

AUTEURE : MARIE-MARTHE COLLARD

CONSEILLÈRE CONJUGALE ET FAMILIALE EN PLANNING FAMILIAL

MIEUX ACCOMPAGNER LES FEMMES DANS LEUR VECU DES AVORTEMENTS

Réflexion sur l'accueil des IVG
itératives dans un centre de
planning familial

AUTEURE : MARIE-MARTHE COLLARD

CONSEILLÈRE CONJUGALE ET FAMILIALE EN PLANNING FAMILIAL

MIEUX ACCOMPAGNER LES FEMMES DANS LEUR VECU DES AVORTEMENTS

Réflexion sur l'accueil des IVG itératives dans un centre de planning familial

Que tou.te.s ceux et celles qui m'ont offert la possibilité de mener l'expérience de réhabilitation des entretiens post-IVG dans un but de prévention des IVG itératives soient ici remerciés: le conseil d'administration de l'asbl La Famille Heureuse à Saint-Josse-Ten-Noode et mes collègues de l'équipe psycho-médico-sociale, ainsi que les patientes en demande d'interruption volontaire de grossesse et/ou d'entretiens d'aide. Un merci tout particulier à Marie-Noëlle Leforestier, conseillère conjugale et familiale et au Docteur Barbara Brachmanska.

SOMMAIRE

Introduction.....	6
I. Approche sociologique.....	8
1. Nombre d'IVG par an en Belgique - Nombre d'IVG itératives.....	10
2. Profil des femmes ayant recours à des IVG itératives.....	12
3. Sociologie de l'engendrement et de l'avortement.....	13
II. Approche médicale.....	16
1. Risques liés à l'IVG en général.....	18
2. Risques liés aux IVG itératives en particulier.....	20
III. Approche ethnopsychiatrique.....	22
IV. Approche psychopathologique.....	28
1. Avortements structurels et avortements conjoncturels.....	30
2. La détresse sous-jacente – la demande implicite.....	31
3. Désir de grossesse – désir d'enfant.....	34
4. L'absence de deuil de la (des) grossesse(s) précédente(s).....	35
5. La problématique des adolescentes.....	37
6. Les conflits de couple.....	38
V. Approche éthique.....	40
1. L'autonomie.....	41
2. La bienfaisance.....	42
3. La non malfaisance.....	42
4. Le principe de justice.....	43

VI. Approche méthodologique.....	46
1. L'accueil.....	47
2. La prévention.....	48
3. L'entretien d'aide (post IVG).....	49
VII. Conclusion.....	56
Bibliographie.....	60
Annexes.....	62

INTRODUCTION

Travailleuse en planning familial en qualité de stagiaire, puis de conseillère conjugale et familiale, j'ai été interpellée par le nombre relativement élevé de femmes qui font des demandes rapprochées d'IVG¹.

Je me suis posé la question des moyens de prévention à mettre en place pour éviter ces interventions successives qui ne sont pas sans incidence sur la santé physique et psychique des femmes.

Au fur et à mesure, des sous-questions se sont imposées dans ma réflexion : l'IVG ne devient-elle pas pour les jeunes générations un mode de contraception, ce qui constitue une perte de sens par rapport au combat de celles et ceux qui ont milité pour la dépénalisation partielle de l'avortement consacrée par la loi du 3 avril 1990 ? Quel est le sens des échecs de la contraception mise en place lors des IVG précédentes ? Quelle demande implicite y a-t-il derrière ces demandes explicites d'interrompre des grossesses non désirées à répétition ?

Un certain nombre de femmes recourent de façon répétitive à l'IVG dans un laps de temps relativement court (deux, voire trois IVG sur une période d'un à deux ans), et ce, malgré la mise en place après chaque intervention d'une contraception, en concertation avec l'accueillante (conseillère conjugale ou psychologue) et le/la médecin.

Des nombreux entretiens pré-IVG pratiqués avec des jeunes femmes « récidivistes »², je garde l'impression que la plupart d'entre elles ne se préoccupent pas des incidences des IVG successives sur leur santé physique et/ou psychique.

Ce sujet n'est pas toujours abordé clairement par les intervenant.e.s, médecins ou accueillant.e.s. Par crainte d'induire des peurs, des angoisses ? Pourtant, en réunion d'équipe ou dans des colloques singuliers, les médecins évoquent régulièrement les risques médicaux liés, par exemple, à une infection ou à un geste chirurgical maladroit. Par ailleurs, en interrogeant les femmes sur l'utilisation de la contraception prescrite lors de l'IVG précédente (la plupart du temps une contraception hormonale), on constate que celle-ci a été utilisée dans les semaines ou les mois qui ont suivi l'intervention de manière incorrecte ou intermittente, voire dans un nombre significatif de cas, très vite abandonnée sans moyen substitutif.

Lors de l'entretien pré-IVG, un certain nombre de femmes ne souhaitent pas ou n'arrivent pas à exprimer les émotions liées à cette grossesse non désirée et à la décision d'y mettre fin.

Certaines présentent une image totalement lisse, comme si cet événement ne les touchait pas ; d'autres disent que c'est tellement difficile qu'elles ne veulent pas en parler et qu'elles souhaitent que l'IVG se passe le plus vite possible pour tourner la page. Mais comment appréhender la suite de son histoire après avoir tourné une page essentielle qu'on n'a pas lue ?

L'échec de la contraception mise en place après plusieurs IVG successives, l'état de détresse de certaines femmes dans les semaines ou les mois qui suivent (qui renvoie parfois, comme nous le verrons, à une détresse préexistante à la grossesse non désirée et à l'IVG) et leurs comportements à risque, les exposant plus ou moins consciemment à une nouvelle grossesse non désirée, m'ont amenée à la conclusion qu'il y avait peut-être lieu de revisiter la méthodologie actuelle et de proposer de manière systématique, outre la visite médicale de contrôle, un entretien post-IVG théoriquement prévu dans le processus d'accompagnement, mais tombé en désuétude, ce qui constitue aussi une perte de sens de la ratio legis de la loi sur la dépénalisation de l'avortement, dans le chef des professionnel.le.s cette fois.

Nous aborderons la problématique des IVG itératives sous différentes approches : sociologique, médicale, ethnopsychiatrique, psychopathologique et éthique.

Le chapitre consacré à la méthodologie tentera d'exposer comment s'est articulé l'essai d'une systématisation des entretiens post-IVG au moyen de l'écoute empathique active fondée par Carl Rogers, qui constitue le socle de la formation pratique des conseiller.e.s conjugales/aux et familiales/aux.

1. Interruption volontaire de grossesse
2. Ce terme n'est pas à prendre au sens juridique de répétition d'une infraction, mais en référence au vocabulaire médical qui signifie « réapparition d'une pathologie », la « pathologie » s'entendant de la détresse sous-jacente dont il sera question au chapitre 4

I.

Approche sociologique

La loi du 3 avril 1990 sur la dépénalisation partielle de l'avortement, aboutissement d'un long processus parlementaire et d'un consensus social arrivé lentement et difficilement à maturation, avait pour but de permettre aux femmes en détresse aux prises avec une grossesse non désirée de choisir de ne pas poursuivre cette grossesse et de pouvoir l'interrompre en bénéficiant d'un encadrement médical adéquat. La loi continue à ériger l'avortement en crime mais définit les conditions cumulatives dans lesquelles l'IVG ne sera pas considérée comme une infraction (elle doit être pratiquée avant la fin de la 12^e semaine de grossesse, par un.e médecin, dans un établissement de soins doté d'un service d'information chargé d'accueillir la femme³; le/la médecin doit informer la femme des risques médicaux liés à l'IVG, rappeler les possibilités d'accueil de l'enfant à naître⁴ et s'assurer de la détermination de la femme à interrompre sa grossesse⁵ et de son état de détresse pour laquelle il/elle dispose d'une appréciation souveraine⁶; l'intervention ne peut avoir lieu qu'après un délai de réflexion de six jours et après accord écrit de la femme).

La notion de détresse a été très largement débattue par les parlementaires qui ont finalement décidé de ne pas la définir et d'en laisser l'appréciation souveraine aux médecins.

Dans les faits, c'est essentiellement l'entretien avec l'accueillant.e qui fait émerger les éléments constitutifs de cette détresse qui sont ensuite « codifiés » dans le formulaire destiné à la Commission Nationale d'Évaluation de la loi du 3 avril 1990 (selon l'état de santé, la situation personnelle, professionnelle, relationnelle de la femme).⁷

Nous reviendrons sur cette notion de détresse dans l'approche psychopathologique.

Les mouvements féministes qui se sont battus pour le libre accès à la contraception et pour la dépénalisation de l'avortement considéraient l'IVG comme la solution ultime dans une situation de détresse où, pour des raisons diverses, la contraception avait échoué ou n'avait pas pu être (correctement) utilisée.

Gisèle HALIMI, fondatrice du mouvement « Choisir » en France, avait proposé comme slogan « La contraception : ma liberté. L'avortement : mon ultime recours. Donner la vie : mon choix »⁸.

3. Rôle assumé par l'équipe d'accueil
4. Rôle assumé dans les faits par l'équipe d'accueil
5. Rôle assumé conjointement par le médecin et par l'accueillante
6. Rôle assumé dans les faits par l'équipe d'accueil
7. Voir annexe 2
8. Gisèle HALIMI, *Ne vous résignez jamais*, Éditions Plon, 2009, p. 71

Les générations suivantes, héritières de ce combat dont elles ignorent souvent tout, entrent dans la vie sexuelle active avec l'IVG comme faisant partie du « paysage contraceptif ».

Les entretiens que j'ai menés avec des femmes en demande d'une deuxième ou troisième IVG en moins de deux ans m'ont conduite au questionnement suivant : dans les cas d'IVG itératives⁹, l'avortement ne devient-il pas en quelque sorte une alternative à la contraception sensu stricto ?

Examinons quelques éléments :

1. Nombre d'IVG par an en Belgique – nombre d'IVG itératives

Le nombre annuel d'IVG enregistré par la Commission Nationale d'Évaluation est de 19 306 pour 2008 et de 19 421 pour 2009. Les centres extrahospitaliers¹⁰ pratiquent environ 80 % des interventions (médicamenteuses et chirurgicales), les 20 % restants étant pratiqués à l'hôpital.

Dans ses derniers rapports (2008 et 2010), la commission précise ne pas être en mesure de vérifier si ces données correspondent à la réalité car il n'est pas certain que tous les établissements lui communiquent un document d'enregistrement pour chaque IVG et l'exactitude des données reprises dans le questionnaire est invérifiable (le questionnaire étant anonyme).

Relevons que le formulaire de la commission d'évaluation n'interroge pas sur le nombre éventuel d'IVG antérieures, mais bien sur le nombre d'enfants mis au monde... Une évaluation par centre ne serait pas plus fiable étant donné que certaines femmes ne retournent pas dans le centre où s'est pratiquée l'IVG précédente par peur d'un jugement discréditant et que, bien que le dossier-type du GACEHPA¹¹ prévoit que le/la médecin interroge la femme sur le nombre de grossesses, d'accouchements, de fausses couches et d'IVG vécues au jour de la consultation, les femmes ne déclarent pas toujours les grossesses antérieures qui ont donné lieu à une IVG ou qualifient des IVG de fausses couches.

Yasmina, 30 ans, d'origine maghrébine, arrive au centre accompagnée d'une assistante sociale, personne référente au centre d'hébergement supervisé où Yasmina séjourne. Pendant qu'elle est chez le médecin pour l'examen médical pré-IVG, l'assistante sociale m'explique que Yasmina est diagnostiquée psychotique et bénéficie d'un traitement par neuroleptiques et anxiolytiques. Malgré un problème intermittent de compliance¹² à son traitement, dans l'ensemble, elle gère bien sa vie avec un encadrement minimum du centre d'hébergement. Elle est très angoissée par la découverte de cette grossesse non désirée. Le dossier médical détenu par

le centre d'hébergement révélerait qu'elle a déjà subi 2 ou 3 IVG mais elle ne veut pas en parler et vient au planning parce qu'on ne la connaît pas. Elle refuse de parler des autres IVG car elle a honte et ne veut pas retourner là où les autres interventions ont été pratiquées.

Pendant l'entretien « pré-psy », elle me dira que son compagnon (relation depuis 2 ans) utilisait des préservatifs et qu'elle ne sait pas ce qui s'est produit. Cela ne lui est jamais arrivé. Yasmina me dit qu'elle a très peur de l'IVG et, sur question de ma part, déclare qu'elle n'en a jamais subi, mais qu'elle sait par des amies que cela fait très mal.

Il n'existe donc pas en tant que telles de statistiques fiables permettant d'évaluer le nombre d'IVG itératives. Le rapport de la commission d'évaluation de 2008 mentionnait que, d'après le seul centre qui soulève ce problème, le groupe des « patientes à avortements répétés » représenterait 25 à 30 %, la proportion ayant tendance à la hausse les dernières années. La commission recommandait des études complémentaires sur le sujet.

Par ailleurs, le rapport de la commission d'évaluation de 2010 relate à quelques reprises la problématique des IVG itératives, mais de manière très superficielle. Notons tout de même qu'il ressort du rapport d'un centre extrahospitalier qu'il intègre dans la mission d'accueil (entretien pré-IVG) la prévention des récurrences, sans précision sur la méthodologie.

Le rapport de 2010 évoque aussi l'après IVG (l'entretien post-IVG et l'examen médical de contrôle) comme étant l'occasion pour la femme de parler du vécu de l'IVG et de vérifier s'il n'y a pas de complications sur le plan médical. Dans les six centres extrahospitaliers sur les huit que comprend la partie néerlandophone du pays, un contrôle médical et un dernier entretien (post IVG semble-t-il) sont toujours prévus. Comme dans chaque rapport précédent, la commission préconise, sur base des données fournies par les centres qui lui envoient un rapport, des solutions pour améliorer la prévention. Citons à titre d'exemple la diminution du coût de la contraception, l'information des médecins généralistes sur l'interaction entre certains antibiotiques et la contraception orale, le changement du nom du stérilet (qui contribuerait à la croyance d'un risque de stérilité), ou encore une meilleure information sur la contraception d'urgence (pilule du lendemain).

9. « Itératif » signifie : « fait ou répété plusieurs fois » – Larousse illustré Édition 2001, p. 563

10. Pour la plupart, des plannings familiaux

11. Groupe d'Action des Centres Extrahospitaliers Pratiquant l'Avortement – Voir annexe 3

12. Terme médical qui signifie le fait de se plier à la régularité d'un traitement

La systématisation des entretiens post-IVG pour donner sens à la récurrence d'avortements dans des délais rapprochés n'est toutefois pas envisagée.

2. Profil des femmes ayant recours à des IVG itératives

Toutes les études concluent à un risque d'autant plus élevé d'IVG itératives que l'âge lors du premier avortement est bas (inférieur à 20 ans).

Les femmes en situation de précarité, victimes de violences familiales ou conjugales, et celles qui souffrent de troubles psychiatriques semblent davantage prédisposées aux IVG itératives.

Le manque de connaissance de leur propre corps, du fonctionnement de l'appareil reproducteur féminin, des différents moyens contraceptifs et de leurs modes d'action, ainsi que de la contraception d'urgence, contribuent à accroître le risque de grossesses non désirées amenant à des demandes répétées d'IVG.

Nawal, 21 ans, étudiante, qui a avorté une première fois il y a un an à 11 semaines de grossesse, vient consulter le médecin pour faire pratiquer une reconstruction d'hymen en vue de son mariage programmé dans quelques mois. En l'examinant, le médecin constate qu'elle est enceinte de huit semaines. Elle ne s'y attendait pas. Elle a toujours eu des règles irrégulières. Après sa première IVG le médecin lui a remis une plaquette de pilules contraceptives qu'elle a prises sans grande régularité par peur d'être découverte par sa mère. Elle n'est pas venue au contrôle médical post IVG et a recommencé à avoir des relations sexuelles non protégées. En lui expliquant l'importance d'une contraception efficace et régulière, je lui montre un schéma de l'appareil reproducteur féminin et lui demande de me dire où se situe la grossesse selon elle. Elle désigne une trompe. Je rectifie et pointe l'utérus en lui demandant si elle connaît cet organe. Elle ne peut pas le nommer. Je lui explique les mécanismes de l'ovulation, de la fécondation, de la nidation, des règles (et de l'absence de règles en cas de grossesse). À ma question de savoir si elle a déjà entendu parler de tout cela elle répond qu'elle se souvient vaguement d'avoir appris cela au cours de biologie à l'école... Elle demande à nouveau une IVG car il est hors de question que sa famille apprenne qu'elle est enceinte avant son mariage.

