

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Band: 109 (2011)
Heft: 1

Artikel: Interruptions fe grossesse tardive : fonctionnement du régime du délai : un bilan
Autor: Rey, Anne-Marie
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949906>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 18.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Ce mois-ci, un numéro très varié. D'abord, un thème éthique: les interruptions de grossesse tardives. Il ne s'agit nullement de revenir sur le bien-fondé d'une législation suisse sur les avortements, mais d'en évaluer la mise en application à travers tout le pays. Il s'avère en effet que cette mise en application est



«relativement bonne», comme l'explique Anne-Marie Rey, mais qu'elle bute principalement sur un point, celui de la marge d'interprétation qui est laissée par la loi et qui est trop peu utilisée.

Comment illustrer un tel sujet? Nous avons encore toutes en tête les associations d'idées faites lors de la campagne de votation Pour ou Contre les délais pour l'avortement. Il n'était pas question de tomber dans de tels travers. Alors, nous avons pensé, Gerlinde Michel et moi-même, à des illustrations plus symboliques, plus précisément à la métaphore de la croissance d'une fleur: le bouton de fleur est une promesse de fleur, mais pas encore la fleur. De même, l'embryon ou le fœtus sont une promesse de vie, mais pas encore la vie.

Par ailleurs, les autres thèmes propulsent la réflexion vers les réalités du métier de sage-femme typiques du début du XIX^e siècle: formation à distance et études de Master, recherches spécifiques aux sages-femmes et nouveaux rôles créés et assumés par des sages-femmes. Un point commun réjouissant s'en dégage immédiatement: nous sommes en marche vers un approfondissement des compétences professionnelles et, par conséquent, vers un renforcement de la position du métier!

Je vous souhaite une bonne lecture de ce numéro. Si un sujet vous enchante ou, au contraire, vous contrarie ou vous choque, n'hésitez pas à nous en faire part. Savez-vous qu'il y a bien longtemps que nous n'avons plus reçu de lettre de lectrice à publier?


Josianne Bodart Senn

Interruptions de grossesse tardives

Fonctionnement du

En Suisse, le régime du délai est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2002. Il avait été approuvé lors des votations du 2 juin précédent par 72% des votants.

Le principe d'autodétermination de la femme en matière d'interruption de grossesse était ainsi légalement reconnu. Dans la pratique, la modification de la loi a été mise en œuvre de manière étonnamment rapide et elle fonctionne aujourd'hui plutôt bien. Des enquêtes de l'APAC-Suisse ont toutefois montré que certains problèmes subsistent, en particulier dans les cas d'interruptions de grossesse (IG) au-delà des 12 semaines d'aménorrhée (SA).

Anne-Marie Rey

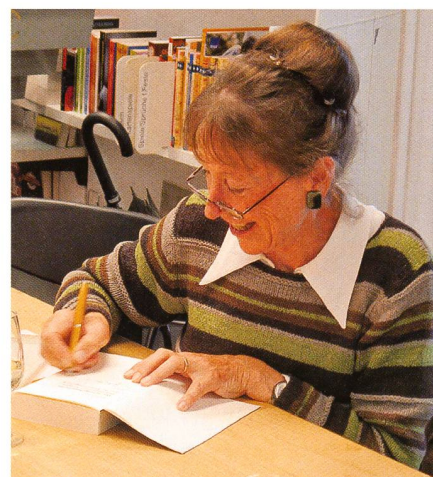
L'entrée en vigueur du régime du délai n'a pas conduit à l'augmentation des avortements prophétisée par les opposants. Le taux d'IG en Suisse s'élève à 6,4 pour 1000 femmes âgées de 15–44 ans et il est le plus bas du monde. Ce phénomène est également valable pour les teenagers. Le taux d'IG des 15–19 ans se situe à 5/1000, le taux des 15–17 ans étant beaucoup plus bas que celui des 18–19 ans. La proportion des IG avant 15 ans ne représente que 0,2% du total. C'est parmi les femmes de 20–25 ans que l'on trouve le plus grand pourcentage de toutes les IG.

Evolution positive

Contrairement à la présomption populaire, les grossesses des teenagers ont régressé par rapport aux décades précédentes. Mais, lorsqu'elles sont enceintes, les adolescentes choisissent plus souvent qu'auparavant d'interrompre la grossesse.

Déjà dans les années 80, les premiers pas de la libéralisation de la pratique des IG avait fait reculer le «tourisme de l'avortement». Aujourd'hui, 800 IG se font encore dans un autre canton que le canton de domicile de la femme concernée. Alors qu'en 1980, dans le seul canton de Genève, plus de 1800 interventions ont été faites sur des femmes venant d'autres cantons et, à Zurich, il y en avait à peu près autant.

