

## RAPPORT SCIENTIFIQUE RESUME

**Parcours des femmes ayant eu une interruption de grossesse et points de vue des professionnels<sup>1</sup> de la santé et du social dans le cadre des nouvelles dispositions du Code pénal (Art. 119-120 CP, 02.06.2002) en Suisse romande. 2005-2010**

**Responsable** : Eliane Perrin (HEDS Genève et HUG)

**Partenaire de terrain** : Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive (PLANeS).  
**Responsable** : Danielle Wyss (Planning familial, DGO-UMSA, CHUV)

**Partenaires scientifiques** : Dr Francesco Bianchi-Demicheli, PD (Gynécologie et médecine de la reproduction, HUG), Prof. Margareta Baddeley (Faculté de Droit, Université de Genève), Dr Saïra-Christine Renteria (DGO-UMSA, CHUV), Prof. Dr David Stucki, PD (Gynécologie et obstétrique, Hôpital cantonal de Fribourg).

**Collaboratrices des Centres de Planning familial** : Aline Béguin, Claudia Coste, Dorette Fert, Manuelle Fracheboud, Nadia Hügli, Marianne Lievre-Bilgeri, Nicolette Nicole, Nadia Pasquier, Marie Perriard, Gilberte Voide-Crettenand, Danielle Wyss, Ursula Yersin.

**Equipe de recherche** : Martine Amstalden, Marianne Berthoud, Béatrice Cordonier, Anne Dupanloup, David Perrenoud (HEDS Genève), Andreina D'Onofrio (HES-Arc et CHUV), Murielle Pott (HEVS et HECV), Nadia Pasquier (Profa Lausanne), Patricia Dumont (HUG), Giselle Toledo Vera (Institut universitaire de Médecine légale et Faculté de Droit, Université de Genève).

**Financement** : Fonds DORE, FNS (No 13DPD3-108465); Fonds stratégiques de la HES-SO (No SAGE-X 20336) et PLANeS.

---

<sup>1</sup> "Professionnels" s'entend au masculin et au féminin.

## Introduction

En juin 2002, le peuple suisse a accepté à une majorité de 72% les nouvelles dispositions du Code Pénal (Art. 119-120) dépenalisant l'interruption de grossesse. Les principaux changements sont :

- La dépenalisation de l'interruption de grossesse jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée
- La suppression du deuxième avis médical (avis conforme)
- La décision de faire une interruption de grossesse est prise par la femme
- Les femmes de moins de 16 ans doivent être adressées à un centre de consultation spécialisée
- Le parcours est simplifié

A la suite de ce vote, chaque canton devait élaborer un règlement d'application, fixant les modalités légales de mise en pratique par les hôpitaux publics, les cliniques, les permanences et les médecins privés. Puis les hôpitaux publics, qui avaient désormais l'obligation d'assurer l'accès des femmes à l'interruption de grossesse, devaient, si nécessaire modifier leurs pratiques en conformité avec le règlement d'application cantonal, comme les cliniques privées et les médecins exerçant en cabinet souhaitant pratiquer l'interruption de grossesse. Désormais les parcours des femmes demandant une interruption de grossesse jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée devaient être plus simples.

En 2004, à l'initiative de la Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive (PLANeS) et de chercheuses de la Haute Ecole de Santé Genève et des HUG, une équipe de recherche interdisciplinaire s'est constituée pour mener une étude qualitative comparant la mise en application de ces nouveaux articles du Code pénal en Suisse romande. Il s'agissait d'observer les écarts éventuels entre

1. les articles du Code pénal et les règlements d'application des six cantons romands
2. les parcours minimums remplissant les exigences légales et les parcours réels des femmes ayant eu une interruption de grossesse
3. les points de vue des professionnels de la santé (médecins gynécologues, infirmières, sages-femmes et conseillères en Planning familial, appelées conseillères en santé sexuelle et reproductive depuis 2009) et du social (assistantes sociales) et les points de vue des femmes ayant eu un parcours compliqué