Nous examinerons ci-dessous (approche ethnopsychiatrique) l'influence de la culture d'origine chez les femmes immigrées.

Les tensions identitaires entre la culture d'origine et la culture d'accueil sont régulièrement exprimées par les jeunes filles de familles immigrées de culture musulmane de la deuxième ou de la troisième génération.

Belgin, 16 ans, belge d'origine turque, est totalement paniquée à l'idée que ses parents et son frère aîné puissent apprendre qu'elle a une relation avec son copain, qu'elle est enceinte et qu'elle va avorter. Elle a mis deux filles de sa classe dans la confidence mais elle craint qu'elles ne soient pas fiables car une troisième est manifestement aussi au courant et lui a posé des questions. Au cours de l'entretien elle ne cessera de tenir des propos contradictoires, affirmant d'une part que sa vie privée ne regarde personne et qu'elle fait ce qu'elle veut de son corps et d'autre part qu'elle craint que la rumeur n'atteigne sa famille, qu'elle est très respectueuse de la religion (elle fait le ramadan) qu'elle « n'aurait jamais dû faire ça » (avoir des relations sexuelles avec son copain), qu'elle a péché contre la religion musulmane et que si son frère apprend ce qui lui arrive, il la tuera.

Le profil psychologique des femmes ayant recours à des IVG à répétition sera quant à lui étudié dans l'approche psychopathologique où nous tenterons de décrire la structure de personnalité de ces femmes et de cerner la notion de détresse retenue comme critère légal que le/la médecin et (plus souvent), l'équipe d'accueil doivent identifier et apprécier pour justifier le caractère non infractionnel de l'avortement.

3. Sociologie de l'engendrement¹³ et de l'avortement

La lecture de l'ouvrage de Luc Boltanski *La condition fœtale*¹⁴ apporte un éclairage sur les questions que suscite l'attitude apparemment désinvolte des jeunes femmes qui font pratiquer deux ou trois avortements en dix-huit mois ou deux ans et dont la demande est exprimée avec une banalité déconcertante, voire irritante face au sentiment d'échec que l'équipe médicale et d'accueil peut ressentir en constatant que la prévention mise en place lors des précédentes IVG (contraception, information sur le système reproducteur, sur le modus operandi du contraceptif prescrit etc...) a échoué.

Estelle, 17 ans, d'origine camerounaise, entre dans le planning. Je la reconnais tout de suite. Elle a fait deux IVG en dix-huit mois (la dernière il y a six mois). Elle revient demander un test de grossesse et, si celui-ci s'avère positif, un rendez-vous pour une troisième IVG. Entre chaque IVG elle est venue régulièrement faire des tests de

13. Terme emprunté au vocabulaire sociologique, dont le sens neutre reflète une démarche d'observation objective

14. Luc BOLTANSKI, *La condition fœtale*, Éditions Gallimard, Paris, 2004

grossesse ou demander la pilule du lendemain. Après chaque IVG, elle a reçu une plaquette de pilules et, lors des contrôles médicaux « post-IVG », le médecin lui a remis une prescription pour une boîte de trois plaquettes. Lors de ses visites pour demander un test de grossesse ou une contraception d'urgence, les différentes accueillantes (dont moi-même) lui ont chaque fois rappelé l'importance d'une contraception régulière pour se protéger d'une éventuelle nouvelle grossesse non désirée, ont questionné une éventuelle difficulté de compliance à la pilule et proposé un nouveau rendez-vous avec un médecin afin de revoir, le cas échéant, la contraception si la pilule ne lui convient pas. Une brochure expliquant les différents moyens contraceptifs lui a même été remise pour qu'elle puisse la lire avant la prochaine consultation médicale. Elle n'est venue à aucun des rendez-vous médicaux fixés. Apprenant que le test de grossesse que nous faisons ensemble est positif, elle demande « de lui enlever ça ».

Dans une telle situation, l'accueillante peut sentir ses aptitudes à adopter les attitudes rogériennes d'empathie, d'acceptation inconditionnelle de l'autre et de non jugement¹⁵ mises à mal.

Le lecteur ou la lectrice découvrira ci-dessous dans le chapitre consacré à la psychopathologie en quoi les réflexions du sociologue Luc Boltanski peuvent aider à retrouver la sérénité suffisante pour se repositionner dans le non-jugement et l'écoute empathique active, et dans l'approche méthodologique, comment s'est déroulé l'entretien post-IVG réalisé avec Estelle.

Boltanski explique que l'engendrement humain est soumis à une double contrainte. La première vient de ce qu'il qualifie d'une part d'engendrement par la chair (les lois de la nature font qu'un embryon vient s'inscrire dans la chair d'une femme) et d'autre part d'engendrement par la parole (l'embryon est confirmé par sa mère qui le reconnaît comme être en devenir inscrit dans sa chair). La seconde est celle de la non-discrimination : comment choisir les êtres qui seront confirmés et ceux qui seront éliminés ? Face à cette double contrainte, l'avortement trouve à se frayer un chemin grâce à ce que Boltanski appelle les « arrangements » avec, par exemple, la religion lorsqu'elle affirme qu'un embryon de moins de quarante jours n'a pas d'âme, ou avec les règles du droit de la filiation lorsqu'elles attribuent des statuts différents aux enfants légitimes, naturels ou adultérins. Dans la société contemporaine, les arrangements avec le Créateur (sic, Boltanski, p. 127) ou avec les règles concernant la parenté ont perdu beaucoup de leur influence au profit d'un nouvel arrangement : le projet parental, c'est-à-dire « l'accord par lequel se lie un homme et une femme dans l'intention de réaliser un enfant »¹⁶. Si un tel projet n'existe pas (et c'est bien souvent le motif invoqué par les femmes qui avortent : partenaire instable, occasionnel, immature, qui ne s'investit pas...), l'être inscrit dans la chair n'a pas à être confirmé par la parole. Ce fœtus qualifié par Boltanski de « tumoral », sans valeur, sera donc éliminé pour son bien et celui de

ses géniteurs. Dans le cas contraire, le projet parental permettra la confirmation par la parole du fœtus « authentique », sans prix, qui a une existence propre dans l'imaginaire et la représentation mentale de ses parents.

Cette démarche sociologique ici succinctement résumée m'a personnellement permis d'accepter sans préjugés les demandes apparaissant comme banalisées, impersonnelles, teintées d'une certaine inconscience au regard des risques encourus et du mépris de sa propre intégrité physique.

15. Voir chapitre 6 : Approche méthodologique

16. BOLTANSKI, *op. cit.* p. 132

II. Approche médicale

Le phénomène des IVG itératives touche à un problème de santé publique en tant qu'il affecte la santé des femmes d'une part et en tant qu'il grève le budget de la sécurité sociale d'autre part.

Nous ne nous attarderons pas sur le coût social que représentent les IVG en général et, a fortiori, les IVG itératives, mais rappelons tout de même qu'une IVG coûte à la sécurité sociale 410,00 € par intervention (médicamenteuse ou chirurgicale) et que la femme en état d'assurabilité auprès d'une mutuelle supporte un maximum de 3,20 € dans les frais de cette intervention (outre des frais de dossier et de prise en charge, variables selon les centres, entre 10,00 et 25,00 €). Ce coût est largement inférieur à celui des moyens contraceptifs quels qu'ils soient (exception faite des quelques marques de pilule gratuites pour les moins de 21 ans).

Cette constatation mériterait de faire l'objet d'une réflexion sur la politique de la santé à mener en matière de prise en charge du coût des contraceptifs d'une part et des interruptions volontaires de grossesse d'autre part, mais cela dépasse le cadre de la présente étude.

Par ailleurs, une recherche approfondie sur le nombre d'IVG itératives, le profil des femmes qui y ont recours et les moyens de prévention à mettre en place pourrait certainement contribuer à la fois à un assainissement du budget de la sécurité sociale et à une meilleure protection de la santé des femmes eu égard aux risques liés aux IVG, que nous allons parcourir ci-dessous. Elle pourrait se baser sur les données enregistrées par la Commission Nationale d'Évaluation, dont le formulaire devrait être adapté, notamment en posant la question du nombre d'IVG précédentes. On peut toutefois se demander s'il y a une volonté politique d'étudier cette question. Notons qu'en France le bulletin statistique d'interruption volontaire de grossesse (correspondant au formulaire de la commission belge d'évaluation) mentionnait de 1976 à 2003 le nombre d'IVG antérieures, que cette donnée a été supprimée sur le formulaire simplifié¹⁷ utilisé en 2004 et 2005 et qu'elle a été réintroduite en 2006¹⁸.

Examinons à présent les risques médicaux liés à l'IVG. Nous préciserons ensuite les risques plus particulièrement liés aux IVG itératives.¹⁹

17. Voir annexe 4

18. Voir annexe 5

19. J.C Pons, F. Venditelli et P. Lachcar, *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*, Masson, Paris 2004, p. 95 à 103

1. Risques liés à l'IVG en général

a. Mortalité maternelle liée à l'IVG

Le risque est infime. En France, le nombre de décès liés à l'IVG est estimé à 1 pour 100 000 avortements. Les techniques utilisées et les conditions médicales dans lesquelles sont pratiquées les IVG dans notre pays étant sensiblement pareilles, on peut considérer que cette estimation est transposable à la Belgique.

On retient trois causes principales : hémorragie, maladie thromboembolique et infection post-IVG.

b. Morbidité maternelle liée aux IVG chirurgicales

Après anesthésie du col de l'utérus, préparé par l'administration intra-vaginale de deux comprimés de misoprostol, le/la médecin pratique une anesthésie locale du col par injection d'un anesthésiant, puis le dilate à l'aide de dilateurs et introduit une sonde reliée à une pompe qui aspire le contenu de l'utérus. Dans certains cas (très jeunes filles, femmes particulièrement angoissées ou pour des raisons strictement médicales), l'intervention est pratiquée à l'hôpital sous anesthésie générale.

On distingue les complications per-IVG (pendant l'intervention) et post-IVG (survenant après l'intervention).

Les complications per-IVG sont :

- des hémorragies nécessitant une hospitalisation (1,5 pour 1 000) ;
- des complications anesthésiques en cas d'anesthésie générale (risque nettement moins élevé pour les anesthésies locales) ;
- des perforations utérines (estimations variables entre 0,08 % et 3,6 %, notamment parce que ces perforations, passées inaperçues au moment de l'IVG, sont découvertes a posteriori à l'occasion d'une autre intervention comme la ligature des trompes). La perforation peut provoquer une hémorragie pendant l'intervention, voire dans des cas rares, des plaies à d'autres organes abdominaux ;
- des traumatismes cervicaux (déchirure du col de l'utérus), estimés entre 0,13 et 1 % (variabilité des estimations pour les mêmes raisons que pour les perforations utérines).

Notons que les complications per-IVG et leur importance sont liées notamment à l'âge de la femme, à l'âge de la grossesse (elles augmentent avec le nombre de semaines d'aménorrhée) et à l'expérience du/de la praticien.ne.

Les complications post-IVG se distinguent en deux catégories : les complications précoces et les complications retardées :

- complications précoces : rétention post-IVG (entre 0,3 et 5 % entre autres selon le terme de l'IVG) ; complications infectieuses (entre 0,5 et 1,1 % – taux probablement sous-estimé car toutes les femmes ne reviennent pas faire soigner l'infection à l'endroit où l'IVG a eu lieu)²⁰ ; complications thromboemboliques (0,7 %)²¹ ;
- complications retardées : risques affectant la fertilité et les grossesses ultérieures (risque d'accouchement prématuré ou d'avortement spontané tardif et/ou de saignements pendant le premier trimestre de la grossesse) ; risque de placenta praevia²² ; risques d'infertilité (pas d'étude fiable confirmant cette hypothèse).

c. Morbidité maternelle liée aux IVG médicamenteuses

Cette méthode qui ne peut être utilisée que sur des grossesses jeunes (jusqu'à 7,5 semaines) consiste à administrer à la femme un comprimé de mifépristone qui arrête le processus de la grossesse et, deux jours plus tard, au centre de planning, quatre comprimés de misoprostol qui vont provoquer des contractions destinées à vider l'utérus de son contenu.

Les risques de cette méthode sont :

- risque de rétention ovulaire partielle ou totale plus élevé qu'avec la méthode chirurgicale (entre 2,5 et 6 %). Ce problème se règle soit par l'administration d'une nouvelle dose de misoprostol, soit, dans 1,4 % des cas, par une aspiration par méthode chirurgicale ;
- risque d'infection (moins élevé qu'avec la méthode chirurgicale) ;
- risque de grossesses extra-utérines ultérieures ;
- le misoprostol peut provoquer un état fébrile, des nausées, des vomissements ou des diarrhées.

Les saignements post-IVG sont plus abondants et plus longs qu'après une IVG chirurgicale.

20. Ce taux particulièrement bas est atteint grâce au dépistage systématique avant toute IVG des infections par gonocoques, chlamydia et autres vaginoses infectieuses

21. Exemple : phlébites

22. Placenta situé dans la partie inférieure de l'utérus

2. Risques liés aux IVG itératives en particulier

Il va de soi que les risques décrits ci-dessus existent à chaque IVG et sont donc multipliés pour chaque femme « récidiviste » par le nombre d'avortements.

Par ailleurs, des études menées dans plusieurs pays d'Europe, en Australie et aux États-Unis, se dégagent l'existence des risques suivants (lors des grossesses ultérieures) en cas d'IVG itératives :

- risque de saignements au cours du premier trimestre de la grossesse ;
- risque d'accouchement prématuré qui augmente avec le nombre d'IVG précédant la grossesse que la femme compte mener à terme et avec l'âge des grossesses avortées (risque plus élevé quand la grossesse interrompue était supérieure à 8 semaines) ;
- risque d'avortement spontané tardif ;
- risque de placenta praevia plus élevé.

D'après les praticiens, les risques d'infertilité liés à une IVG ne sont démontrés par aucune étude, bien que ce soit la principale crainte exprimée par les femmes lorsqu'elles se préoccupent des conséquences de cette intervention sur leur santé.

Rares sont les femmes qui se posent ouvertement des questions sur le sens des IVG itératives en tant qu'elles affectent leur intégrité physique en dehors de toute question de fertilité.

Rolande, 28 ans, est artiste peintre. Elle déclare ne vivre que pour son art et s'oublier totalement, passant des heures à créer ses œuvres, à les parfaire, à les retoucher. Elle est enceinte de 6 semaines et a déjà vécu trois IVG par aspiration. Son moyen de contraception est la pilule, mais elle l'oublie souvent et arrête de la prendre dès qu'elle n'a plus de relation régulière. Quand une nouvelle relation débute, elle n'est pas protégée. Actuellement elle a une relation depuis un an. Son ami est comédien, passionné de théâtre. Ils vivent une vie de bohème totalement absorbés par leurs passions artistiques, dans laquelle la compliance à la pilule ne trouve pas sa place. Lors de l'entretien pré-IVG Rolande se culpabilise : elle connaît le fonctionnement de son corps, elle sait que la prise régulière de la pilule est importante pour atteindre l'efficacité recherchée, elle est consciente de ce qu'elle inflige à son corps à chaque IVG une intervention qui n'est pas anodine, mais elle se dit incorrigible malgré les stratégies mises en place pour ne pas oublier sa pilule (faire sonner son GSM, demander à son copain de la lui rappeler). Elle ne comprend pas pourquoi elle agit ainsi. Cette fois, pourtant, elle a été plus attentive : elle a fait le test dès qu'elle a eu des doutes sur son état et, le test étant positif, elle a pris tout de suite rendez-vous au planning (elle n'ose pas retourner là où elle a fait les IVG précédentes). Elle ne veut plus revivre une aspiration et est soulagée d'apprendre qu'elle peut, cette fois, bénéficier de la méthode

médicamenteuse, ressentie comme moins pénible. Je reflète qu'elle est consciente de ce que la pilule ne semble pas lui convenir, de ce qu'elle s'inflige des souffrances et soumet à chaque fois son corps à des épreuves physiques qui pourraient être évitées avec une méthode contraceptive adéquate. Je souligne aussi sa différence d'attitude avec les trois premières fois : elle n'a pas traîné et a consulté tout de suite, se protégeant en quelque sorte d'une aspiration et se ménageant la possibilité de recourir à une méthode moins intrusive. Je lui propose de nous revoir après l'IVG pour un entretien « post » afin de faire le point sur la contraception et de rechercher le sens de ces grossesses non désirées successives et de ces IVG itératives qu'elle ressent comme une atteinte à son intégrité physique qu'elle s'inflige elle-même.