En 1999, l'introduction de la méthode médicamenteuse avec la Mifegyne®, utilisée jusqu'à la 7^e SA, a induit une tendance à l'IG de plus en plus précoce. Le gain de temps dû à la suppression du second avis a renforcé cette tendance. En 2009, 60% des IG furent pratiquées au moyen de cette méthode, 70% des IG avaient



Anne-Marie Rey a été la co-présidente de l'Union suisse pour décriminaliser l'avortement jusqu'à sa dissolution en 2003. Aujourd'hui, elle s'occupe du secrétariat de l'APAC-Suisse (Association de professionnels de l'avortement et de la contraception).

lieu dans les 8 premières SA alors qu'elles n'étaient que 30–40% dans les années 80 et 90.

Par contre, durant les 30 dernières années, la proportion des IG du 2^e trimestre a à peine changé. Dans le canton de Berne (le seul qui dispose de statistiques détaillées depuis 1980), elle se situait entre 3 et 7%. Pour l'ensemble de la Suisse, au cours de l'année 2009, elle était d'environ 5%, ce qui signifie quelque 480 interventions faites après 12 SA. Parmi celles-ci, près d'un tiers se situaient à 13–16 SA, c'est-à-dire au tout début du 2^e trimestre. 30 IG, soit 0,3% du total, avaient lieu après la 22^e SA.

Offre inappropriée au 2^e trimestre

Malgré cette évolution manifestement positive, nous soupçonnons – sur la base

régime du délai – un bilan

d'expériences concrètes – que l'offre n'était pas adaptée. Nous avons en effet l'impression qu'il y avait des problèmes du côté des IG tardives (au courant du 2^e trimestre) et que ce sujet était l'objet d'un réel tabou. La pratique semblait tout à fait arbitraire et peu transparente. Personne n'en parlait, personne ne savait vraiment ce qui était offert, où et sous quelles conditions. C'est pourquoi nous avons interrogé en 2008 les centres de planning familial. Pour 41 questionnaires envoyés, nous avons reçu 40 réponses.

- Près de la moitié des centres (44%) disent qu'il y a des problèmes dans leur région pour les IG du 2^e trimestre.
- Un quart d'entre eux ne connaissent aucune institution dans la région qui pratique ces interventions.
- Les limites jusqu'où les IG sont acceptées pour raisons psychosociales, au-delà des 12 SA, sont très disparates à 14, 16, 18 SA...
- Il n'est pas rare de voir des femmes simplement refusées par les hôpitaux, parfois renvoyées vers d'autres hôpitaux ou même à l'étranger.
- 14 centres ont vu 1 à 6 fois par an des femmes à qui l'IG a été refusée par un médecin ou un hôpital, bien qu'à l'avis de la conseillère, elles avaient des raisons très valables pour une IG.
- 27 centres ont déjà aiguillé des femmes vers l'étranger. Au total, elles étaient de 20 à 30 annuellement. (D'après nos investigations supplémentaires auprès des cliniques à l'étranger, nous estimons que le «tourisme de l'avortement» compte au moins 50 cas – voire même 100 cas – par année).

Que dit la loi sur les IG après 12 SA?¹

Un médecin doit être convaincu que la santé physique de la femme enceinte est en danger ou que celle-ci se trouve dans un «état de détresse profonde». Selon un arrêté du Tribunal fédéral², un canton ne peut pas exiger, en sus, le deuxième avis d'un médecin spécialisé. Le danger doit être d'autant plus grand que la grossesse est avancée.

