les IVG pèsent entre 15 et 20 millions de francs par an, selon Peter Föhn.

Protéger la vie

Qu'une naissance coûte plus cher (6000 à 10 000 francs) qu'un avortement (600 francs par voie médicamenteuse, 3500 francs via une opération) n'entre pas en ligne de compte. La constitution fédérale garantit la protection de la vie, a répondu Elvira Bader.

Enfin, le comité souhaite renforcer les droits des parents. «Grâce à l'initiative, les adolescentes de moins de 16 ans ne pourront plus être poussées à un avortement à l'insu de leurs parents». Les initiants ont jusqu'au 26 juillet 2011 pour récolter les 100 000 signatures nécessaires. Leur texte réclame qu'à compter de neuf mois après l'acceptation de l'initiative l'interruption de grossesse mais aussi la réduction embryonnaire ne soit plus couverte par l'assurance de base. La loi pourrait prévoir de «rares exceptions concernant la mère». Selon Peter Föhn, il s'agit notamment des cas de viols ou dans lesquels la vie de la femme enceinte est en danger.

Dépénalisation entérinée en 2002

La dépénalisation de l'avortement a été entérinée par 72,2% des votants en 2002. Le régime dit du délai libéralise l'IVG pendant les douze semaines suivant les dernières règles (l'embryon ayant alors au plus dix semaines).

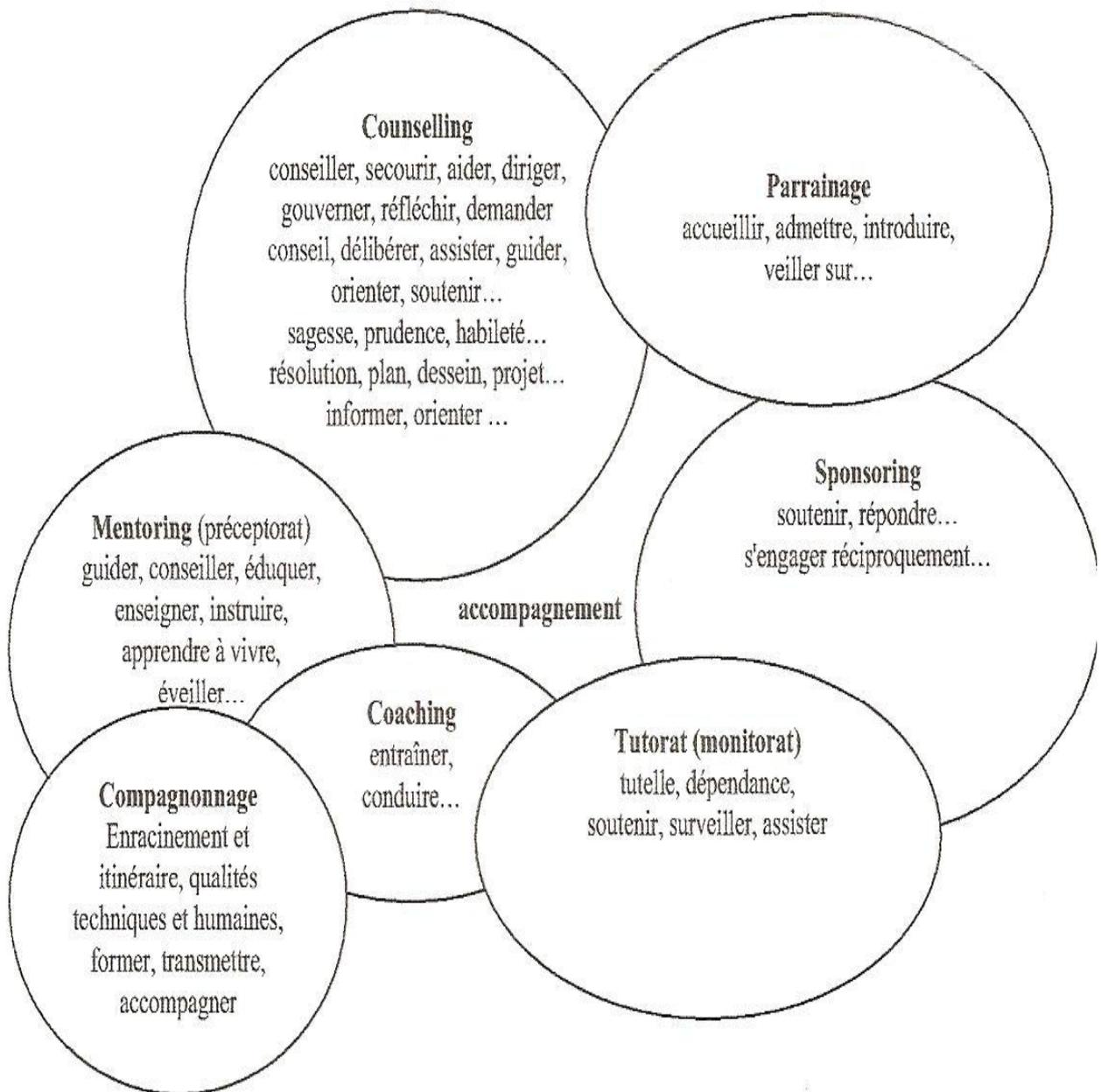
La femme doit invoquer une situation de détresse, tandis que le médecin doit informer sur les effets physiques et psychiques de l'intervention, ainsi que sur les possibilités d'adoption. Après le délai de douze semaines, l'avortement ne peut être pratiqué que si un avis médical démontre qu'il est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou un état de détresse profonde de la femme enceinte.