Dans un souci d'objectivité, signalons que dans les publications écrites par des militants anti-avortement, les chiffres cités ci-dessus sont généralement plus élevés mais qu'ils ne se réfèrent pas à des études précises. Ces auteurs adoptent un point de vue différent quant aux risques d'infertilité, affirmant notamment que comme 23 % des patientes sont porteuses d'une infection par chlamydia au moment de l'IVG, 5 % d'entre elles vont développer une infection pelvienne dans les semaines qui suivent l'avortement, ce qui constitue un risque de stérilité. Si ce risque existe effectivement, il y a lieu de relever que les médecins qui pratiquent en planning familial recherchent systématiquement l'existence d'infections comme la chlamydia, susceptibles d'entraîner une stérilité et prescrivent, avant l'intervention, aux patientes infectées une antibiothérapie afin d'éliminer le risque de stérilité lié à une telle pathologie.

Les mêmes auteurs affirment également qu'il y aurait un lien entre les avortements et certains cancers (cancer du sein, du col de l'utérus et même du poumon) sans toutefois citer la moindre référence scientifique.

Les risques affectant la santé psychique des femmes ayant recours à des IVG itératives seront abordés dans le chapitre sur l'approche psychopathologique.

III.

Approche ethnopsychiatrique

Le planning familial où j'exerce ma profession de conseillère conjugale et familiale se situe dans un quartier à population immigrée multiculturelle. Le public qui fréquente le planning est originaire du Maghreb, d'Afrique subsaharienne, de Turquie et des pays de l'est de l'Europe. Cette multiculturalité fournit une illustration foisonnante des problématiques rencontrées en ethnopsychiatrie : les différences culturelles dans le domaine de la vie sexuelle et affective, avec leurs conséquences sur la relation de la femme à son corps, sur la contraception et sur les interruptions volontaires de grossesse, et la rencontre des difficultés des migrantes qui découvrent la culture du pays d'accueil dans ce domaine qui les touche dans leur intimité.

Un phénomène récurrent : les tensions identitaires vécues par les femmes primo-arrivantes comme par celles de la deuxième, voire de la troisième génération qui se vivent différemment, mais toujours en porte-à-faux tant avec la culture d'origine qu'avec la culture d'accueil.

Les primo-arrivantes provenant des pays du Maghreb, de Turquie ou d'Afrique subsaharienne ont, pour la plupart, rejoint leur mari dans le cadre du regroupement familial. Elles arrivent, imprégnées de leur culture et de leurs traditions dans lesquelles le rôle de la maternité est central, très valorisé et très réglementé (il ne se conçoit que dans le mariage), mais aussi complètement coupées de leur famille, porteuse et garante de ces valeurs. Un nombre non négligeable de ces femmes vivent en vase clos, leur réseau social se limitant à des personnes de la même origine, et n'ont que très peu d'échanges avec la société d'accueil, en manière telle qu'il n'est pas rare qu'une femme qui vit depuis dix ans à Bruxelles ne parle pas le français et ait besoin d'une interprète pour une simple visite médicale. A fortiori, les entretiens pré et post-IVG doivent se tenir avec le concours d'une interprète.

En poussant la porte du planning familial, certaines débarquent dans un autre monde où des accueillantes bien intentionnées, armées du bagage culturel puisé dans la lutte des femmes pour leur liberté, l'accès à la contraception, la dissociation entre sexualité et maternité et le droit à l'avortement, leur parlent contraception, contrôle des naissances, liberté de choix de vie. Le choc culturel entre cette représentation de la femme et celle que leur ont inculquée leurs mères, leurs tantes et toute la tradition familiale, entraîne un repli sur les valeurs traditionnelles perçues comme rassurantes, et un attachement aux croyances du type 'la pilule rend stérile', 'le stérilet se perd dans le corps de la femme', 'l'allaitement protège d'une nouvelle grossesse'...

Saïda est arrivée du Maroc il y a trois ans, avec son petit garçon et enceinte de quatre mois. Après la naissance de sa petite fille, le médecin lui a prescrit la pilule. Comme elle a peur que ce contraceptif la rende stérile (c'est ce qu'elle a appris au Maroc), elle a arrêté la pilule et son mari pratique le retrait. Elle est enceinte de sept semaines. Comme ses papiers ne sont pas en ordre, elle ne travaille pas. Son mari travaille au

noir et ils s'en sortent tout juste avec leurs deux enfants. Elle demande une IVG, non qu'elle ne veuille plus d'enfant, mais parce que, bien que cette nouvelle grossesse soit une bonne nouvelle en soi, elle se rend compte que les réalités matérielles ne lui permettront pas de faire face aux frais que la venue d'un troisième enfant engendrerait. Elle exprime une grande tristesse et une grande culpabilité à l'idée d'avorter.

En ce qui concerne les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, il semble que la contraception soit perçue comme un moyen de ne pas avoir d'enfant et non comme un moyen de planification des naissances, ce qui renforce sans doute la peur de devenir stérile.

Ces femmes choisissent leur contraception en fonction de leurs craintes (effets secondaires comme les nausées, la prise de poids, les céphalées), de leurs croyances (risque de stérilité lié au fait que la pilule bloque l'ovulation) et de leur méconnaissance des alternatives à une contraception qui ne leur convient pas (beaucoup ignorent l'existence du patch, de l'anneau vaginal ou ont des représentations erronées du stérilet et de son mode d'action).

Leurs critères pour la contraception idéale (facilité d'utilisation, absence d'effets secondaires, efficacité) sont inversés par rapport à ceux des professionnels (efficacité, facilité d'utilisation, effets secondaires).

Madeline, 28 ans, originaire de Côte d'Ivoire, mariée, 2 enfants est enceinte de 10 semaines. Comme son mari retourne au pays pour de longues périodes, elle a arrêté la pilule. Quand il revient, ils utilisent le préservatif, mais pas toujours. Je lui explique que l'arrêt d'une contraception la met en situation de risque d'être enceinte et qu'il est plus prudent de prendre la pilule de façon continue, même quand elle n'a pas de relations sexuelles que de courir le risque d'avoir des rapports non protégés. Elle me répond qu'elle a entendu dire que prendre la pilule quand on n'a pas de rapports sexuels n'est pas bon, que cela peut rendre stérile et que de toute façon, elle a beaucoup de mal à l'avaler et que cela lui donne des nausées. Je lui demande si c'est un problème général avec tous les médicaments à prendre par voie orale. Elle dit que non, c'est seulement avec la pilule, c'est parce que c'est un médicament qui agit sur sa féminité et qu'il faut l'avaler. Je lui parle du patch et du stérilet. Elle rejette tout de suite l'idée du stérilet : elle pourrait l'expulser, ou il pourrait se perdre à l'intérieur de son corps et provoquer des lésions. Elle est plus tentée par le patch, qui reste en surface, sur la peau. Elle n'en avait jamais entendu parler. Elle paraît plus rassurée après mes explications sur le mode d'action des contraceptifs hormonaux et après lui avoir expliqué qu'une fois qu'on les arrête, le cycle ovarien se remet en route. J'insiste sur le fait que l'utilisation d'une telle contraception ne l'empêchera pas d'être à nouveau enceinte quand elle le désirera, mais que cela permet seulement de ne pas être enceinte quand ce n'est pas le bon

moment. Je lui remets une brochure sur les différents moyens contraceptifs et l'invite à la lire pour la prochaine fois (le jour de l'IVG) où nous prendrons un moment pour rediscuter de la contraception. Elle a commencé à utiliser le patch le jour de l'IVG. Je l'ai revue lors de la visite de contrôle ; elle paraissait ravie de se savoir protégée pour le prochain retour de son mari. Elle dit : « c'est comme si je prenais la pilule sans le savoir ».

Pour les jeunes filles de la deuxième et de la troisième génération les tensions identitaires viennent de ce que dans leur famille elles se comportent de façon à respecter la culture d'origine, alors qu'elles sont séduites par la liberté qu'offre la culture d'accueil. La grossesse non désirée arrive parfois comme une transgression cathartique qui leur donne l'illusion d'appartenir indifféremment aux deux cultures. Elles recourent à l'IVG, comme à un acte sacrificiel, permettant de sauvegarder l'honneur de la famille et de « protéger leur mère, gardienne de la tradition ».²³

C'est le cas de Belgin qui dit qu'à la maison, elle est « une fille sérieuse », qui respecte la religion, qui reste dans sa chambre à écouter de la musique, mais qu'avec ses copines elle « fait la folle » et qu'elle considère qu'elle fait ce qu'elle veut de son corps sans devoir rendre de comptes à personne (par là, elle vise son réseau social, mais pas sa famille dont elle craint les représailles si elle apprend sa relation avec son copain et sa grossesse)

C'est aussi Jamilla, marocaine, 18 ans, étudiante en dernière année d'humanités qui vit seule avec sa mère, immigrée depuis neuf ans, mais que Jamilla a rejointe il y a à peine un an. Elle est très révoltée contre cette mère qui incarne pour elle tout ce qu'elle abhorre dans sa culture d'origine : interdiction de sorties tardives, obligation pour les filles (pas pour les garçons – elle insiste) de rester vierge jusqu'au mariage. Elle considère que la communauté marocaine en Belgique renforce le poids des traditions alors qu'à Tanger où elle vivait jusqu'à l'année dernière, elle se sentait plus libre. Jamilla dit « je perdrai ma virginité avec qui je voudrai, quand je voudrai... mais pas maintenant car si ma mère l'apprend, je me culpabiliserai ». Elle accepte seulement les relations anales afin de protéger sa virginité. Comme elle est enceinte, elle demande si après l'IVG elle sera toujours vierge...

23. J.C.Pons, F. Venditelli, P. Lachcar, *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*, Éditions Masson, Paris 2004, p. 194

À la lumière de cet exemple, on peut dire que dans certains cas, la grossesse non désirée suivie d'une IVG intervient comme un rite de passage qui fait le pont entre la vie d'avant et la vie dans le pays d'accueil.

Jamilla a vécu dans une grande ville où les réformes du droit de la famille, initiées par le nouveau roi Mohamed VI, ont amorcé un changement de la condition féminine. Ses grands-parents et son oncle maternels, chargés de son éducation en l'absence de sa mère, semblent avoir suivi ce mouvement et avoir laissé pas mal de liberté à Jamilla qui raconte qu'elle sortait librement et voyait qui elle voulait. Sa mère, arrivée en Belgique avant que cette évolution sociale ne se produise, se comporte avec elle de manière plus traditionnelle, contrôlant ses fréquentations, imposant des heures de sortie très limitées, brandissant le risque de viol si elle traîne trop en rue etc... Jamilla a rencontré un garçon de 20 ans avec qui elle a noué une relation sans toutefois en être vraiment amoureuse. Elle précise que son choix ne se serait certainement pas porté sur lui si elle avait eu plus d'occasions de rencontres (entendez si sa mère lui laissait plus de liberté de sortie). Elle a consenti à avoir des relations sexuelles avec lui, sans compromettre sa virginité (en conformité avec les principes de la culture traditionnelle), mais l'utilisation d'une méthode aléatoire de contraception l'a conduite à une grossesse non désirée qu'elle veut interrompre, comme cela est autorisé dans sa culture d'accueil. Cette grossesse (dans ce contexte particulier de migration) et l'IVG qui suivra peuvent être vues comme un rite de passage entre les deux cultures. D'un côté, Jamilla, bravant l'interdit maternel, expérimente une forme de liberté sexuelle empruntée à sa culture d'accueil, ébauchée dans sa culture d'origine ; de l'autre, elle restaure l'image de pureté exigée par sa mère qui incarne des valeurs traditionnelles ressenties comme dépassées, en effaçant les conséquences de cette prise de liberté (la grossesse) par un moyen légalisé dans sa culture d'accueil (l'IVG).

La problématique des IVG itératives chez les femmes originaires d'Europe de l'Est est totalement différente. Beaucoup utilisent l'IVG comme moyen contraceptif. C'est particulièrement le cas des Polonaises qui viennent d'un pays où il n'y a plus de libre accès à la contraception depuis que l'Eglise catholique exerce un pouvoir d'influence sur le politique. Dans leur pays d'origine, elles ne peuvent se procurer la pilule qu'à des prix prohibitifs via internet ou le marché noir. L'avortement, légalisé au temps du régime communiste, est désormais interdit, mais pratiqué dans la clandestinité. Certaines estimations considèrent que le nombre d'avortements clandestins est aujourd'hui nettement plus élevé qu'avant 1989 où les moyens contraceptifs étaient facilement accessibles et l'avortement autorisé. Il n'y a donc pas d'éducation à la contraception pour les jeunes générations et l'IVG est devenue le seul moyen d'éviter les grossesses non désirées.

Anouchka, 37 ans, explique à l'accueillante qui la reçoit qu'elle a déjà fait 14 IVG. À la question de l'accueillante qui s'étonne qu'elle n'utilise pas de contraception après toutes ces expériences de grossesses non désirées et ces IVG successives, Anouchka répond, étonnée à son tour : « Quand toi enceinte, toi avortes, non ? »

Fameux choc culturel pour l'accueillante ! Cet exemple démontre combien la politique de la santé peut influencer le rapport des femmes à leur corps et à leur fertilité, allant jusqu'à assimiler l'avortement à un moyen contraceptif courant en l'absence de toute éducation à la vie sexuelle et affective telle que nous la concevons dans notre culture par le biais des animations EVRAS, par exemple²⁴.

Pour la première fois en 2010, le rapport de la Commission Nationale d'Évaluation fait état de cette population de femmes qui, pour des raisons culturelles utilisent l'IVG comme moyen contraceptif : « Ces femmes n'ont pas un vécu culpabilisé par rapport à leur demande d'IVG et ces situations nouvelles doivent questionner les accueils psychologisés et parfois dramatisants que l'on pense en phase avec le vécu des patientes ».²⁵

Dans l'encadrement de ces patientes-là, la grille de lecture de Luc Boltanski sur le fœtus tumoral permet également une intervention plus adéquate dans les entretiens pré et post-IVG.

24. Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle

25. Rapport de la Commission Nationale d'Évaluation du 9 septembre 2010 p. 73

IV. Approche psychopathologique

Au premier abord, la grossesse non désirée à répétition apparaît comme un ratage de la contraception mise en place lors des IVG précédentes et renvoie à la notion de prévention. Nous verrons ci-dessous que l'entretien post-IVG permet, entre autres, de faire le point sur la contraception prévue lors des entretiens (médical et psychologique) pré-IVG et débutée le jour de l'intervention et, le cas échéant, d'orienter la consultante vers une autre méthode qui lui convient mieux, notamment au niveau de la compliance. Mais ce travail ne suffit pas à éviter les IVG itératives si l'on ne crée pas un espace où peut se réfléchir le sens de ces échecs répétés de la contraception et des grossesses non désirées qu'ils entraînent.