Photos: Josiame Bodart Senn



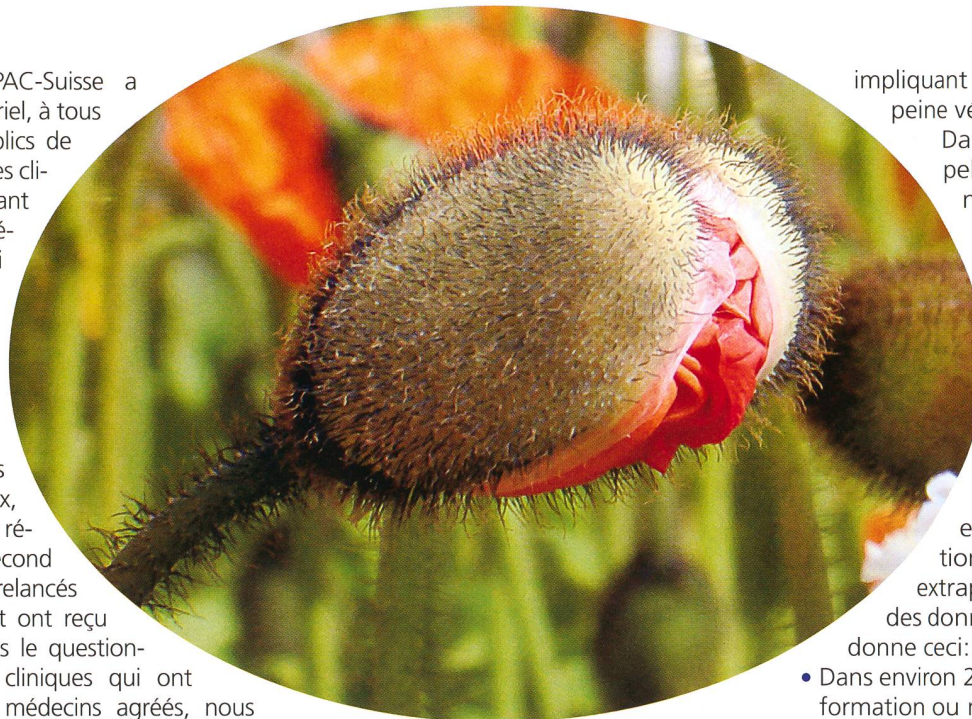
En 2009, APAC-Suisse a envoyé, par courriel, à tous les hôpitaux publics de Suisse, à toutes les cliniques privées ayant un service gynécologique ainsi qu'aux cliniques de jour dont nous avons connaissance un questionnaire³ portant sur leurs pratiques d'IG. Les hôpitaux, qui n'avaient pas répondu après le second rappel, ont été relancés par téléphone et ont reçu une nouvelle fois le questionnaire. Pour les cliniques qui ont un système de médecins agréés, nous nous sommes adressés directement à ces médecins. Dans ce cas, l'analyse repose sur la réponse d'un médecin, parfois de plusieurs.

Les résultats confirment largement les données des centres de planning familial. Sur 157 cliniques contactées, 113 ont répondu. 93 d'entre elles pratiquent des IG, mais presque un tiers seulement au cours du 1^{er} trimestre et moins de la moitié acceptent l'indication «d'un état de détresse profonde» au cours du 2^e trimestre. Un avis psychiatrique est en outre fréquemment demandé. Dans deux cantons, on y ajoute même l'avis du médecin cantonal, bien que cela ne soit nullement prévu par la loi.

Parmi les 46 cliniques qui acceptent les raisons psychosociales, un bon tiers le font au plus tard jusqu'à la 14^e SA, 13% jusqu'à 15^e ou 16^e SA. Après la 20^e SA, s'il n'y a pas d'indication somatique ou fœtale graves, les IG deviennent une rareté absolue. Après la 23^e SA, elles sont extrêmement rares et ne sont plus pratiquées qu'en cas de danger vital pour la femme enceinte ou de malformation létale de l'enfant à naître.

La marge d'appréciation laissée par la loi est peu utilisée

Notre suspicion est confirmée par les deux enquêtes: bien que, depuis 2002, la Suisse dispose de la législation la plus libérale, l'accès à une IG dans le cas d'un «état de détresse profonde» au 2^e trimestre – en particulier après 14 ou 16 SA – est très limité. Il n'est pas fait usage suffisamment de la marge d'appréciation qui est laissée au médecin – homme ou femme – dans son évaluation d'un cas in-



dividuel à propos d'un possible «état de détresse profonde».

Dans les débats parlementaires, ce libellé n'a pas été contesté. En 1998, la rapporteuse de la Commission des affaires juridiques du Conseil national était catégorique. On avait délibérément choisi une formulation souple et renoncé à reprendre le catalogue traditionnel des indications afin qu'il puisse être tenu compte «de toutes les situations de vie envisageables».

Aux yeux de la Commission, «c'est le poids des motifs» qui devait être déterminant. En tant que personne de confiance vis-à-vis de la femme, le médecin – homme ou femme – devait être convaincu, «de par ses connaissances médicales et de par son appréciation humaine», que l'IG était justifiée.

Lors d'un séminaire à l'hôpital universitaire de Lausanne en 2009, Nathalie Brunner (Institut du droit de la santé de l'université de Neuchâtel) a démontré que le médecin jugeait inévitablement en fonction de ses propres valeurs et ne pouvait guère être poursuivi lorsqu'il fondait ses considérations sur des données suffisamment documentées et lorsqu'il pratiquait l'avortement selon les règles de l'art.