Dans les années 2000, d'autres changements importants sont intervenus. La réorganisation générale des hôpitaux publics visant à diminuer les coûts et à prendre des mesures d'économie sous la pression d'un nouveau système de remboursement (Tarmed) et des révisions de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) a modifié considérablement la prise en charge des patients et les conditions de travail des soignants. L'introduction de la méthode d'interruption de grossesse médicamenteuse (RU486), autorisée par Swissmedic en 1999, vient s'ajouter à l'interruption de grossesse chirurgicale avec anesthésie totale et à l'interruption de grossesse chirurgicale avec anesthésie locale, très rarement pratiquée en Suisse romande. Cette nouvelle méthode a nécessité la mise en place de nouvelles procédures. Selon le protocole généralement accepté en Suisse, cette méthode permet d'interrompre une grossesse jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée sans intervention chirurgicale ni anesthésie (alors qu'elle est préconisée jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée par l'OMS). Ces changements (coûts et RU486) ont joué un rôle important dans notre étude et ont été pris en compte.

Après avoir reçu le soutien financier du FNS (Fonds DORE) et de la HES-SO (Fonds stratégique) et avoir obtenu l'autorisation des Commissions d'éthiques cantonales, l'étude a démarré en 2005. La récolte des données s'est terminée en 2008 et l'analyse de celles-ci en 2010. Un certain nombre de changements ont pu se produire entretemps.

Les méthodes de recherche ont été diverses : étude des textes juridiques pour l'analyse des écarts entre les articles du Code pénal et les règlements d'application ; passation d'un questionnaire anonyme et confidentiel auprès de femmes ayant eu une interruption de grossesse et analyses statistiques pour évaluer l'écart entre les parcours minimums remplissant les exigences légales et les parcours réels des femmes ; entretiens en profondeur anonymes et confidentiels avec les professionnels de la santé concernant les changements éventuels de leurs pratiques et leurs points de vue sur ceux-ci ; entretiens en profondeur anonymes et confidentiels avec les femmes ayant eu un parcours particulièrement compliqué ou problématique. Les entretiens en profondeur ont été analysés à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative (QSR NVivo 8).

Résumons les principaux résultats des trois volets de cette étude. Rappelons qu'il s'agit d'une étude qualitative. Les résultats expriment donc des tendances, parfois confirmées par les statistiques exhaustives sur l'interruption de grossesse de l'OFS en Suisse romande.

### **1. Etude comparative des règlements d'application des six cantons romands**

- Tous les hôpitaux publics ayant un service de gynécologie obstétrique et de chirurgie sont autorisés, voire tenus, de faire des IG (interruptions de grossesse) et en font.
- Certains cantons autorisent les médecins privés à pratiquer l'IG dans les hôpitaux autorisés (Valais par ex.).
- Jusqu'en 2008, un seul canton (Genève) autorisait les gynécologues privés à pratiquer l'IG en cabinet. Depuis 2008, un deuxième canton (Vaud) l'autorise.
- Dans les hôpitaux publics, l'IG est pratiquée *sous la responsabilité directe* d'un médecin titulaire d'un FMH. Dans les cabinets privés, elle est pratiquée *par* un médecin titulaire d'un FMH.
- Les Centres de Planning familial ont été désignés comme étant les centres de consultation spécialisée auxquels les mineures de moins de 16 ans doivent être adressées dans tous les cantons romands sauf Genève.
- L'invocation de la *clause de conscience*, c'est-à-dire le "droit d'un médecin à ne pas agir contre son sens moral" (dédit de la liberté de conscience et de croyance figurant à l'art. 15 de la Constitution), par des médecins pour refuser d'effectuer une IG constitue un des problèmes rendant la mise en application des nouveaux articles du Code pénal parfois difficile.

### **2. Parcours minimums remplissant les exigences légales et parcours réels des femmes ayant eu une interruption de grossesse**

Le recrutement des femmes ayant eu une IG a été réalisé par les conseillères en Planning familial des six cantons romands, ce qui peut avoir introduit un biais difficile à évaluer. Quatre à six semaines après IG, 281 femmes ont accepté de répondre à un questionnaire d'une durée de 30 à 45 minutes, rempli par une conseillère en Planning familial ou par une chercheuse. Ces données ont été récoltées en 2006 et 2007.