La loi a prévu un entretien pré-IVG avec le/la médecin et avec le service psychosocial pour aider la femme en détresse à exprimer sa demande, à définir en quoi consiste son état de détresse et pour vérifier sa détermination à mettre fin à sa grossesse. Le législateur n'envisage pas l'après IVG et ne prévoit pas d'entretien post-IVG (ni contrôle médical ni entretien d'aide). Le protocole du GACEHPA prévoit la visite de contrôle médical et la possibilité de revoir l'accueillant.e qui avait mené l'entretien pré-IVG, mais dans la pratique, on constate que les centres de planning familial abordent la question de l'après IVG de façon diverse, certains insistant sur l'importance du contrôle médical, d'autres pas. La proposition d'un entretien d'aide post-IVG semble quant à elle réservée à des cas rares et particuliers souvent pour des femmes elles-mêmes en demande d'un soutien psychologique ou parce que l'entretien pré-IVG a mis à jour une problématique spécifique.

Comme nous l'avons vu au chapitre 1, l'appréciation de l'état de détresse est laissée de manière souveraine au/à la médecin, (dans les faits davantage à l'accueillant.e) qui doit ensuite codifier le contenu de l'entretien dans le formulaire destiné à la commission d'évaluation. Dans celui-ci, l'état de détresse vise des problèmes de santé de la femme ou du fœtus (exemple: « problèmes de santé mentale »), des problèmes liés à la situation socio-économique de la femme (exemples: « femme se sent trop jeune », « problèmes financiers ») ou encore des problèmes relationnels (exemples: « relation récemment rompue », « relation hors mariage », « problèmes relationnels avec l'entourage »). Le questionnaire vise aussi le viol, l'inceste et la situation de « l'étrangère en situation administrative précaire » et laisse la possibilité d'évoquer d'autres problèmes qu'il y a alors lieu de préciser (rare dans la pratique).

Lors de l'entretien pré-IVG, bien souvent, la découverte de la grossesse entraîne un état d'urgence objective (quand le délai de 12 semaines est proche) et/ou subjective, d'ordre psychologique (induit par le stress que la grossesse non désirée engendre). C'est au cœur de cette urgence psychologique que se situe essentiellement l'état de détresse. Se limiter à questionner la femme de manière à repérer les critères retenus par la commission d'évaluation, comporte un risque de passer à côté d'une détresse beaucoup plus profonde, souvent antérieure à l'IVG pour laquelle elle consulte.

Lorsque le délai limite de 12 semaines est proche de l'entretien pré-IVG et/ou que la femme souhaite en finir au plus vite avec la grossesse non désirée, il est rare que l'on puisse sortir des catégories prévues par la commission. Les femmes elles-mêmes utilisent comme mécanisme de défense la rationalisation, invoquant ces raisons concrètes que sont le statut d'étudiante, le chômage, la charge de plusieurs enfants à assumer seule, la relation occasionnelle ou trop récente, ou encore récemment rompue avec le géniteur, le manque de fiabilité du géniteur, l'absence de projet parental, la peur de la réaction de la famille, etc...

L'état d'urgence et le stress qu'il provoque engendrent assez souvent une résistance à l'accès aux émotions et il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui disent que le fait d'avorter ne les touche pas (même si leur non-verbal exprime une grande crispation) ou qu'elles ne veulent pas en parler pour ne pas souffrir.

L'expérience des entretiens pré-IVG apprend à respecter cette attitude tout en ouvrant la possibilité d'en reparler après l'IVG, lorsque l'urgence a disparu et que la personne peut plus aisément se poser et laisser accès à ses émotions au cours d'un ou plusieurs entretiens d'aide post-IVG. Nous verrons dans le chapitre consacré à la méthodologie comment cette proposition est reçue et le travail qui peut se faire dans ces entretiens.

1. Avortements structurels et avortements conjoncturels

Certain.e.s auteur.e.s distinguent les avortements dits « conjoncturels », isolés (souvent uniques) et les avortements à répétition dits « structurels »²⁶. Les premiers correspondraient à un « lapsus contraceptif » s'inscrivant dans un contexte socio-affectif particulier et ponctuel dans la vie d'une femme.

Sophie, 40 ans, que je reçois dans le cadre d'entretiens d'aide individuels me raconte son IVG, il y a dix ans. Elle avait une relation stable depuis cinq ans. Elle prenait la pilule depuis la fin de l'adolescence sans problème de compliance. Un jour, son ami (devenu depuis son mari) lui a offert un week-end surprise pour fêter l'anniversaire de leur rencontre. Faisant sa valise précipitamment, elle a oublié sa plaquette de pilules. Dès son retour de week-end, elle est passée au planning familial pour demander la pilule du lendemain. Elle est malgré tout « tombée enceinte » et a dû se résoudre à interrompre la grossesse parce que son activité professionnelle débutante comme indépendante ne lui procurait pas de revenus suffisants pour élever un enfant et que son ami qui terminait ses études n'avait pas encore de travail. Ils se sont mariés depuis et ont eu deux enfants. Elle avait « oublié » cette IVG qui revient à la surface au cours d'un entretien.

Les avortements dits « structurels » s'expliqueraient, quant à eux, par une personnalité mal structurée, immature et instable qui amène à des conduites à risque. C'est pro-

bablement la raison pour laquelle on retrouve davantage les IVG répétitives chez les adolescentes et que les études font apparaître que plus l'âge de la première IVG est bas, plus le risque d'IVG itératives est important.

C'est le cas d'Estelle qui, à 17 ans, en est à sa troisième IVG en moins de deux ans. Les avortements itératifs « structurels », de l'ordre de la compulsion, renvoient, selon certain.e.s, à la pulsion de mort, la répétition signant « le caractère intrinsèquement conservateur et régressif de la pulsion ».²⁷ Le fait d'interrompre la grossesse agit comme un effet apaisant de l'état de détresse en revenant à l'état antérieur à la conception.

La répétition des IVG pourrait être de ce fait comparée aux tentatives de suicide à répétition, dont on sait qu'elles sont souvent l'expression d'une demande répétée, « mais jamais entendue »²⁸. Lorsque l'on prend le temps d'écouter la détresse qu'il y a au-delà de celle qui est exprimée rationnellement et si bien codifiée par la commission d'évaluation, on peut alors mettre à jour la demande implicite de la personne et l'amener à mettre des mots et à donner un sens à ses IVG répétitives. C'est tout l'intérêt des entretiens post-IVG où la femme peut prendre le temps d'exprimer quelle souffrance se cache derrière la demande explicite sans cesse renouvelée d'interruption de grossesse. L'urgence dans laquelle se tiennent les entretiens pré-IVG est peu propice à la démarche de recherche du sens de la répétition, et à l'émergence des émotions. La femme se sentant surtout obligée de justifier son choix d'interrompre la grossesse et souhaitant la plupart du temps que l'intervention se passe le plus vite possible pour apaiser la tension intérieure qui l'accompagne, se cantonne souvent à la demande explicite d'interruption de la grossesse.

2. La détresse sous-jacente – la demande implicite

Pendant le test de grossesse qui précède sa troisième IVG, Estelle parle par bribes, très bas, et adopte une attitude non-verbale fermée, le regard fuyant. Je lui fais remarquer que le médecin lui a prescrit la pilule après les deux IVG précédentes, qu'elle n'est pas revenue chercher de prescription lorsque sa réserve était épuisée et qu'elle n'est pas venue aux rendez-vous médicaux fixés lors de ses visites au planning pour faire un test de grossesse ou pour prendre la pilule du lendemain. Elle me répond les yeux baissés :

26. I. Tamian-Kunegel , « L'interruption volontaire de grossesse à répétition » in : *Gynécologie, obstétrique et fertilité* , 2000, Vol 28, Fasc 2 p. 138

27. I. Tamian-Kunegel, *op.cit.* p. 139

28. I. Tamian-Kunegel, *op.cit.* p. 140

« Je ne sais pas pourquoi ma mère ne veut pas que je prenne la pilule ». Je lui dis que les mamans ont parfois du mal à voir leur fille devenir femme et que l'utilisation de la pilule est le signe de ce qu'elle a une vie sexuelle active, ce qui est peut-être difficile à accepter dans sa culture d'origine. Estelle ne me répond pas, elle baisse la tête. Il y a un long silence pendant lequel je vois son visage se décomposer. Je demande tout doucement : « qu'est-ce qui se passe ? » Elle fond en larmes et me dit que plus rien ne va à la maison depuis que son frère aîné (21 ans) est en prison pour meurtre, que ses parents sont très préoccupés par ce problème, qu'ils sont très sévères avec elle (deuxième de la fratrie), qu'elle doit aider à élever ses frères et sœurs cadets et qu'elle « ne compte pas » pour ses parents. Elle ajoute que s'ils devaient apprendre qu'elle est enceinte, ils seraient très en colère et la mettraient sans doute à la porte. Je demande depuis combien de temps son frère est incarcéré : deux ans. Cela correspond à l'époque de sa première grossesse non désirée et de sa première IVG. Elle me dit que son frère lui manque beaucoup, qu'elle était très proche de lui. Elle lui rend visite une fois pas semaine avec ses parents (elle ne peut pas le visiter seule car elle est mineure), elle lui écrit régulièrement, elle le soutient du mieux qu'elle peut. Je reflète qu'elle vit des choses très difficiles, qu'elle a perdu, avec l'éloignement de son frère, le soutien d'une personne référente et que maintenant, c'est elle qui doit le soutenir. Je dis aussi que peut-être ses grossesses non désirées et ses IVG à répétition ont un lien avec ce qui lui arrive, qu'on pourrait en parler plus tard, lors d'un entretien après l'IVG. Elle accepte la proposition. Je lui demande comment elle se sent là, maintenant. Elle esquisse un sourire et me dit : « ça va mieux... Je n'en avais jamais parlé à personne ».

Derrière le manque de compliance à la contraception orale et les motifs de détresse du type « la femme se sent trop jeune », « étudiante », « relation hors mariage » et même « problèmes relationnels avec l'entourage »²⁹ qui pourraient être cochés dans le questionnaire de la commission d'évaluation à propos d'Estelle, se cache une détresse plus profonde, antérieure à la première IVG. Estelle a perdu ses repères suite au séisme familial provoqué par l'incarcération du frère aîné, très proche de sa jeune sœur. Estelle se retrouve brutalement à cette place d'aînée, se sentant (réellement ou non) obligée de remplacer l'absent auprès des plus jeunes et de soutenir celui qui était la personne la plus référente pour elle au sein de la famille. La détresse profonde d'Estelle ne pouvait se dire que dans le cadre d'un entretien où elle pouvait laisser émerger ses émotions et ne pouvait se travailler qu'après l'urgence de la demande d'IVG. Nous verrons dans le chapitre consacré à la méthodologie comment s'est déroulé l'entretien post-IVG.

L'IVG de Yasmina a été préparée avec son assistante sociale, de manière à lui offrir le cadre le plus contenant et le plus confortable possible. Grâce à une excellente collaboration entre le médecin du centre et le psychiatre de Yasmina, celle-ci a pu

bénéficier d'une IVG médicamenteuse qui s'est bien déroulée, Yasmina ayant su gérer les angoisses qu'elle avait exprimées lors de l'entretien pré-IVG. Je lui avais proposé un entretien en même temps que la visite médicale de contrôle pour lui permettre d'exprimer son vécu de l'IVG et refaire le point de la contraception. Malheureusement, le contrôle médical révèle une rétention et Yasmina devra subir une intervention par aspiration pour régler cette complication. Elle est déçue que la méthode médicamenteuse n'ait pas bien fonctionné et exprime à nouveau ses craintes par rapport au caractère intrusif de l'aspiration. Je reflète ses capacités de gérer son stress que nous avons remarquées lors de la première intervention et la rassure en lui disant qu'elle pourra utiliser ces mêmes ressources la seconde fois. Nous abordons la question de la contraception : elle ne veut pas poursuivre la contraception hormonale (prescrite après l'IVG médicamenteuse) car ce n'est pas naturel et elle veut continuer à avoir ses règles. Nous envisageons le stérilet qui, après quelques réticences liées au caractère intrusif et à la présence d'un corps étranger dans son organisme, emporte son adhésion. Un rendez-vous médical est fixé pour contrôler les suites de l'aspiration et, le cas échéant, placer le stérilet. Je ne suis pas au centre ce jour-là et son assistante sociale n'a pas pu accompagner Yasmina. Nous avons fixé un rendez-vous la semaine suivante pour un entretien-bilan de toutes ces expériences redoutées mais courageusement affrontées. J'apprends que la pose du stérilet s'est techniquement bien passée, mais quelques minutes après être sortie du cabinet du médecin, on a retrouvé Yasmina aux toilettes, en proie à une crise d'angoisse, hurlant et vomissant. Elle a annulé le (deuxième) rendez-vous post-IVG que nous avions fixé. Quelques semaines plus tard, elle a repris rendez-vous avec moi. Le jour de l'entretien, elle est fort agitée (elle n'a pas pris ses médicaments). Tout à coup, elle se met à parler de son compagnon (qui n'est pas au courant de la grossesse, ni de l'IVG) : il est violent et les comportements qu'elle me décrit évoquent une personnalité de harceleur. En parlant de lui, elle est en proie à des spasmes, elle évoque des douleurs abdominales, comme le jour où on lui a placé le stérilet.

Je dis à Yasmina que manifestement, les comportements de cet homme sont source d'angoisse pour elle, et que les angoisses lui provoquent des troubles somatiques. Elle précise encore qu'il l'empêche de voir son psychiatre. Elle parle aussi de sa mère qui semble très intrusive et lui déconseille la contraception hormonale au profit de méthodes naturelles que Yasmina ne peut préciser (elle parle de produits à base de plantes). Je relève que la pose du stérilet s'est bien déroulée, malgré la crise d'angoisse

29. Extraits du questionnaire de la Commission Nationale d'Évaluation relative à l'interruption de grossesse

qui a suivi et surtout qu'à présent elle le supporte bien, qu'elle peut être rassurée puisque le contrôle médical qu'elle a subi entre-temps a confirmé que le stérilet est bien en place et qu'elle est donc protégée par une méthode contraceptive fiable, qui ne contient pas d'hormones et qui respecte son cycle naturel. Je lui propose de venir parler de ses problèmes de couple qui ne semblent pas faire écho chez son psychiatre mais de continuer à voir celui-ci pour sa médication. Elle prend un nouveau rendez-vous avec moi, auquel elle ne viendra pas.

Pour réaliser l'accompagnement de l'IVG et de l'après IVG de Yasmina il a fallu tenir compte de l'angoisse de morcellement³⁰ que vivent les personnes atteintes de ce type de pathologie. J'ai veillé, avec l'aide de l'assistante sociale, à offrir à Yasmina le cadre le plus contenant et le plus rassurant possible : petit local où elle a pu se reposer avec son accompagnante après la prise de la mifégyne (mifépristone); même local mis à sa disposition le jour de l'IVG médicamenteuse et pour se reposer après l'aspiration, toujours en compagnie de l'assistante sociale ; écoute de l'angoisse liée au caractère intrusif de l'aspiration et de la pose du stérilet, tout en soulignant les capacités de Yasmina à gérer ces situations difficiles avec l'aide des médicaments prescrits par le psychiatre ; écoute des difficultés rencontrées avec sa mère et avec son compagnon.

3. Désir de grossesse – désir d'enfant

Il n'est pas rare qu'une femme qui demande une IVG explique au cours de l'entretien avec l'accueillant.e que lorsqu'elle a appris qu'elle était enceinte, la nouvelle de cette grossesse a plutôt été ressentie comme bonne, mais que, confrontée à sa réalité socio-économique et familiale, elle a très vite résolu d'interrompre cette grossesse. Souvent, ces femmes ajoutent une phrase du style « c'est rassurant de savoir que ça fonctionne », laissant entendre d'une part que cette grossesse était l'occasion de tester leur fertilité, et d'autre part, que le désir de grossesse ne recouvre pas nécessairement le désir d'enfant. Nous avons vu dans l'approche ethnopsychiatrique comment, dans certaines cultures, les IVG itératives s'expliquent par le besoin de tester sa fertilité. Si l'on aborde la question des IVG itératives sous l'angle des avortements « structurels », on constate une fréquence importante de l'ambivalence entre « le désir inconscient de grossesse et le rejet conscient de la maternité »³¹. Le désir de grossesse opérerait comme un facteur de réassurance contre une angoisse d'infertilité qui augmente avec le nombre d'IVG, mais la grossesse ainsi révélée ne peut être envisagée comme pouvant aboutir à la naissance d'un enfant. « Cette grossesse vécue comme une victoire est immédiatement suivie d'une demande d'IVG considérée comme une délivrance »³². L'entretien d'aide post-IVG avec un.e accueillant.e peut être l'occasion de mettre cette angoisse d'infertilité en mots, de faire émerger le mécanisme de

répétition et son objectif inconscient de vérifier sa fertilité, et de distinguer le désir de grossesse du désir d'enfant. L'écoute centrée sur la personne lui permettant de se réapproprier son histoire peut amener la femme à mettre fin au cycle des IVG itératives. Nous verrons dans l'approche méthodologique comment cela s'est fait pour Rolande, Yasmina, Estelle et Gabrielle.