Christian Peter du service juridique de l'Hôpital de l'Isle de Berne précise qu'il s'agit dans l'Art. 119 – 1 du Code pénal d'une «indication globale socio-médicale». L'état de détresse profonde ne correspond pas à une maladie précise. A côté de la structure de la personnalité de la femme enceinte, il convient de prendre en compte sa situation de vie présente et future. L'avis médical, selon lui, revêt alors une importance primordiale tout en

impliquant une appréciation à peine vérifiable⁴.

Dans ce contexte, rappelons que l'OMS définit la santé comme un état qui comprend également le bien-être social⁵.

Motifs pour l'IG tardive

Les données chiffrées manquent en matière d'indications pour une IG. Une extrapolation sur la base des données de trois cantons donne ceci:

- Dans environ 2% des cas, une malformation ou maladie fœtale est la raison principale pour l'IG.
- Un viol ou un inceste est la raison pour 0,4% des cas.
- Il est clair que, dans la plupart des cas, que ce soit au 1^{er} ou au (début du) 2^e trimestre, le motif est d'ordre psychosocial.

En dehors des indications strictement médicales, pourquoi la demande d'IG de la part de ces femmes vient-elle seulement au 2^e trimestre? Selon une étude anglaise⁶, plusieurs raisons se combinent:

- Une forte ambivalence, selon les dires de 80% des femmes
- Un constat tardif de grossesse pour plus de 70% des femmes (règles irrégulières, menstruation supprimée par la prise de contraceptifs hormonaux)
- La peur des réactions des parents ou du partenaire
- La peur de l'opération
- Un changement soudain dans la relation avec le partenaire.

Des résultats semblables existent pour d'autres pays. En Suisse, la gynécologue Dorin Ritzmann, qui a réalisé durant plusieurs années des avortements médicaux jusqu'à la 21^e SA, a établi une statistique sur les raisons et les situations de vie de ses patientes⁷.

Les femmes étaient le plus souvent:

- Pauvres, jeunes, victimes de violence
- Originaires d'un milieu culturel «étranger»
- Souvent elles avaient été refusées par d'autres médecins ou un hôpital, puis orientées vers elle par un centre de planning familial.

Les raisons pour lesquelles ces femmes s'étaient adressées à la gynécologue seulement au 2^e trimestre, étaient souvent – comme dans l'étude anglaise – les règles irrégulières.

Mais il n'était pas rare que la faute relève de professionnel(le)s:

- De fausses informations, comme «après 12 semaines, une IG est interdite»
- Des diagnostics erronés
- Un retard par négligence ou même par une tactique dilatoire délibérée

Pourquoi la détresse profonde d'une femme qui est tombée enceinte malgré un implant – qu'elle croyait pourtant absolument efficace – et qui constate sa grossesse tardivement parce que le contraceptif avait supprimé ses menstruations, ou la détresse de telle autre qui risque d'être abusée ou rejetée par sa famille: pourquoi la détresse de ces personnes devrait-elle peser moins lourd que celle d'une autre femme qui vient de recevoir un diagnostic prénatal grave?

Parmi les quelques femmes qui m'ont contactée personnellement, il y en avait deux qui étaient tombées enceintes malgré un implant, qui n'avaient réalisé leur grossesse qu'après 16 SA et qui se trouvaient dans une situation difficile. Parfois, il s'agissait de grossesses déjà bien avancées de toutes jeunes adolescentes ou de femmes chez qui on n'avait constaté une malformation sévère – mais non létale du fœtus – que très tardivement (après 22 SA).

Aucune femme ne demande une IG lors d'une grossesse avancée pour des raisons triviales. Il s'agit toujours de situations dramatiques. Il n'est pas concevable qu'en Suisse nous forçons aujourd'hui encore, et chaque année, quelque 50 ou 100 femmes à aller avorter à l'étranger ou à courir le risque de tenter elles-mêmes de provoquer une fausse couche.

Le dilemme des IG tardives

Sur le plan émotionnel, une IG en tout début de grossesse est toute différente d'une IG tardive. C'est une expérience éprouvante pour toutes les personnes impliquées. Les femmes, du fait de la situation extrême où elles se trouvent, souvent déchirées entre leurs sentiments contradictoires, sont particulièrement vulnérables, si bien qu'il convient de les accompagner et de les prendre en charge avec compréhension et respect. Cette tâche émotionnellement difficile exige beaucoup du personnel médical et soignant comme des sages-femmes dont la collaboration est souvent indispensable (en Suisse, les IG tardives sont en général réalisées au moyen d'une provocation de fausse couche, contrairement aux pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas, les USA où c'est la méthode chirurgicale jusqu'à la 22^e SA et au-delà qui est pratiquée). Ce ne sont dès lors pas seulement des compétences techniques qui sont demandées, mais de l'empathie, des compétences sociales, psychologiques et éthiques.