La majorité des femmes (89%) ayant répondu au questionnaire avait 18 ans et plus, était célibataire (71%) sans enfant (66%). La moitié (52%) avait une profession et un tiers (36%) était en formation. Une moitié était sans revenu (47%). L'autre moitié était salariée (46%), soit à temps partiel (23%) soit à temps complet (23%). Plus de la moitié avait la nationalité suisse (59%).

Les parcours ont été définis par deux données quantifiables : 1) le nombre de jours d'attente entre la décision personnelle des femmes et l'IG et 2) le nombre de rendez-vous auxquels elles se sont rendues

avant et après l'IG. En plus des questions sur leur parcours, le questionnaire comprenait des questions concernant 3) la décision et l'information des femmes, 4) leur point de vue subjectif sur leur parcours et 5) les coûts de l'IG.

Ces données ont fait l'objet de multiples analyses statistiques : elles ont été croisées avec des variables telles que les catégories socioéconomiques des femmes, leur nationalité, suisse ou étrangère, leur âge, sans que ces croisements ne se révèlent significatifs. Seule la taille des institutions de soin où ont été réalisées les IG s'est avérée être une variable pertinente et parfois significative. Cette variable distingue les grands hôpitaux universitaires, les hôpitaux non universitaires de taille moyenne et les médecins exerçant en cabinet privé. Voici les principaux résultats concernant :

- 1) le nombre de jours d'attente entre la décision personnelle des femmes et l'IG
  - Les parcours minimums remplissant les exigences légales se situent entre 1 et 2 jours d'attente pour les femmes majeures et entre 3 et 4 jours d'attente pour les femmes de moins de 16 ans, selon la méthode d'IG utilisée, chirurgicale ou médicamenteuse.
  - La durée d'attente réelle a varié entre 1 et 49 jours. Elle a été en moyenne de 12 jours.
  - Dans un délai court de 1 à 7 jours, trois quarts (73%) des femmes consultant un médecin privé ont pu effectuer leur IG contre la moitié (53%) des femmes consultant dans un hôpital non universitaire de taille moyenne et un quart (25%) des femmes consultant dans un grand hôpital universitaire.
  
- 2) le nombre de rendez-vous auxquels les femmes se sont rendues avant l'IG
  - Les parcours minimums remplissant les exigences légales se situent entre 2 et 4 rendez-vous avant l'IG pour les femmes majeures et entre 3 et 5 rendez-vous pour les femmes de moins de 16 ans, selon la méthode d'IG utilisée, chirurgicale ou médicamenteuse.
  - Le nombre de rendez-vous réels avant l'IG a varié entre 1 et 8. La moyenne est de 3 rendez-vous.
  - Les femmes ayant consulté un médecin privé ont été 52% à se rendre à 1 à 2 rendez-vous avant l'IG contre 43% ayant consulté dans un hôpital non universitaire de taille moyenne et 38% ayant consulté dans un grand hôpital universitaire.
  - 60% des rendez-vous avant et après IG sont des rendez-vous avec du personnel médical (médecins, infirmières, sages-femmes) et 40% avec du personnel non médical (conseillères en Planning familial, assistantes sociales, etc.).
  
- 3) la décision et l'information des femmes
  - Deux tiers des femmes (67%) ont décidé seule de faire une IG.
  - Trois quarts (73%) se sont senties libres de consulter les professionnels de leur choix et de leur poser toutes les questions qu'elles souhaitaient (93%).
  - La majorité des femmes (84%) se souvient d'avoir signé un ou plusieurs documents, souvent considérés comme une formalité (57%).
  - Un tiers des femmes (35%) considère que les documents d'information écrits sont utiles.
  
- 4) le point de vue subjectif des femmes sur leur parcours
  - La majorité des femmes (87%) a considéré que les démarches pour obtenir une IG avaient été simples, voire très simples.
  - 43% des femmes ont trouvé le temps d'attente avant l'IG long contre 34% qui l'ont trouvé adéquat et 19% court.

- Celles qui ont trouvé le temps d'attente long ont dû patienter en moyenne 13 jours, celles qui l'ont trouvé adéquat 11 jours et celles qui l'ont trouvé court 9 jours.

#### 5) les coûts de l'IG

Contrairement aux questions précédentes auxquelles la quasi totalité des femmes ont répondu (N=281), un tiers des femmes seulement (N=97, 35%) a répondu à cette question. Les résultats qui suivent sont calculés sur la base de 97=100%.