4. L'absence de deuil de la (des) grossesse(s) précédente(s)

Gabrielle, 26 ans, a pris rendez-vous pour des entretiens d'aide. Quand je la reçois, elle est à peine installée qu'elle fond en larmes. Je laisse sortir toute cette émotion en silence. Au bout d'un certain temps je dis « C'est très lourd, ce que vous portez... ». Elle acquiesce et commence à raconter : elle se sent mal parce que c'est le premier anniversaire de son IVG. Une grossesse non désirée au départ, mais qu'elle aurait souhaité garder. Elle l'a interrompue parce que son ami ne se sentait pas prêt et que, comme elle est seule à travailler, elle avait peur de ne pas s'en sortir financièrement. Quand elle a appris qu'elle était enceinte, elle était contente. Elle était très ambivalente lors des entretiens pré-IVG, à tel point qu'elle a repoussé l'intervention le plus possible et que celle-ci a été pratiquée sous anesthésie générale à l'hôpital. Quand elle s'est réveillée, tout était fini sans qu'elle ait réalisé ce qui s'était passé. Depuis, elle sent un vide, c'est comme si on lui avait « arraché quelque chose ». Je lui demande si elle a eu un entretien après l'IVG, si elle a pu en parler avec l'accueillante qui l'avait reçue lors des entretiens pré-IVG : réponse négative. Elle a essayé de surmonter ; elle croyait que ça allait, mais là, avec la date anniversaire, ça ne va plus du tout, même au travail. Dans le cadre professionnel, elle côtoie sans cesse des femmes enceintes, des bébés et des petits enfants. Elle me dit qu'elle a toujours son test de grossesse et qu'elle le regarde de temps en temps. C'est « tout ce qui lui reste » (*sic*) ; elle n'arrive pas à le jeter. Elle se voyait avec son bébé ; le rôle de maman est naturel pour elle (elle s'est beaucoup occupée de ses frères et sœurs de 10 ans ses cadets). Ses amis, son copain, même sa mère lui disent que c'est du passé, qu'elle doit tourner la page mais elle se sent de plus en plus mal. Elle a dû arrêter de travailler, elle est en incapacité de

30. L'angoisse de morcellement suppose « une régression à un stade archaïque du développement où le sentiment d'exister est menacé dans sa cohérence et dans sa continuité » Dictionnaire de psychologie sous la direction de R. Doron et F. Parot – Ed. Quadrige/PUF mars 2007, 3^e tirage, p. 465

31. I. Tamian –Kunegel, *op.cit.* p. 138

32. I. Tamian –Kunegel, *op.cit.* p. 139

travail. En cours d'entretien, j'aborde la question de la contraception : elle n'arrive pas à prendre la pilule qui lui a été prescrite après son IVG. Le couple utilise le préservatif, mais pas régulièrement. Je relève qu'elle s'expose au risque d'une nouvelle grossesse et peut-être d'une nouvelle IVG. Elle en est consciente et ajoute que par moments, elle se dit que ce serait bien qu'elle soit à nouveau enceinte, pourtant, la situation n'est pas plus favorable qu'il y a un an : son ami ne travaille toujours pas et ne se sent toujours pas prêt à devenir père. Je reflète à Gabrielle qu'elle avait investi cette grossesse et qu'elle a dû se résoudre à l'interrompre parce que les conditions pour la poursuivre ne lui paraissaient pas suffisamment bonnes. Elle a pris le temps de réfléchir et elle a choisi la solution qui, à l'époque, lui paraissait la meilleure, ce qui ne signifie pas que cela ait été facile. J'ajoute qu'il y a un deuil à faire de cette grossesse, que nous pouvons essayer de travailler ce deuil ensemble. Je lui propose de nous voir trois ou quatre fois puis de faire un bilan de ce que ces entretiens lui apportent. Elle accepte.

La référence au « fœtus authentique », confirmé par la parole, dont parle Boltanski, amène à faire un lien entre ce « vide » dont parle Gabrielle et la perte, le deuil, dont le processus est bien connu en psychopathologie. Quand Gabrielle s'est réveillée après l'intervention, elle était sous le choc : tout était fini, elle ne savait pas ce qui s'était passé. Le fait d'avoir conservé le test de grossesse et de le regarder de temps en temps fait penser au stade du déni cognitif³³ : on a peur d'oublier, on met des photos de la personne disparue partout. Gabrielle n'a pas de photo, elle a seulement le test de grossesse, trace tangible de cet embryon inscrit dans sa chair, qu'elle avait confirmé par la parole en se projetant dans l'avenir avec son bébé et qui a été éliminé par l'IVG. Ce test, c'est « tout ce qui lui reste » ; elle le regarde comme elle regarderait une photo. Elle est aussi confinée dans le déni émotif : elle a cru que ça allait ; elle ne peut en parler à personne car ses proches lui disent que c'est du passé, qu'elle doit tourner la page. Les émotions ne peuvent pas s'exprimer. Tout à coup, la démarche de demande d'aide, le cadre d'un entretien avec une professionnelle et l'écoute empathique permettent la montée de ces émotions contenues depuis un an : à peine assise dans le cabinet, Gabrielle fond en larmes. Son incapacité à aller travailler, cette impression de vide, évoquent le stade de la dépression, autre étape du deuil.

Cette problématique du deuil à faire aurait pu être exprimée lors d'un entretien post-IVG et travaillée dans des entretiens ultérieurs. Aucun accompagnement post-IVG n'a été proposé à Gabrielle qui est restée pendant un an avec cette souffrance rentrée. S'il n'est pas certain qu'elle aurait accepté la proposition d'un entretien post-IVG immédiatement après l'intervention, le fait d'ouvrir cette possibilité l'aurait peut-être incitée à consulter plus rapidement pour élaborer le travail de deuil. Nous découvrirons dans le chapitre consacré à la méthodologie que ce premier entretien a permis à Gabrielle de se réapproprier son histoire et d'évoluer dans son travail de deuil et dans sa relation de couple.

Notons qu'il arrive régulièrement que des femmes reviennent avec une demande d'IVG aux alentours de la date anniversaire de l'IVG précédente ou de la date où elles auraient dû accoucher de la grossesse avortée. Le fait de leur renvoyer cette coïncidence de dates leur permet d'accéder au questionnement du deuil de la grossesse et/ou de l'IVG précédente.

5. La problématique des adolescentes

Nous avons vu que plus l'âge de la première grossesse et de la première IVG est précoce, plus le risque d'IVG itératives augmente. Les IVG itératives à l'adolescence s'expliquent souvent par une contraception aléatoire, liée à l'instabilité des relations amoureuses à cet âge et à l'immatrité qui signe une personnalité structurellement inachevée (voir supra les IVG structurelles). Lors d'une rupture amoureuse, les adolescentes arrêtent la pilule, estimant qu'elles n'en ont plus besoin et lorsque commence une nouvelle relation, elles ne sont plus protégées, utilisent le préservatif de façon intermittente ou, si c'est une relation occasionnelle, elles prennent le risque d'avoir une relation non protégée : « pour une fois, il n'est pas possible que je tombe enceinte ». Ces comportements révèlent un déni du lien entre sexualité et grossesse et l'existence d'une « pensée magique » toute puissante héritée de l'enfance.

Les transformations physiques qui s'opèrent pendant cette période sont source de questionnement sur la féminité, la fertilité. La grossesse apportant une réponse ponctuelle à ces questions, peut ensuite être interrompue, assurant la fonction de réassurance par rapport aux doutes qui habitent les très jeunes filles et dont, souvent, elles ne peuvent parler à personne.

L'adolescence est aussi la période où l'on cherche à s'affirmer, principalement par rapport aux parents. Les comportements à risque sont un moyen de mettre le rapport de forces entre les générations à l'épreuve. Quelle sera la réaction des parents s'ils apprennent que leur fille est enceinte ? Face à la réalité d'un test de grossesse positif et à l'affrontement redouté avec les parents sur ce sujet, elles songent très vite à interrompre cette grossesse dont elles ne se représentent pas l'aboutissement (l'enfant). La grossesse des adolescentes peut parfois s'interpréter comme un rite de passage entre l'enfance et l'âge adulte : la capacité d'être enceinte (comparée à celle de leur mère) les fait basculer dans le monde adulte ; l'IVG leur permet de retrouver leur statut d'enfant en revenant à l'état antérieur à la grossesse. Certaines semblent avoir besoin d'éprouver plusieurs fois cette expérience.

33. Une des premières étapes du deuil

En se référant à la notion d'avortements structurels, les IVG itératives des adolescentes peuvent aussi s'interpréter comme une demande d'attention de la part des parents. Le cas d'Estelle qui me donne comme première réponse « Je ne sais pas pourquoi ma mère ne veut pas que je prenne la pilule » et qui explique ensuite qu'elle a l'impression « de ne pas compter pour ses parents » parce qu'ils sont très préoccupés par les ennuis judiciaires de son frère, illustre bien cette dynamique répétée de demande d'attention jamais satisfaite.

6. Les conflits de couple

Rares sont les couples qui consultent pour une demande d'IVG. Comme le relève Luc Boltanski, malgré la dépénalisation de l'avortement qui lui a ôté son caractère clandestin, l'IVG reste essentiellement confinée dans la sphère féminine. Soit le géniteur est absent parce que sa partenaire ne l'a pas informé de la grossesse ni de son intention de l'interrompre, considérant qu'il n'est pas un père potentiel satisfaisant, soit il fait pression pour que sa compagne avorte parce qu'il ne se sent pas prêt à devenir père et l'envoie faire sa demande d'IVG, porteuse de ce message, source d'ambivalence pour elle. Certes, il arrive que certains couples viennent ensemble faire la demande et expriment qu'ils vivent l'IVG (sur laquelle il y a un consensus) comme une étape dans l'évolution de leur relation. Mais souvent, l'entretien de couple révèle une crise qui met l'avenir du couple en péril.

J'ai mené quelques entretiens où j'ai repéré un rapport de forces dans une collusion sado-anale, où les partenaires assuraient en alternance le rôle du dominant et du dominé.

Une collègue sexologue me demande de recevoir un couple, Louise, 32 ans et Bertrand, 26 ans dans le cadre d'un entretien pré-IVG. Les deux premiers entretiens que ma collègue a eus avec Louise seule mettent en évidence une très grande ambivalence de sa part quant à sa volonté de mettre fin à la grossesse (elle a un très mauvais souvenir d'une IVG qui a eu lieu il y a dix ans et, atteinte d'une maladie chronique, elle se dit que c'est peut-être la seule occasion qu'elle aura d'avoir un enfant). Louise est enceinte de 11 semaines et le délai légal est donc bientôt écoulé. Louise affiche un air très triste, elle est constamment au bord des larmes. Son compagnon, qui revient de l'étranger où il monte un projet professionnel, explique que cette grossesse imprévue tombe très mal et que la meilleure solution est de l'interrompre : il repart définitivement à l'étranger dans deux mois et Louise, qui projette de remettre son cabinet de podologue, devait le rejoindre dans un an au plus tard. Tout cela risque d'être chamboulé si la grossesse se poursuit car Louise, en raison de sa maladie, devra venir accoucher en Belgique, mais Bertrand n'est pas sûr de pouvoir être présent à l'accouchement, ce

qui le contrarie beaucoup, et Louise ne veut pas accoucher et devoir assumer un bébé seule pendant les premiers mois. Je retire de ce début d'entretien l'impression que chacun attend que je convainque l'autre que sa solution est la meilleure. Je résume la situation en constatant qu'ils sont face à un choix difficile entre carrière et poursuite de la grossesse, que choisir, c'est renoncer et qu'il va pourtant falloir renoncer à l'un ou à l'autre, puisque ni pour Bertrand, ni pour Louise, il n'est envisageable que Louise accouche seule en Belgique. Je demande, de la grossesse ou du projet professionnel, à quoi chacun est prêt à renoncer en priorité. Pour Bertrand, c'est clairement la grossesse, pour Louise, c'est tout aussi clairement le projet professionnel. À la fin de l'entretien, Louise déclare, prenant un air triste et soumis, qu'il est plus raisonnable d'interrompre la grossesse et rendez-vous est donc fixé pour l'IVG. Le jour convenu, Bertrand accompagne Louise, mais ne souhaite pas assister à l'intervention. Louise veut qu'il soit près d'elle, « c'est la moindre des choses »... (je complète en pensant « qu'il voie ce que je vais souffrir » ??). Il sortira du cabinet médical au bout de cinq minutes et Louise ne cessera de l'appeler pendant toute la durée de l'IVG qui sera exceptionnellement longue. Louise se présente seule à l'entretien post-IVG que j'avais pourtant fixé avec le couple. Elle a interdit à Bertrand de venir car quelques jours après l'IVG, ils ont eu une grosse dispute et depuis, la tension entre eux est très forte, bien que Bertrand lui ait demandé pardon de l'avoir blessée lors de la dispute. Louise n'est plus sûre du tout de vouloir rejoindre Bertrand à l'étranger. Je la sens très en colère contre lui (besoin de lui faire payer les souffrances subies et qu'il n'a pas su partager avec elle ?) Elle remet clairement l'avenir du couple et son projet commun en question. Je fais remarquer à Louise qu'elle a mis le cadre à mal en venant seule, que j'ai toutefois accepté de la recevoir parce que nous sommes dans le cadre d'un protocole d'IVG et que j'ai estimé qu'il était important qu'elle puisse exprimer les émotions liées à ce qu'elle a vécu les deux dernières semaines. Je précise que, dans ces conditions, je ne recevrai plus le couple, mais je suggère, si le besoin d'entretiens de couple se fait sentir avant le départ de Bertrand pour l'étranger, qu'ils consultent ma collègue conseillère conjugale et familiale. Nous convenons d'un nouveau rendez-vous pour un entretien individuel, auquel Louise ne viendra pas. J'ignore ce qu'est devenu le couple.

V. Approche éthique

« L'éthique s'intéresse aux valeurs qui guident nos actions, en les questionnant, en les interrogeant, en mettant à jour leurs racines... Faire de l'éthique, c'est partir en exploration pour découvrir et mettre en question les fondements de nos valeurs et des comportements qui y sont liés »³⁴. L'éthique peut donc se concevoir en quelque sorte comme une formation à la réflexion sur les pratiques professionnelles. Je proposerai ici quelques réflexions à propos de l'essai d'une systématisation des entretiens post-IVG telle que je la pratique, autour de l'axe du « principisme » exposé dans l'ouvrage de bioéthique de T.L. Beauchamp et J.F. Childress *Principles of Biomedical Ethics*³⁵. Il s'articule autour de quatre grands principes : l'autonomie, la bienfaisance, la non-mal-faisance et la justice (ou l'utilité)

1. L'autonomie

En proposant systématiquement un entretien post-IVG qui n'est pas obligatoire (contrairement à l'entretien pré-IVG) sommes-nous attentifs à l'autonomie de la femme concernée ? Me suis-je préoccupée de savoir si la personne voulait réfléchir a posteriori sur le sens de ses IVG itératives et si elle ressentait le besoin d'y mettre fin ? En d'autres termes, ai-je respecté sa liberté d'accepter ou de refuser un tel entretien ? Cette question touche à celle de la demande qui sera abordée dans l'approche méthodologique. Sur le plan éthique, je pense pouvoir répondre par l'affirmative à cette question, dans la mesure où un tel entretien est toujours présenté comme une **opportunité** de combiner un entretien d'aide avec la visite médicale de contrôle. Dans l'expérience menée, je faisais cette proposition lors de l'entretien pré-IVG lorsque je sentais que la situation d'urgence et de détresse décrite supra³⁶ ne permettait pas suffisamment l'accès aux émotions liées à l'IVG, surtout quand je percevais l'existence d'une détresse sous-jacente. Je réitérais la proposition le jour de l'IVG au moment où la femme quittait le centre de planning familial et où je fixais avec elle le rendez-vous du contrôle médical. Il arrivait qu'une personne qui avait accepté la proposition lors de l'entretien pré-IVG ou qui avait elle-même demandé un entretien d'aide post-IVG au moment le plus difficile de l'intervention, décline l'offre de cet entretien au moment de quitter le centre et se limite à prendre un rendez-vous de contrôle médical. Dans ce cas, je respectais son choix en lui

34. Laurent RAVEZ -Ethique, syllabus du cours de 2^e graduat en conseil conjugal et familial, CPFBLouvain-La-Neuve, 2008/2009

35. Laurent RAVEZ, *op. cit.* p. 21 à 24

36. Voir chapitre 4 : Approche psychopathologique

disant que si le besoin se faisait sentir plus tard de venir déposer des émotions liées à l'IVG, mes collègues et moi, restions à sa disposition.