(ats)

ANNEXE N° 6

Tableau récapitulatif des différents types d'accompagnement selon Maela PAUL

L'accompagnement : une nébuleuse (p. 135) :



PAUL, M., « Ce qu'accompagner veut dire », *Carriérologie*, vol. 9 n°1 et 2, Québec, 2003, pp. 121-144. Adresse URL : <http://www.transversalis.fr/pdf/Maela%20PAUL.pdf>, consulté le 5 novembre 2011

Annexe n°7

**Article de Henning MULLER paru dans le journal
Hémisphères en mai 2011**

Une plateforme pour la santé du futur

Un vaste projet européen vise à assurer la fiabilité des informations sur la santé diffusées en ligne. Lancement en 2014.

TEXTE | Luca Di Stefano



Internet a bouleversé les méthodes des professionnels de la santé, mais aussi les connaissances des patients, toujours plus enclins à y rechercher les informations. Les forums de discussion abondent, les sites de type wiki, plus ou moins certifiés, se multiplient. Une étude menée en 2007 dans sept pays européens a démontré que 46% de la population considèrent internet comme une source essentielle d'information médicale. Une situation qui peut parfois poser problème, car les informations qui circulent sur le réseau ne sont pas toujours validées par des professionnels. Face à cette évolution, la qualité et la fiabilité de l'information médicale sont devenues des priorités. C'est afin de répondre à ces enjeux que le projet Khresmoi (Knowledge Helper for Medical and Other Information users) a vu le jour.

L'objectif de Khresmoi consiste à créer une plateforme multilingue en ligne, qui produira des informations médicales fiables et adaptées aux différents niveaux de connaissances de ses utilisateurs. «Entre les patients, les radiologues, les médecins généralistes ou les spécialistes, les besoins ne sont pas les mêmes, l'information

sera parfois technique ou parfois vulgarisée», précise le professeur Henning Müller, professeur à la HES-SO Valais et coordinateur de ce projet européen.

Au centre de cette initiative démarrée en septembre 2010 se trouve un réseau de 12 partenaires académiques et industriels, qui rassemble les compétences nécessaires à l'élaboration de cette plateforme complexe. «De l'interface homme-machine à la traduction automatique, en passant par la recherche d'images et l'extraction de relations entre les mots-clés, chacun apporte ses connaissances spécifiques», explique le coordinateur du projet. Concrètement, Khresmoi devrait voir le jour en 2014. ¶

Quand les médecins se parleront en réseau

Un projet de recherche baptisé MediCoordination vise à permettre l'échange électronique d'informations médicales entre les hôpitaux et le personnel soignant. Une étape importante car, en Suisse, les médecins ne sont de loin pas tous connectés à internet. «Pour le moment, de nombreuses données médicales sont transmises par la poste, par fax ou de main en main, explique Michael Schumacher, professeur d'informatique à la HES-SO Valais, à la tête du projet. Cela prend beaucoup de temps et des éléments peuvent se perdre.» Développé par le réseau des instituts de la HES-SO, MediCoordination a démarré en 2007. Ses responsables espèrent qu'il sera implémenté prochainement: «L'échange d'information électronique représente un fort potentiel d'économie dans le domaine de la santé, précise Michael Schumacher. De nombreux documents produits pour chaque patient exigent actuellement un travail administratif qui coûte cher.»

Par Gwenaëlle Rey