- Le coût d'une IG varie entre 400 et 3500 CHF. Le coût moyen est de 1360 CHF.
- Le coût moyen d'une IG chez un médecin privé varie entre 400 et 1270 CHF (moyenne : 620 CHF)
- Le coût moyen d'une IG dans un hôpital non universitaire de taille moyenne varie entre 592 et 2550 CHF (moyenne : 1247 CHF)
- Le coût moyen d'une IG dans un hôpital universitaire varie entre 693 et 3500 CHF (moyenne : 1529 CHF)

Un des facteurs influençant les coûts est l'accès à la méthode d'IG médicamenteuse, moins chère que l'IG chirurgicale. Cet accès dépend de la rapidité de la prise en charge des femmes, puisque l'IG médicamenteuse n'est autorisée que jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. A certaines périodes de l'année, la surcharge des hôpitaux est telle qu'il est impossible d'obtenir un rendez-vous rapidement. Lorsque ce délai est dépassé, les femmes n'ont plus de choix. Elles doivent faire une IG chirurgicale.

- Le coût moyen d'une IG médicamenteuse réussie (taux de succès : 95%) est de 1076 CHF
- Le coût moyen d'une IG chirurgicale avec anesthésie totale est de 1490 CHF
- Le coût moyen d'une IG médicamenteuse qui échoue (taux d'échec : 5%), suivie d'une IG chirurgicale avec anesthésie totale est de 2312 CHF

L'IG est remboursée par les caisses maladie. 9% des femmes n'étaient pas assurées et ont payé de leur poche. Quelques unes ont eu accès à des fonds privés (5 sur 24). Mais la plupart des femmes ayant fait une IG étant jeunes et en bonne santé, elles avaient une franchise élevée (1500 CHF) et ont payé de leur poche.

### 3. Points de vue des professionnels de la santé et du social et points de vue des femmes ayant eu un parcours compliqué

Deux études qualitatives par entretiens en profondeur, anonymes et confidentiels, ont été menées par des chercheuses, l'une auprès des professionnels de la santé, l'autre auprès des femmes ayant eu un parcours compliqué ou problématique.

#### Points de vue des professionnels de la santé et du social

La première étude s'est intéressée aux points de vue des gynécologues, médecins assistants, infirmières, sages-femmes des hôpitaux publics, médecins exerçant en privé, médecins et conseillères des Centres de Planning familial ayant travaillé dans des services faisant des IG avant et après 2002. Ces entretiens ont duré de 45 minutes à 1h30. Ils ont eu lieu en 2005, 2006 et 2007 dans 11 hôpitaux et 19 lieux géographiques différents. 77 professionnels ont accepté de nous répondre : une moitié était des infirmières et des sages-femmes (46%) ; un tiers, des médecins (32%) ; et un cinquième des conseillères en Planning familial (20%). Deux tiers (67%) travaillaient dans des hôpitaux non universitaires de taille moyenne, un tiers dans des hôpitaux universitaires (30%) et une minorité en privé (3%). La majorité était des femmes (79%). Tous les hommes étaient médecins (21%). Ces 77

professionnels avaient entre 32 et 71 ans (moyenne : 48 ans). Deux tiers étaient mariés (66%). La majorité avait des enfants (79%) et avaient la nationalité suisse (77%).

Ces 77 entretiens ont été entièrement dactylographiés puis analysés à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative (QSR NVivo 8). Quels sont leurs points de vue sur l'IG et sur les changements intervenus après la dépénalisation de l'IG en 2002 ?