On peut penser que c'est cette manière de concevoir l'entretien post-IVG qui a permis à Yasmina de prendre un dernier rendez-vous, après avoir manqué celui que nous avions fixé. C'est lors de cet entretien qu'elle m'a parlé de son compagnon violent et de sa mère intrusive et que nous avons fait le point sur sa contraception par stérilet.

2. La bienfaisance

« Le principe de bienfaisance consiste en l'obligation morale de faire le bien d'autrui de façon plus ou moins directe »³⁷. La systématisation des entretiens post-IVG consiste-t-elle à agir pour le bien de la personne ? Cette méthodologie a pour objectif la prévention des IVG itératives, spécialement chez les femmes qui sont déjà dans un parcours de répétition en boucle « échec de contraception – grossesse non désirée – IVG », en leur offrant la possibilité de mettre un sens sur ce comportement et le cas échéant, d'exprimer une souffrance sous-jacente, antérieure aux IVG. On peut dès lors considérer qu'elle correspond au principe de bienfaisance. En effet, la prévention vise à la fois la santé physique³⁸ et la santé psychique³⁹ des femmes concernées. Le travail de clarification de la demande effectué en entretien pré-IVG faisant apparaître le phénomène d'IVG itératives et permettant dans un certain nombre de cas de faire émerger une demande implicite d'aide (appel d'une adolescente à plus d'attention, deuil non fait d'une précédente grossesse...), il me paraît de l'essence même du travail de l'accueillant.e de refléter ce qu'il/elle perçoit à travers ce qu'exprime la personne verbalement et/ou non verbalement. Proposer un, voire plusieurs entretiens post-IVG, me semble s'inscrire dans le cadre du protocole de l'IVG, à l'instar du cadre des entretiens d'aide en général, où l'on propose à la personne de la rencontrer trois ou quatre fois avant de faire un premier bilan de ce que les entretiens lui ont apporté.

Pour éviter l'écueil du paternalisme et d'un comportement de « sauveur », il est très important de garder à l'esprit le principe d'autonomie pour permettre à la personne d'être sujet de son histoire et de ressentir ou non, en toute liberté, le besoin d'un entretien post-IVG. Un cadre personnel très clair au niveau du professionnalisme des entretiens d'aide est indispensable pour ne pas se laisser tenter de convaincre la personne de la « nécessité » d'un entretien post-IVG, plutôt que de lui ouvrir un « possible ». Cela n'est pas toujours aisé lorsque s'exprime une grande détresse, comme celle d'Estelle par exemple.

3. La non-malfaisance

Ce principe s'inspire d'un précepte contenu dans les écrits d'Hippocrate : « *Primum non nocere* »⁴⁰. Dans le cadre d'un entretien post-IVG, sommes-nous attentifs à ne

pas nuire à la patiente ? Quelles attitudes seraient de nature à lui nuire ? Induire une dépendance aux entretiens, alors que la demande explicite, comme la demande implicite sont clarifiées ; amener la personne dans un processus psychothérapeutique qui ne correspond pas à sa demande ; imposer une méthode contraceptive ; prendre en charge des pathologies qui ne relèvent pas de notre compétence (ex. : prise en charge thérapeutique d'une personne psychotique par un.e conseiller.e conjugal.e et familial.e).

En apprenant la réaction de Yasmina après la pose du stérilet (angoisses, malaise physique), je me suis demandé si j'avais été suffisamment attentive à la peur qu'elle avait exprimée quant au caractère intrusif de la pose d'un stérilet et au malaise que suscitait l'idée d'avoir en elle un corps étranger. N'avais-je pas été trop directive ? N'avais-je pas induit l'acceptation d'une méthode qui finalement ne lui convenait pas ? N'avais-je pas ainsi rajouté aux souffrances aiguës liées à sa pathologie, même si finalement, elle supporte bien le stérilet et qu'elle a ainsi une contraception efficace qui lui évite de nouvelles grossesses non désirées et de nouvelles IVG ? En résumé, ne pas nuire par l'instauration d'une systématisation des entretiens post-IVG dans un but de prévention, c'est accepter les limites de la prévention, admettre que l'on ne peut pas tout prévenir et renoncer à la tentation de la toute puissance et de la directivité.

4. Le principe de justice

Ce principe renvoie à un questionnement de l'ordre du social, du collectif. La systématisation des entretiens post-IVG est-elle une démarche juste par rapport aux entretiens d'aide ouverts aux autres consultant.e.s, à l'équipe au sein de laquelle on travaille et à la société ? Comme exposé ci-dessus, l'entretien d'aide s'inscrit dans le protocole de l'IVG (rappelons qu'il est prévu par le protocole du GACEHPA⁴¹). Il me paraît comparable au cadre des autres consultations psychologiques ou de conseil conjugal : l'entretien post-IVG peut être vu comme une sorte d'entretien bilan.

Au sein de l'équipe d'accueil du planning où j'exerce, en proposant de systématiser les entretiens post-IVG, j'ai indiscutablement bouleversé les habitudes. Déjà lors de mon premier passage en tant que stagiaire, j'avais posé la question de savoir pourquoi l'on

37. Laurent RAVEZ *op.cit.* p. 23

38. Cf. chapitre 2 Approche médicale

39. Cf. chapitre 4 Approche psychopathologique

40. D'abord ne pas nuire

41. Voir annexe 3

ne fixait pas de rendez-vous pour un entretien post-IVG, alors qu'on insistait beaucoup sur la nécessité d'un contrôle médical après l'intervention. Il m'avait été répondu que cela ne correspondait pas à une demande (nous reviendrons sur la question de la demande dans le chapitre consacré à la méthodologie). Cet argument ne me paraissait pas pertinent dans la mesure où la demande initiale concerne un acte médical (l'interruption de grossesse) et non un entretien d'aide. Il est d'ailleurs significatif de constater que lorsque l'on présente la procédure de prise en charge à une femme qui prend rendez-vous pour une IVG, bien souvent, elle dit ne pas avoir besoin d'un entretien avant l'IVG, dont l'accueillant.e doit préciser qu'il est légalement obligatoire. En partageant mon questionnement quant à la prévention des IVG itératives avec mes collègues, j'ai bénéficié de leur confiance pour initier cette systématisation, essentiellement par rapport aux femmes que je rencontrais en pré-IVG, mais aussi pour proposer cette démarche aux nouvelles collègues que j'ai contribué à former. En ce qui concerne l'aspect sociétal, il me paraît juste de tenter de prévenir les IVG itératives en tant qu'elles constituent un problème de santé publique⁴². La systématisation des entretiens post-IVG constitue un moyen de prévention.

42. Voir chapitre 2: Approche médicale

VI. Approche méthodologique

Dans ce chapitre, je propose d'envisager la systématisation des entretiens post-IVG sous l'angle des différents champs d'activité du/de la conseiller.e conjugal.e et familial.e en planning familial : l'accueil, la prévention, l'entretien d'aide.

1. L'accueil

Dans le cadre du protocole d'IVG, la fonction d'accueil s'exerce essentiellement au moment de la demande d'interruption de grossesse faite par téléphone ou sur place, notamment à l'issue d'un test de grossesse positif. Lorsque la demande émane d'une femme qui a déjà vécu plusieurs interruptions de grossesse, il est important de veiller à lui réserver, comme à toute autre, disponibilité et écoute empathique. Cela suppose que l'accueillant.e soit capable de faire fi de ses préjugés face à la « récidive » et d'écouter la personne dans le respect de ce qu'elle vit et ressent hic et nunc.

En recevant Estelle pour un nouveau test de grossesse, j'ai ressenti un mouvement d'humeur, j'ai pris le dossier médical et le matériel pour faire le test et invité Estelle à me suivre dans un cabinet d'entretien. En montant l'escalier, prenant conscience de mon irritation, j'ai pensé que le comportement de la jeune fille, banalisant la situation et disant que si le test s'avérait positif, il fallait lui « enlever ça » renvoyait au concept de « fœtus tumoral » de Boltanski : elle portait une grossesse inscrite dans sa chair, non confirmée par la parole. Par ailleurs, elle était manifestement engagée dans un processus d'avortements « structurels ». Que cherchait-elle à exprimer par là ? Ce travail sur moi-même, en quelques dizaines de secondes, m'a permis de me réinstaller dans une attitude d'écoute empathique qui a amené Estelle à parler pour la première fois de ses problèmes familiaux. Je me suis sentie très touchée par sa détresse, je lui ai fait part de la forte émotion qui se dégageait de son récit et j'ai reformulé ses propos en mettant en lumière les bouleversements que l'incarcération de son frère avait provoqués dans sa vie. Je lui ai dit que peut-être toute cette souffrance avait un lien avec ses IVG à répétition et que, si elle le souhaitait, nous pourrions en reparler après l'IVG, quand le stress lié à cette nouvelle intervention serait passé. En redescendant l'escalier, je ressentais beaucoup d'émotion et d'empathie à l'égard d'Estelle et j'avais abandonné, avec mes préjugés, mon irritation face à son attitude récidivante. Je lui ai rappelé ma proposition lors de l'entretien pré-IVG comme tel et, le jour de l'intervention, nous avons fixé un rendez-vous post-IVG.

De même, il est important d'offrir une écoute attentive et empathique à une femme qui a refusé l'entretien post-IVG le jour de l'intervention et qui demande un entretien quelques semaines ou quelques mois plus tard, pour qu'elle se sente soutenue dans sa démarche de demande d'aide et accueillie avec disponibilité nonobstant son refus antérieur.

2. La prévention

La prévention des IVG itératives passe bien entendu par un questionnement sur la cause de l'échec de la contraception mise en place lors de l'IVG précédente : recherche de ce qui faisait problème dans la contraception précédente (difficultés de compliance, raisons financières – contraception trop chère –, ou encore difficultés subjectives comme la difficulté d'avaler une pilule contraceptive, utilisation intermittente d'une contraception au gré des rencontres et des ruptures amoureuses).

L'entretien post-IVG permet de faire le point après une ou deux semaines d'utilisation de la méthode prescrite le jour de l'IVG. Il n'est pas rare que la femme n'ose pas dire au/à la médecin que la pilule (le plus souvent prescrite en post-IVG) ne lui convient pas, qu'elle en a déjà oublié une ou deux, ou qu'elle voudrait essayer autre chose. L'entretien avec l'accueillant.e est plus propice à l'expression d'une telle difficulté. L'accueillant.e peut alors, avec l'accord de la personne, en parler au/à la médecin au moment du contrôle médical et lui faire part du fruit de leur discussion en proposant un autre moyen contraceptif, susceptible de mieux convenir, à condition bien entendu, qu'il n'y ait pas de contre-indication médicale.

C'est ainsi que la gynécologue, réticente à l'idée de poser un stérilet à Yasmina en raison de sa pathologie (psychose), a revu sa position et que, malgré l'épisode douloureux qui a suivi l'acte médical, Yasmina est maintenant protégée efficacement contre une nouvelle grossesse non désirée. Elle prend régulièrement rendez-vous avec le même médecin pour un suivi gynécologique... à la grande satisfaction de son assistante sociale dont le projet était notamment d'amener Yasmina à trouver des repères extérieurs au centre d'hébergement.

Quant à Rolande, elle m'a confirmé lors de l'entretien post-IVG que la prise de la pilule depuis dix jours lui demandait un gros effort et qu'elle sentait qu'elle ne tarderait pas à en oublier une. Elle avait envie d'essayer l'anneau vaginal qui reste trois semaines d'affilée en place. Le médecin lui a fait une prescription pour cette contraception.

Dans la problématique des IVG itératives, la mise au point d'une nouvelle contraception n'est, la plupart du temps, pas suffisante comme moyen de prévention. Changer de pilule ou passer au patch ou à l'anneau vaginal, voire au stérilet, consiste à faire ce que les systémiciens appellent du « changement 1 », c'est-à-dire opérer des changements dans le même registre. Prescrire l'anneau vaginal à Rolande n'était pas suffisant : au bout de quelques mois, cette méthode ne lui convenait plus, elle est passée au patch ; elle a même pensé à reprendre la pilule. Le manque de compliance à la nouvelle méthode expose à nouveau la femme à une grossesse non désirée. La

solution (le nouveau moyen contraceptif) devient le problème. Proposer un entretien post-IVG pour faire le point de la contraception, mais aussi pour tenter de donner un sens à la répétition des IVG, c'est introduire un « changement 2 », quelque chose d'inattendu dans le processus connu de la patiente dans la prise en charge des IVG : prendre un temps après l'urgence et le stress de l'avant-IVG, pour se poser et essayer de comprendre ce que signifie ce comportement qui met en jeu sa santé physique et psychique.

Dans l'expérience que j'ai menée, la systématisation des entretiens post-IVG a aussi constitué un « changement 2 » au niveau de l'équipe, habituée jusque là à ne fixer à la patiente qu'un rendez-vous de contrôle médical, de considérer que la prévention est surtout une question de contraception et qu'il n'y a pas de demande au niveau de l'entretien post-IVG. La mise en place de cette méthodologie a lentement trouvé écho, principalement auprès de nouvelles collègues qui se forment à l'accompagnement des IVG. La réinstauration des entretiens post-IVG engendre de fréquents échanges sur la problématique des IVG itératives au sein de l'équipe d'accueil et avec les médecins, dans le respect du secret professionnel partagé.

L'arrivée d'une nouvelle coordinatrice au centre de planning familial où je poursuis cette activité d'accompagnement des femmes en demande d'IVG a contribué à la réhabilitation des entretiens post-IVG qui sont désormais fixés d'office concomitamment au rendez-vous de contrôle médical. Lors de son entrée en fonction quel ne fut pas l'étonnement de cette pionnière qui a présidé à la fondation du GACEHPA de découvrir que les entretiens post-IVG étaient devenus lettre morte, alors-même que le protocole du GACEHPA les prévoit toujours ! Ces entretiens trouvent toute leur pertinence dans la possibilité donnée aux femmes de boucler le processus de l'IVG non seulement sur le plan médical, mais aussi sur le plan émotionnel.

3. L'entretien d'aide (post-IVG)

a. La demande

Y a-t-il une demande de la patiente ? Le point de vue habituel consiste à répondre par la négative. Or, le protocole du GACEHPA prévoit cet entretien ; il fait donc partie de la prise en charge du processus des IVG tel que le conçoivent les centres extrahospitaliers comme les plannings familiaux. La demande explicite est exprimée lors du premier rendez-vous. Comme nous l'avons déjà dit, elle porte sur un acte médical : l'interruption de grossesse. Bon nombre de femmes sont surprises qu'un entretien « psychologique » soit prévu et tentent de l'éviter en disant qu'elles n'en ont pas besoin. Il n'y a donc pas nécessairement de demande d'entretien d'aide avant l'IVG.