Cette tâche est d'autant plus difficile que souvent elle ne rencontre que peu de compréhension ou qu'elle provoque même – pour des raisons religieuses – de vives critiques et un refus catégorique, voire une attitude agressive auprès de personnes qui ne sont pas directement impliquées.

Il n'est donc pas surprenant de voir que des professionnel(le)s cherchent à éviter cette tâche, parfois en invoquant leur conscience.

Toutefois, le droit d'objection de conscience n'est pas absolu. Le mandat de prestations d'un hôpital public doit être rempli, ces opérations doivent être réalisées. Un médecin chef ne peut pas avoir pour principe de refuser des IG tardives dans «son» hôpital. Un médecin ou une sage-femme qui ne sont pas prêts à collaborer n'ont pas le droit à être employés. Il faut faire une distinction nette entre le mandat professionnel et la responsabilité face à la femme d'une part et ses propres valeurs d'autre part. Ce qui doit être déterminant, c'est avant tout le bien-être de cette femme.

Le travail dans ce domaine peut par ailleurs apporter une grande satisfaction personnelle et professionnelle. «Nous sommes tous convaincus qu'il s'agit d'un travail important, qui induit des changements positifs dans la vie des gens», dit Garson Romalis, un médecin canadien «spécialiste des avortements».

«Rien ne me donne autant de satisfaction et un aussi grand sentiment d'estime de moi que le travail en lien avec l'interruption de grossesse (...). Nulle part ailleurs je ne reçois autant de gratitude. Cela me donne l'occasion de collaborer avec des collègues féministes progressistes et humanistes».

Dr. Dominique Roynet, Belgique

Que reste-t-il à faire?

En Suisse, la situation en matière d'IG est relativement bonne. Depuis la nouvelle législation de 2002, le droit d'auto-détermination de la femme est respecté et l'accès à cette opération est en général garanti dans tout le pays. Mais, il subsiste des problèmes. Toutes les méthodes ne sont pas offertes partout. L'anesthésie locale au 1^{er} trimestre et l'opération chirurgicale au 2^e trimestre sont pratiquement inexistantes en Suisse. L'accès à une IG au 2^e trimestre reste restreint, parce que la marge d'appréciation accordée par la loi pour juger de «l'état de détresse profonde» n'est pas utilisée.

La formation des médecins – homme ou femme – comme celle des sages-femmes et du personnel soignant doit être améliorée dans ce domaine: tous doivent être sensibilisés à la problématique, en particulier à la nécessité d'effectuer parfois des IG au cours du 2^e trimestre. Il faut lutter contre la dévaluation, la stigmatisation et la marginalisation de cette activité. Et il convient d'offrir aux professionnel(le)s travaillant dans ce domaine à la fois soutien et supervision et de leur témoigner du respect.

Nous devons faire en sorte qu'en Suisse, chaque femme puisse accéder à une IG réalisée selon les règles de l'art, le plus tôt possible mais également – en cas de grossesse avancée – aussi tard que nécessaire, et qu'elle reçoive un accompagnement empathique. ◀

«Je considère le rejet de la femme qui souhaite un avortement comme un acte de violence indicible. De savoir combien nous aidons une femme à maîtriser les complexités de sa vie est une grande récompense pour un travail qui autrement serait peut-être une trop lourde charge».

Lisa Harris, gynécologue, professeure assistante, Université de Michigan

Traduction réalisée par Josianne Bodart Senn, relue par l'auteure.

¹ Art. 119, Par. 1 CP: «L'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée».

² ATF 129 I 402 du 14.10.2003.

³ Les questions étaient les suivantes: Jusqu'à combien de SA des IG sont-elles pratiquées/Jusqu'à combien de SA des IG au-delà de 12 SA sont-elles pratiquées avec indication psycho-sociale (Art 119, 1, Code pénal: «état de détresse profonde»)?/Quelles sont les méthodes appliquées?/Quelle est la durée de l'hospitalisation?

⁴ Peter C. Straflöser Schwangerschaftsabbruch. SÄZ 2010; 91 (21): 825–6.

⁵ «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (Constitution OMS, 1948).

⁶ Ingham R., Lee E. et al. Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. In: Second trimester abortion. Reproductive Health Matters. Vol 16, No 31, Supplement May 2008.

⁷ Exposé au colloque VSSB, 7.5.2009.