- Une majorité des professionnels de la santé (87%) tient un discours ambigu, à la fois sur l'IG et sur leurs pratiques.
- Ces points de vue nuancés, voire ambigus, traversent toutes les catégories professionnelles. Il n'y a pas de points de vue propres aux médecins, aux infirmières, aux sages-femmes ou aux conseillères en Planning familial. C'est pourquoi nous parlons le plus souvent des professionnels de la santé sans distinction.
- Le seul changement salué par la quasi-unanimité des professionnels est la suppression de l'avis conforme. Au delà, les discours sont multiples et divergents.
- Si tous les professionnels considèrent que la décision de faire une IG est une décision difficile à prendre pour les femmes, ils divergent sur la manière de la rendre la moins douloureuse possible.
- Pour certains professionnels, la suppression de l'avis conforme a laissé un vide dangereux pour les femmes qu'il est important de combler. Il faut leur donner un temps de réflexion pour que « ça n'aille pas trop vite », pour éviter les risques de banalisation de l'IG et les risques de voir culpabilité, regrets ou traumatismes ressurgir plus tard. Pour ceux-ci, l'ambivalence est la norme et un accompagnement psychologique est indispensable.
- Pour d'autres professionnels, la simplification des parcours est bénéfique pour les femmes. Les procédures sont claires. Tout peut aller plus vite. Elles n'ont plus besoin de se justifier. Elles sont décidées et il est important de les recevoir rapidement. La rapidité de leur prise en charge diminue leur stress. C'est l'attente et l'incertitude qui les rendent malades et contribuent à les traumatiser.
- Les représentations qu'ont les professionnels des femmes demandant une IG se déploient sur un large éventail. A une extrémité, elles sont perçues comme responsables, capables de prendre et d'assumer cette décision. A l'autre extrémité, elles apparaissent immatures et irresponsables, oubliant leur pilule et confondant parfois avortement et contraception. Pour certains, le fait que la décision leur incombe a rendu leur situation plus difficile que lorsque des médecins décidaient pour elles.
- Les points de vue des professionnels sur les femmes de moins de 16 ans et celles de moins de 18 ans, souvent confondues sous les termes d'adolescentes, de mineures ou de « très jeunes », divergent également. Les questions centrales autour desquelles ces points de vue s'expriment sont celles de la responsabilité civile du corps médical en cas de complications graves sur une mineure dont les parents ne sont pas au courant et celle des capacités de discernement de ces jeunes femmes. La question des capacités de discernement des mineures justifie parfois qu'elles soient examinées par un psychiatre ou un pédopsychiatre. Il est important de s'assurer que ces jeunes femmes n'ont pas été victimes de violence, de viol, d'inceste et d'abus sexuels de toutes sortes. Pour certains professionnels, il faut juger au cas par cas, selon leur situation et leur maturité, quel que soit leur âge. Pour d'autres, elles sont parfaitement capables de décider et ont droit à la confidentialité comme les patientes adultes.
- Les deux méthodes d'IG sont l'objet de représentations diverses de la part des professionnels. Certaines représentations renvoient à des différences de mentalités des femmes selon leurs provenances géographiques. Les unes préfèrent être actrices et conscientes les autres non. Les premières choisiront l'IG médicamenteuse, les secondes, l'IG chirurgicale avec anesthésie totale. D'autres représentations se fondent sur des critères médicaux et sont plus favorables à

l'IG médicamenteuse, permettant d'éviter les risques d'une IG chirurgicale (infection, perforation, narcose). Elle permet d'éviter l'hospitalisation.