L'accueillant.e doit être attentif/ve à la demande comme à la non-demande. Toutefois, lorsqu'après avoir précisé que cet entretien est légalement obligatoire, l'accueillant.e explique que c'est un temps et un espace pour se poser et exprimer les émotions liées à la grossesse non désirée et à l'IVG programmée, beaucoup de femmes saisissent l'occasion d'exprimer à des degrés divers ce que la loi qualifie de « détresse », qu'elle soit explicite ou sous-jacente. S'il est vrai que certaines présentent une attitude tout à fait lisse, indifférente, même si leur non-verbal traduit une crispation, et que d'autres disent clairement qu'elles ne veulent pas parler de leurs émotions parce que c'est trop difficile, c'est bien souvent lors de cet entretien pré-IVG « obligatoire » que se profile la question du sens des IVG itératives qu'il n'est pas toujours aisé d'explorer à ce moment-là. En d'autres termes, c'est à l'occasion de cet entretien « obligatoire » que peut émerger la demande implicite. L'entretien post-IVG peut donc être vu comme l'entretien-bilan qui boucle le processus d'accompagnement, ou comme une occasion de réfléchir au sens de la répétition du phénomène « échec de la contraception – grossesse non désirée – IVG » et de mettre en mots la problématique sous-jacente aux IVG itératives. Il peut s'agir d'un entretien unique ou de plusieurs entretiens successifs.

Au cours de l'entretien post-IVG de Rolande, nous avons reparlé de sa contraception. Comme elle exprimait ses craintes quant à un manque de compliance à la pilule, après une discussion sur ses horaires, son mode de vie et un survol des différents moyens contraceptifs, elle a opté pour l'anneau vaginal. D'elle-même, Rolande revient sur la question du sens de ses IVG itératives qu'elle avait abordée lors de l'entretien pré-IVG. Elle dit : « je sais que quelque chose se joue au niveau de mon inconscient, mais je ne sais pas quoi. Je vais reprendre rendez-vous chez la psychologue que j'ai consultée il y a quelques années parce que je veux mettre fin à cette série d'avortements ». Je l'y encourage, tout en lui précisant que si elle le souhaite, je suis toujours à sa disposition. Rolande n'a pas repris rendez-vous avec moi ; j'ignore si elle a revu sa psychologue, mais j'ai constaté qu'elle revient régulièrement en consultation gynécologique au planning. Quand elle a réalisé que l'anneau vaginal ne lui convenait pas, elle a à nouveau consulté le médecin qui lui a prescrit le patch. Après quelques semaines, elle est revenue, parce que cette méthode ne lui convenait pas davantage. Le médecin lui a alors proposé le stérilet qu'elle a accepté après quelques hésitations. Je n'ai pas revu Rolande en consultation de conseil conjugal et familial, mais je remarque qu'elle prend maintenant soin d'elle : elle a tâtonné avant de trouver le moyen contraceptif adéquat, mais, contrairement à son attitude antérieure où elle arrêta la contraception par manque de compliance, elle veille maintenant à se faire suivre sur le plan gynécologique.

b. Les attitudes rogériennes⁴³

- L'acceptation inconditionnelle de l'autre, le non-jugement :
Au cours de mes entretiens, sentant l'irritation, dont il est question ci-dessus à propos d'Estelle, me gagner, je me suis fréquemment demandé combien d'IVG successives je me sentais capable d'encadrer chez une même femme en restant dans le non-jugement et l'acceptation inconditionnelle des patientes « récidivistes ». En travaillant ce questionnement, et en abordant la demande de ces femmes avec la grille de lecture de Boltanski à propos des fœtus tumoraux et des fœtus authentiques, j'ai abandonné la question du nombre. Cela me permet de rendre à ces femmes ce qui leur appartient : leur parcours d'IVG itératives, leur détresse exprimée, et leur détresse sous-jacente. Automatiquement, je me replace dans une attitude d'acceptation inconditionnelle de la personne que j'ai en face de moi.
- L'écoute empathique :
C'est la capacité du/de la thérapeute de ressentir, d'identifier et de nommer les émotions de la personne, sans y prendre part. L'écoute empathique qui a permis la reformulation du vécu et des émotions d'Estelle a donné sens à cette succession de grossesses non désirées et d'IVG.

Lors de l'entretien post-IVG d'Estelle, nous reparlons de ses difficultés familiales. Je perçois une nouvelle fois la détresse dans laquelle la plongent l'éloignement de son frère et l'attitude de ses parents qui semblent davantage se préoccuper de leur fils aîné que d'elle, chargée de s'occuper des plus jeunes. J'entends ce sentiment de ne pas avoir de place en tant que fille, deuxième de la fratrie : elle dit « je ne compte pas pour mes parents, ils sont très sévères avec moi et me demandent de m'occuper de mes frères et sœurs plus jeunes ». Je reformule cela en lui disant que ses parents, très inquiets au sujet de son frère qui s'est mis en danger en commettant des faits graves qui l'ont conduit en prison, s'occupent beaucoup de lui. Je constate que c'est à l'époque où son frère est incarcéré qu'elle tombe pour la première fois enceinte et qu'elle fait sa première IVG qui sera suivie de deux autres. Les grossesses non désirées et les IVG sont aussi une manière de se mettre en danger : elle subit à chaque fois une intervention qui affecte son intégrité physique, elle a peur que sa mère soupçonne la grossesse, que ses parents la mettent à la

43. Inspirées de la thérapie humaniste conçue par Carl ROGERS

porte. En quelque sorte, provoquer la colère de ses parents aurait pour effet qu'ils s'occupent d'elle. J'ajoute que tout cela est source d'une grande souffrance et qu'elle est très forte pour arriver à garder tout cela pour elle. Elle se met à pleurer et me dit : « ça fait du bien de pouvoir en parler... je comprends mieux ce qui se passe ». Estelle qui m'avait dit lors du test de grossesse qu'elle ne comprenait pas pourquoi sa mère ne voulait pas qu'elle prenne la pilule, termine l'entretien post-IVG en me disant : « Depuis l'IVG, je n'ai pas oublié ma pilule, le médecin m'en a prescrit ; je vais essayer de la prendre régulièrement car je ne veux plus repasser par là ». Je l'y encourage en précisant qu'ainsi, elle prend soin d'elle et s'éloigne des comportements à risque.

– La congruence :

C'est la capacité pour le/la thérapeute d'identifier les émotions qu'il/elle ressent, de faire la part de ce qui appartient à son vécu personnel dans ce ressenti émotionnel et de ce qui est en relation directe avec la situation de l'entretien et ensuite de communiquer ces émotions à la personne. Lors du premier entretien avec Estelle quand elle exprime toute sa détresse liée à la situation familiale, à l'absence de communication avec ses parents et à sa solitude dans la souffrance, j'ai ressenti beaucoup d'émotions, dont une partie me renvoyait à mon sentiment maternel et à la souffrance que j'éprouverais si un de mes enfants se trouvait dans une telle situation. J'en ai pris conscience et je me suis alors recentrée sur le ressenti d'Estelle, tel que je le percevais dans un contexte familial déterminé, pour lui faire part des émotions qui se dégagent de son récit : tristesse, sentiment d'abandon, de solitude, détresse...

– L'authenticité :

C'est la correspondance entre ce qui est senti et ce qui est dit par le/la thérapeute.

Lorsque je dis à Yasmina qu'elle a très bien su gérer son IVG médicamenteuse, bien mieux que beaucoup d'autres, et qu'elle pourra mobiliser ces capacités pour l'intervention par aspiration, je formule exactement ce que je ressens en observant son comportement. Le visage de Yasmina s'éclaire ; elle gèrera tout aussi bien la seconde intervention.

De même, lorsque je dis à Gabrielle qu'elle est très courageuse d'être arrivée à vivre pendant un an avec ce deuil non fait, pressée par son entourage de tourner la page, et travaillant dans un environnement où elle est sans cesse en contact avec des femmes enceintes, des bébés et de jeunes enfants, je reflète exactement la pensée que la situation m'inspire. Gabrielle me dit : « C'est la première fois qu'on me dit que je suis courageuse ! »

L'authenticité est perçue par la personne. Dans les exemples ci-dessus, elle a permis à Yasmina et à Gabrielle⁴⁴ de mobiliser leurs forces pour s'approprier leur histoire et en devenir le sujet actif.

c. La non-directivité

Il s'agit d'un mode d'approche centré sur la personne, l'objectif des entretiens d'aide non directifs étant l'autonomie de la personne qui devient sujet de son histoire.

C'est pourquoi au départ de l'expérience, les entretiens post-IVG ont été proposés comme une opportunité de faire le bilan du processus et/ou de travailler les difficultés personnelles qui avaient émergé ou avaient été effleurées lors de l'entretien pré-IVG.

Rolande et Yasmina semblent avoir fait le choix d'un suivi psychothérapeutique l'une chez une psychothérapeute, l'autre auprès de son psychiatre traitant. Toutes deux gèrent actuellement leur contraception et prennent soin de leur santé en consultant régulièrement les médecins du planning familial pour des contrôles gynécologiques. Estelle, que je n'ai plus revue depuis l'entretien post-IVG, semblait décidée à prendre sa pilule régulièrement pour ne plus se retrouver dans une situation de grossesse non désirée suivie d'un nouvel avortement. Quant à Gabrielle, lors du second entretien que nous avons eu, elle était souriante et plus sereine. Elle avait repris le travail où le malaise par rapport aux femmes enceintes et aux bébés avait disparu et elle s'était remise à créer des bijoux de fantaisie, activité suspendue depuis son IVG. Elle avait parlé à son compagnon du deuil qu'elle sentait le besoin de faire par rapport à la grossesse interrompue un an auparavant et il semblait entendre ce besoin. Enfin, à la fin de l'entretien, elle a pris rendez-vous avec un médecin : elle voulait reprendre la pilule, parce qu'elle avait réalisé que la contraception aléatoire qu'elle pratiquait depuis bientôt un an lui faisait courir le risque d'une nouvelle grossesse non désirée et créait des tensions dans le couple au niveau des relations sexuelles.

d. Le cadre

Le cadre du processus IVG est défini par la loi et par le protocole du GACEHPA ; il comporte au minimum une visite médicale pour confirmer et dater l'âge de la grossesse, précédée ou suivie par un entretien d'aide avec un.e accueillant.e (psychologue, conseiller.e conjugal.e et familial.e ou assistant.e social.e) pour vérifier la détermi-

44. Voir ci-dessous : La non directivité

nation de la femme à avorter et son état de détresse, l'interruption de grossesse par voie médicamenteuse ou chirurgicale pratiquée par un.e médecin après un délai de réflexion de six jours minimum (volet légal obligatoire), une visite de contrôle médical et un entretien d'aide post-IVG (prévus par le protocole du GACEHPA – non obligatoires, mais on insiste sur l'importance du contrôle médical).

Dans le planning familial où s'est déroulée l'expérience qui fait l'objet de la présente étude, ce cadre est précisé à toute patiente en demande d'IVG lors de la prise de rendez-vous ou au plus tard lors de l'entretien pré-IVG. Comme je l'ai exposé supra, j'ai introduit la systématisation d'une proposition d'entretien post-IVG, précisant qu'il ne s'agit pas d'entrer dans un processus de psychothérapie, mais de donner à la personne la possibilité de déposer les émotions liées à son vécu au cours du processus de l'IVG, de faire un bilan de la contraception mise en place lors de l'IVG et/ou de travailler la problématique sous-jacente aux IVG itératives ou la détresse cachée qui a pu être évoquée lors de l'entretien pré-IVG (qu'il s'agisse d'une première IVG ou non). Quant à mon cadre personnel, je le définirai comme suit : bien que l'objectif de la méthodologie mise en place (la systématisation des entretiens post-IVG) soit la prévention des IVG itératives pour protéger la santé physique et psychique des femmes, mon attitude lors de ces entretiens se situe dans « l'être » et non dans le « faire ». Je me mets en état de disponibilité et d'écoute pour les femmes (les couples quand le partenaire s'implique dans la problématique de l'IVG) qui répondent positivement à la proposition d'un ou plusieurs entretiens post-IVG, mon travail consistant en un accompagnement par une écoute active avec les outils de la thérapie humaniste conçue par Carl Rogers, dans le respect de l'autonomie de chaque femme (de chaque couple) face à sa contraception et à la problématique de l'engendrement.

VII. Conclusion

La systématisation des entretiens post-IVG dans un but de prévention pour éviter les IVG itératives, décrite dans la présente contribution, fonctionne depuis un peu plus de deux ans dans les limites de la pratique d'un centre de planning familial témoin, dont le public cible a été décrit dans l'approche sociologique.

S'agissant d'un essai de systématisation des entretiens post-IVG mis en place début 2010, il faut tenir compte de ce que pendant les six premiers mois de cette expérience, toutes les femmes ne se voyaient pas encore proposer un entretien post-IVG, toutes celles à qui cette proposition était faite ne l'acceptaient pas, et toutes celles qui prenaient rendez-vous pour un tel entretien ne s'y présentaient pas, mais à travers les quelques vignettes cliniques exposées dans cette étude (et il y eut d'autres cas non repris ici), le lecteur ou la lectrice pourra percevoir la pertinence d'ouvrir une possibilité de travailler la problématique de la contraception et de ses échecs ainsi que celle de la détresse pré et post-IVG.

Proposer un entretien post-IVG, comme le prévoit le protocole du GACEHPA n'est certes pas la panacée de la prévention en matière d'IVG itératives, mais les exemples de Yasmina, Gabrielle, Rolande et Estelle montrent que cette opportunité ne doit pas être négligée, parce qu'elle peut déboucher sur un questionnement et une démarche d'autonomie des femmes dans leur contraception, dans leur vie affective et sexuelle et dans leur rapport à l'engendrement.

Ces entretiens n'excluent pas le travail de prévention centré sur la connaissance de son propre corps et de la contraception : ils viennent le compléter s'ils s'inscrivent dans une démarche d'acceptation libre de la personne à qui ils sont offerts. Celle-ci peut alors s'approprier la recherche de sens proposée et cheminer dans cette voie jusqu'où elle peut et/ou jusqu'où elle veut.

En tant que conseillère conjugale et familiale, je conçois mon rôle d'accompagnatrice des femmes comme une démarche d'écoute empathique active, non-jugeante, non-directive et empreinte d'authenticité, dans le respect du cadre fixé par la loi et proposé par le protocole du GACEHPA.

Les professionnel.le.s se doivent de rester lucides : en paraphrasant N. Puissant-Paganon qui écrit que « ...la prévention par l'information sur la contraception a une efficacité limitée, la prévention étant sourde à l'inconscient »⁴⁵, gardons à l'esprit que l'inconscient peut aussi être sourd à la prévention.

45. N. Puissant-Paganon, « Le temps pour parler : fonction de l'entretien psychologique » in : J.C. Pons, F. Venditelli et Pierre Lachar, *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*, Éditions Masson, 2004 p. 125

La méthodologie de systématisation amorcée il y a près de deux ans, à contre-courant de la pratique en vigueur dans l'ensemble des plannings familiaux, a évolué au sein du centre témoin dont il est question dans cette étude puisque, depuis les six derniers mois, les rendez-vous fixés aux patientes sortant d'IVG comprennent d'office le contrôle médical et l'entretien post-IVG avec l'accueillante qui a procédé à l'entretien pré-IVG. L'entretien post-IVG n'est donc plus proposé, mais fixé d'office, concomitamment avec le rendez-vous médical de contrôle.

Il est prématuré de tirer des conclusions de cette nouvelle pratique qui s'inspire de la source-même du protocole du GACEHPA tombé en désuétude, mais l'on peut supposer que si un certain nombre de femmes le vivent comme une simple formalité (comme elles vivent l'entretien pré-IVG), celles pour qui cette opportunité ouvre une possibilité de donner sens à des IVG itératives qu'elles subissaient comme une fatalité ou un appel de détresse compulsif peuvent, lors de ces entretiens, saisir l'occasion de travailler la problématique sous-jacente qui émerge dans la demande explicite d'avortement abordée lors de l'entretien pré-IVG.

En d'autres termes, si la fixation d'office d'un rendez-vous pour un entretien post-IVG, corollaire de l'examen médical de contrôle, peut apparaître à première vue comme imposée par le centre de planning familial là où la loi ne prévoit pas d'entretien post-IVG, elle n'enlève rien à l'autonomie de la femme, qui reste libre de saisir ou non l'occasion de travailler avec un.e professionnel.le la problématique de détresse sous-jacente révélée par l'anamnèse de la consultation médico-psychologique pré-IVG.