- Une partie des professionnels est opposée à ce que la méthode médicamenteuse soit proposée aux mineures de moins de 16 ou 18 ans si leurs parents ne sont pas au courant, et ce, pour des raisons légales, de sécurité et de coûts (en cas d'échec, le coût augmente fortement et elles paient de leur poche pour garantir la confidentialité). Ces derniers arguments (sécurité et coûts) sont repris par certains professionnels pour exclure de l'accès à cette méthode les migrantes, les clandestines et les femmes ne comprenant pas bien le français.
  - Partant du principe qu'il vaut mieux prendre le temps de réfléchir, certains professionnels adoptent la même attitude à l'égard de toute femme majeure donnant des signes d'ambivalence et excluent le recours à l'IG médicamenteuse.
  - Quelques professionnels souhaitent qu'une troisième méthode d'IG, l'IG chirurgicale avec anesthésie locale, soit aussi proposée aux femmes dans les hôpitaux publics.
  - Depuis 2002, ce ne sont plus les médecins qui décident d'accorder l'IG aux femmes qui la demande, ce sont les femmes. Que pensent les médecins et les autres soignants de ce changement dans les rapports de pouvoir ? Certains n'y voient aucun changement, ayant toujours accédé aux demandes des femmes. D'autres sont soulagés de ne plus avoir à s'immiscer dans la vie privée des patientes. D'autres encore se réjouissent au nom des enfants non désirés, risquant d'être maltraités. D'autres s'insurgent contre l'instauration d'une médecine « de supermarché » dans laquelle ils ne seraient plus que des exécutants. Sans remettre en question le droit des femmes à décider d'une IG, au nom de l'ambivalence normale des femmes demandant une IG, ils considèrent qu'il est de leur devoir de remettre en question leur décision pendant quelques jours, voire quelques semaines, pour s'assurer de son bien-fondé.
  - La possibilité d'invoquer la clause de conscience autorisant médecins et soignants à refuser d'agir contre leur sens moral renvoie à la fois aux questions d'éthique soulevées par l'avortement et à l'obligation faite aux hôpitaux publics d'en assurer l'accès aux femmes. Cette double contrainte, - respecter la clause de conscience tout en assurant l'accès à l'IG -, pose problème à certains professionnels. Les questions et leurs solutions pratiques sont diverses selon les positions qu'ils occupent dans la hiérarchie hospitalière, médecins chefs de service ou médecins assistants. Faire des IG est considéré par certains professionnels comme un travail dévalorisé, dévalorisant, pénible, un « sale » boulot.
- Des positions éthiques diverses se retrouvent également dans les positions des professionnels concernant le remboursement par les caisses maladie des coûts de l'IG. Certains professionnels s'en réjouissent et considèrent que la contraception devrait être aussi remboursée. Alors que d'autres pensent qu'il serait plus pédagogique et responsabilisant que les femmes paient de leur poche, surtout s'il s'agit de femmes considérant l'IG comme une méthode contraceptive et faisant des IG répétées.

### **Points de vue des femmes ayant eu un parcours compliqué**

La seconde étude s'est intéressée aux femmes ayant répondu au questionnaire dont le parcours s'est avéré particulièrement compliqué ou problématique. Pour comprendre quels avaient été les obstacles ou les problèmes rencontrés, nous leur avons proposé de nous accorder un entretien en profondeur anonyme et confidentiel d'une durée de 45 minutes à 1h30, mené par une chercheuse. Le recrutement a été difficile. 19 femmes ont accepté. Ces entretiens ont eu lieu en 2006 et 2007. Ils ont été entièrement dactylographiés puis analysés à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative (QSR NVivo 8). Ils ont été réalisés dans 3 des 6 cantons romands (12 dans le canton de Genève, 6 dans le canton de Vaud et 1 dans celui de Neuchâtel). Les résultats qui suivent concernent donc essentiellement les cantons de Genève et de Vaud.

Les 19 femmes nous ayant accordé un entretien ont entre 18 et 34 ans. 14 sont célibataires. 14 n'ont pas d'enfant. 8 vivent en couple, 6 vivent seules, 3 en collocation et 2 chez leurs parents. 8 ont un diplôme d'études supérieures, 6 un diplôme d'études secondaires et 5 ont terminé l'école obligatoire. 8 sont en formation, 4 sont employées, 3 exercent des professions non qualifiées, 1 est ouvrière, 1 exerce une profession intermédiaire, 1 est cadre et 1 exerce une profession libérale. 14 travaillent : 6 sont salariées à plein temps, 8 à temps partiel. 5 sont sans revenu. 10 ont la nationalité suisse.

La majorité a effectué une IG dans un hôpital public (N=16). Une minorité s'est adressée à un cabinet privé ou à une permanence médicale (N=3). La majorité a choisi la méthode médicamenteuse (N=12), dont 2 ont échoué et ont été suivies d'une IG chirurgicale avec anesthésie totale. Les autres ont eu une IG chirurgicale avec anesthésie totale (N=6) ou avec anesthésie locale (N=1). Pour deux tiers d'entre elles, il s'agissait de leur première IG (N=12). Un tiers avait effectué une ou deux IG précédemment (N=6). Les coûts de l'IG ont varié entre 500 CHF et 3500 CHF. La majorité avait une assurance (N=14).

Enfin, une moitié d'entre elles a considéré les démarches pour obtenir une IG comme compliquées, voire très compliquées (N=10). L'autre moitié, les considérant comme simples, voire très simples (N=9), a eu un parcours pénible pour d'autres raisons que les démarches au sens strict.