Réhabiliter l'entretien post-IVG comme moyen de prévention permet de répondre à une double perte de sens : celle de l'avortement comme ultime recours en cas d'une grossesse non désirée mettant une femme en état de détresse (ratio legis de la loi du 3 avril 1990), l'IVG devenant alors en quelque sorte un moyen de contraception alternatif, et la perte de sens par les professionnel.le.s du dernier volet du protocole du GACEHPA (l'entretien post-IVG), qui offre aux femmes notamment la possibilité de questionner leur parcours d'IVG itératives et partant, de préserver leur santé physique et psychique.

Bibliographie

Ouvrages

- ALLARD F., FROPO J.-R., *Le traumatisme post-avortement*, Éditions Salvator, Paris, 2007
- AVON Bernadette, *À l'écoute du symptôme IVG, Accompagner la relation*, Chronique Sociale, Lyon, 2004
- BOLTANSKI Luc, *La condition fœtale - Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Éditions Gallimard, Paris, 2004
- DORON Roland et PAROT Françoise, *Dictionnaire de psychologie*, Éditions Quandrige/PUF, octobre 2009 – 3^e tirage
- ERNAUX Annie, *L'événement*, Collection Folio, Gallimard, Paris, 2000
- HALIMI Gisèle, *Ne vous résignez jamais*, Éditions Plon, Paris, 2009.
- PONS J.C., VENDITELLI F., LACHCAR P., *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*, Éditions Masson – Paris 2004
- THIBAUD E., DRAPIER-FAURE E., *Gynécologie de l'adolescente*, Éditions Masson, Paris, 2005
- VALLA-CHAVALLEY Geneviève, *Le conseil conjugal et familial*, Éditions Erès, Toulouse, 2009

Articles

- ROYNET Dominique, « IVG en Belgique en 2010 » in : *La Revue de la Médecine Générale*, n° 269, janvier 2010, pp. 8-12
- TAMIAN-KUNEGELI, « L'interruption volontaire de grossesse à répétition », in : *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2000, Vol 28, Fasc 2, pp 137-140
- VAN OUYTESEL Audrey « Le lien social à l'épreuve des cultures : la mise à l'épreuve empirique de deux théories : les dynamiques identitaires et l'intégration psychosociale du sujet », présentation du 8 juillet 2008 au Colloque International de l'AISLF

Publications officielles

- Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, Rapport à l'attention du Parlement 1 janvier 2006 – 31 décembre 2007, Doc 52 1745/001 (Chambre) , 4 – 1137/1 (Sénat), Bruxelles, août 2008
- Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, Rapport à l'attention du Parlement 1 janvier 2008 – 31 décembre 2009, Doc 53-821/1 (Chambre) , 5 – 176/1 (Sénat), Bruxelles, 9 septembre 2010
- Observatoire régional de la Santé (ORS) Région Bourgogne, Interruptions volontaires de grossesse : tenter de comprendre la répétition, Dijon, janvier 2005

Mémoire

- BENOÎT Martine, IVG itératives, profils psychosociaux, prévention, mémoire de licence en sciences de la famille et de la sexualité (promoteur : Professeur Éric Baruffol), UCL, Louvain-la-Neuve, septembre 2007

Autres

- DELVIGNE Frédéric, Sensibilisation à l'approche systémique, graduat en conseil conjugal et familial 3^e année, CPF, Louvain-la-Neuve, 2009-2010
- GERARD Colette, Éléments sociétaux : niveau II, 2008-2009 – Sociologie du couple et de la famille
- QUINTIN Anne, Méthodologie spéciale : techniques d'intervention, graduat en conseil conjugal et familial, 1^{re} année, CPF, Louvain-la-Neuve, 2004
- QUINTIN Anne, Cours de psychopathologie, graduat en conseil conjugal et familial, 2^e année, CPF, Louvain-la-Neuve 2008-2009
- QUINTIN Anne, Psychologie des conflits de couple, graduat en conseil conjugal et familial, 3^e année, CPF, Louvain-la-Neuve 2006-2007
- RAVEZ Laurent, Éthique, graduat en conseil conjugal et familial, 2^e année, CPF, Louvain-la-Neuve, 2008-2009
- VERHELST Martine Dr, Cours d'anatomie et de physiologie, graduat en conseil conjugal et familial, 1^{re} année, CPF, Louvain-la-Neuve, 2007-2008

ANNEXE 1

Loi du 3 avril 1990 modifiant les articles 348 à 352 du Code pénal

CHAPITRE I. - DE L'AVORTEMENT

Art. 348. (Voir NOTE sous TITRE) <L 1990-04-03/30, art. 1, 002; **En vigueur:** 15-04-1990> Celui qui, médecin ou non, par un moyen quelconque, aura à dessein fait avorter une femme qui n'y a pas consenti, sera puni de la (réclusion de cinq ans à dix ans). Si les moyens employés ont manqué leur effet, l'article 52 sera appliqué. <L 2003-01-23/42, art. 62, 040; **En vigueur:** 13-03-2003>

Art. 349. Lorsque l'avortement a été causé par des violences exercées volontairement, mais sans intention de le produire, le coupable sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de vingt-six [euros] à trois cents [euros]. <L 2000-06-26/42, art. 2, **En vigueur:** 01-01-2002>

Si les violences ont été commises avec préméditation ou avec connaissance de l'état de la femme, l'emprisonnement sera de six mois à trois ans, et l'amende de cinquante [euros] à cinq cents [euros]. <L 2000-06-26/42, art. 2, **En vigueur:** 01-01-2002>

Art. 350. <L 1990-04-03/30, art. 2, 002; **En vigueur:** 15-04-1990> Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent [euros] à cinq cents [euros]. <L 2000-06-26/42, art. 2, **En vigueur:** 01-01-2002>

Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte, que son état place en situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans les conditions suivantes:

- 1° a) l'interruption doit intervenir avant la fin de la douzième semaine de la conception;
- b) elle doit être pratiquée, dans de bonnes conditions médicales, par un médecin, dans un établissement de soins où existe un service d'information qui accueillera la femme enceinte et lui donnera des informations circonstanciées, notamment sur les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que sur les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître et qui, à la demande soit du médecin soit de la femme, accordera à celle-ci une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation.

- 2° Le médecin sollicité par une femme en vue d'interrompre sa grossesse doit:
 - a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse;
 - b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service visé au 1°, b), du présent article pour accorder l'assistance et donner les conseils qui y sont visés;
 - c) s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse.

L'appréciation de la détermination et de l'état de détresse de la femme enceinte qui conduit le médecin à accepter d'intervenir, est souveraine lorsque les conditions prévues au présent article sont respectées.

3° Le médecin ne pourra au plus tôt, pratiquer l'interruption de grossesse que six jours après la première consultation prévue et après que l'intéressée a exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y faire procéder.

Cette déclaration sera versée au dossier médical.

4° Au-delà du délai de douze semaines, sous les conditions prévues aux 1°, b), 2° et 3°, l'interruption volontaire de grossesse ne pourra être pratiquée que lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Dans ce cas, le médecin sollicité s'assurera le concours d'un deuxième médecin, dont l'avis sera joint au dossier.

5° Le médecin ou toute autre personne qualifiée de l'établissement de soins où l'intervention a été pratiquée, doit assurer l'information de la femme en matière de contraception.

6° Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention.

Art. 351. <L 1990-04-03/30, art. 3, 002; **En vigueur:** 15-04-1990> La femme qui, volontairement, aura fait pratiquer un avortement en dehors des conditions prévues à l'article 350 sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de cinquante [euros] à deux cents [euros]. <L 2000-06-26/42, art. 2, ED: 01-01-2002>

Art. 352. (Voir NOTE sous TITRE) <L 2003-01-23/42, art. 63, 041; **En vigueur:** 13-03-2003> Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion de cinq ans à dix ans, si la femme a consenti à l'avortement, mais que l'intervention a été pratiquée en dehors des conditions définies à l'article 350 et à la réclusion de dix ans à quinze ans, si elle n'y a point consenti.

PRE MEDICAL

Médecin : Date :
Date des D.R. : Soit il y a semaines d'aménorrhée
Histoire médicale de la grossesse actuelle : Demande claire? Pas claire? :

Groupe sanguin : G P EU FC IVG

Examen gynécologique :
T.V. : Examens techniques :
Abdomen : - TG urine date
Spéculum : - TG sang date
Antécédents : - US CRP date
- médicaux : - US BIP date
- obstétricaux :
- chirurgicaux : - allergies :
- héréditaires : - tabac :
- gynéco : - médicaments pris :
- réaction aux anesthésies locales :

Méthode choisie :
MAC utilisé : MAC prévu :
Conclusions et examens à prévoir :

POST MEDICAL

Médecin : Date :
Complications somatiques après départ du centre (+ traitement) :
Complications psychiques après départ du centre :

Examen gynécologiques :
abdomen : spéculum :
T.V. :
U.S. contrôle : Dosage HCG :
Date : Date :

Conclusion :

MAC prescrit ou instauré ce jour :
Observations complémentaires :

Examen complémentaire :

IVG

ASPIRATION : Date :
Médecin : Accueil :
T.V. :
Prémédication :
Anesthésie :

Hystérométrie :
Dilatation :
Sonde :
Volume aspiré :
Examen macroscopique :
Ana-path : oui-non
Complications opératoires :

Manifestations psychologiques :

MEDICAMENT :

Mifépristone : Date : Heure :
Donné par : pris à domicile / au centre
Age gestationnel :

Domicile :
Saignements 0----1----2----3----4*
Douleurs 0----1----2----3*
Expulsion (O/N/Ne sait pas)
Misoprostol : Date :
Médecin : Accueil :
1^{ère} prise à : h pris à domicile / au centre
administration orale / vaginale / sublinguale
2^{ème} prise à : h pris à domicile / au centre
administration orale / vaginale / sublinguale
Expulsion oui (à h) non
Médicament sup. :

Saignements 0----1----2----3----4*
Douleurs 0----1----2----3*
Complications :

Effets secondaires :

U.S. : date :
Aspiration éventuelle : oui - non Motivé par :

Rhogam fait : oui - non

MAC et traitement instauré ce jour :

* Saignements : 0 pas de saignements – 1 moins que les règles – 2 comme les règles – 3 plus que les règles – 4 hémorragie.

* Douleur : 0 pas de douleur – 1 faible – 2 nécessitant prise d'antalgique modérée – 3 douleur importante nécessitant prise d'antalgique majeure.

ANNEXE 4

Bulletin statistique d'IVG 2004-2005 (France)

REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

cerfa
123420

Cachet de l'établissement

**BULLETIN STATISTIQUE
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE
DE GROSSESSE**

A remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif médical.
Articles L. 2212-2, L. 2213-1, R. 152-10-6 à R. 152-10-15, R. 162-28 à R. 162-30 du code de la santé.

Ce bulletin ne doit faire aucune mention de l'identité de la femme

INTERVENTION

- Département

- Date de l'intervention

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA FEMME

- Année de naissance

- Département de domicile

INFORMATIONS MEDICALES

- Durée de gestation en semaines d'aménorrhée

- S'agit-il d'une interruption de grossesse pour motif médical ?
C-à-d avec l'attestation légale de deux médecins (art R 162-29 du CSP)
OUI NON

- La technique employée est-elle uniquement médicamenteuse ?
OUI NON

ANNEXE 5

Bulletin statistique d'IVG 2006... (France)



N° 12312*02
Ce modèle Cerfa a cours également en vert foncé

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Cachet de l'établissement

**BULLETIN STATISTIQUE
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE
DE GROSSESSE**

Article L2212-10 du code de la santé publique
et de l'article 5 de la convention type prévue à
l'article R2212-9 du même code.

A remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif médical.

A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL

<input type="checkbox"/> Département	<input type="checkbox"/> Lieu de l'acte médical	<input type="checkbox"/> Statut de l'établissement	
<p>Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976</p>	<p>Hôpital ou clinique..... 1 Cabinet de gynécologue ou de gynéco-obstétricien 2 Cabinet de généraliste ou autre 3</p>	<p>avec lequel le praticien a conventionné ou au sein duquel a été pratiqué l'acte.</p> <p>Public..... 1 Privé à but non lucratif..... 2 Privé à but lucratif..... 3</p>	<p>ST</p>

B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME

<input type="checkbox"/> Âge à la date de l'acte	<input type="checkbox"/> Département ou lieu de naissance
ans	LNAIS
<small>(Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976, TOM = 098 Étranger : Europe = EUR ; Asie = ASI ; Afrique = AFR ; Amérique du Nord = AMN ; Amérique du Sud = AMS)</small>	
<input type="checkbox"/> Département ou lieu de domicile	<input type="checkbox"/> Activité professionnelle
DOM	ACT
	<p>Cocher une case</p> <p>Occupe un emploi..... 1 Actuellement au chômage..... 2 Femme au foyer..... 3 Étudiante ou élève..... 4 Autre..... 5</p>

C. DONNÉES MÉDICALES

<input type="checkbox"/> Date de l'acte médical	<input type="checkbox"/> Date du début des dernières règles
<p>2 0 DA</p> <p>Jour Mois Année</p> <p><small>Date de l'intervention pour une IVG chirurgicale. Sinon date de prise de la MIFEPRISTONE.</small></p>	<p>2 0 DDR</p> <p>Jour Mois Année</p>
<input type="checkbox"/> Durée de gestation en semaines d'aménorrhée	<input type="checkbox"/> S'agit-il d'une interruption médicale de grossesse ?
DSA	<p>Oui 1 IMG Non 2</p> <p><small>C'est-à-dire avec l'attestation légale de deux médecins (art. L 2213-1)</small></p>
<input type="checkbox"/> Technique employée	<input type="checkbox"/> Nombre de naissances antérieures
<p>Cocher une ou plusieurs cases</p> <p>Chirurgicale avec anesthésie locale ... TCL Chirurgicale avec anesthésie générale TCG Médicamenteuse..... TM</p>	GA
<input type="checkbox"/> Nombre d'IVG antérieures	
IVGA	

Cachet et Signature du médecin

Ces nouveaux bulletins doivent être utilisés
à partir du 1^{er} janvier 2006.

Ils sont destinés à enregistrer toutes les interventions ayant lieu dans un établissement de santé mais également celles effectuées en cabinet de ville par un médecin conventionné avec un établissement de santé. Ils permettent de mieux connaître les durées de gestation, les situations professionnelles, les lieux de naissances des femmes, ... afin de répondre aux besoins d'informations statistiques de la santé publique.

Vous pouvez demander des exemplaires supplémentaires à votre Ddass, mais n'utilisez en aucun cas des photocopies dont la qualité variable accroît les problèmes lors de la saisie des données.

La qualité des résultats dépend à la fois de l'exhaustivité du recueil et du bon remplissage des bulletins. Aussi est-il nécessaire de remplir soigneusement chaque rubrique, en écrivant chaque chiffre le plus lisiblement possible à l'intérieur des cases délimitant les zones à remplir.

Circuit des bulletins :

Ces bulletins, une fois remplis, doivent être transmis par le médecin ayant pratiqué l'IVG à l'établissement de santé avec lequel il a passé une convention ou au sein duquel il a pratiqué l'intervention. Le médecin y appose sa signature et son cachet.

L'établissement de santé doit les transmettre à l'échelon médical de sa DRASS pour validation. L'établissement y appose son cachet.

Les données seront ensuite saisies par une société spécialisée en vue de leur exploitation statistique.

SELON LA LOI DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE A L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTÉS, LES FEMMES DOIVENT ÊTRE AVERTIES DES INFORMATIONS QUI SUIVENT :
Les informations portées sur le présent bulletin font l'objet d'un traitement informatique aux fins de statistiques. Le responsable du traitement est la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère chargé de la santé ; les destinataires sont l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et l'Institut national d'études démographiques. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, la personne dont les informations sont portées sur le présent bulletin bénéficie d'un droit d'accès et de rectification. Elle peut exercer ce droit et obtenir communication des informations la concernant, en s'adressant :

Ministère chargé de la santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Bureau Etat de santé de la population
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