Le postulat de départ de cette étude qualitative était que si un problème se présentait pour une femme, il pouvait avoir existé pour d'autres par le passé et se reproduire à l'avenir, sans qu'il soit possible d'en évaluer la fréquence. Quels sont les principaux problèmes évoqués dans ces 19 témoignages ?

Le problème financier, plus aigu pour les femmes de nationalité étrangère, les étudiantes et les femmes en situation précaire que pour les femmes de nationalité suisse qui travaillent et ont des revenus, est préoccupant. En effet, les femmes de nationalité étrangère, en situation précaire et les étudiantes se voient demander de payer une somme cash lors de leur premier rendez-vous pour des raisons diverses : assurances maladie à l'étranger, absence d'assurance maladie ou assurances maladie non reconnues (assurances pour étudiants). Ce problème est soulevé par 14 d'entre elles.

Un suivi médical peu satisfaisant concernant les urgences de l'hôpital ou la maternité, parfois accompagné de propos désobligeants ou déplacés est un problème évoqué par 13 d'entre elles.

L'attente a été difficile à supporter, une fois la décision d'IG prise. Qu'elle soit située avant le premier rendez-vous et/ou entre celui-ci et l'IG, ponctuée de rendez-vous ou non n'y change rien pour ces femmes. Certains rendez-vous ont été considérés comme inutiles. Ce type de problème est rapporté par 12 femmes.

Aucune liste des services et des gynécologues effectuant des IG n'étant facilement accessible, des difficultés à trouver l'hôpital et le service auquel s'adresser ont été rapportées par certaines d'entre elles. Des problèmes rencontrés à l'accueil proprement dit, téléphonique ou sur place, (informations inexacts ou exacts mais discriminants comme l'impossibilité de faire une IG médicamenteuse pour les étrangères, par ex.) ont irrité quelques femmes.

Quelques femmes ont été particulièrement sensibles aux conditions matérielles de leur hospitalisation pour effectuer une IG médicamenteuse (mise à disposition d'un fauteuil et non d'un lit, accès difficile aux toilettes).

Les femmes les plus mécontentes conseilleraient à une amie de faire une IG chez un gynécologue privé ou dans une clinique privée, considérées comme probablement moins chères, plus rapides et plus confortables.

#### 4. Conclusions

Notre recherche a commencé en 2005, soit deux ans et demi après la votation populaire de juin 2002. La phase d'adaptation juridique cantonale (édicter des règlements d'application) et de mise en place pratique (obligation pour les hôpitaux publics de faire des IG) des nouveaux articles du Code pénal était terminée. La période d'introduction de la méthode d'IG médicamenteuse, autorisée en 1999, l'était aussi. On constatait déjà que ces changements avaient eu des effets plus importants dans les cantons précédemment considérés comme « restrictifs » que dans ceux qui étaient considérés comme « libéraux » et que les femmes avaient accès à l'IG dans tous les hôpitaux publics de Suisse romande (ou dans au moins un hôpital par canton, lorsqu'ils étaient organisés en réseau). On constatait également que ces changements n'avaient pas provoqué une augmentation des IG mais que leur nombre était resté stable, voire en baisse. Le bilan d'ensemble était très positif.

Sur la base de ces constats, les objectifs de notre recherche visaient à analyser plus finement un certain nombre d'écarts entre des intentions politiques, juridiques, sociales et économiques et leur mise en pratique dans la réalité, nous référant sur le plan théorique à un modèle webérien. Les résultats des trois volets de notre recherche ont montré qu'ils existaient, ce qui n'est pas surprenant. En revanche, ce qui fait tout l'intérêt de ces résultats est la description précise de ces écarts. Ecart entre les cantons romands, entre institutions de soins (hôpitaux universitaires, autres hôpitaux publics, cabinets médicaux privés) qui correspondent à des inégalités de traitement.

Certaines de ces inégalités de traitement renvoient au domaine juridique fédéral comme le flou régnant entre les concepts de majorité sexuelle (16 ans) et majorité civile (18 ans). D'autres inégalités de traitement sont du ressort des cantons et renvoient aux règlements d'application comme la désignation des centres de consultation spécialisés pour mineures de moins de 16 ans (Centres de Planning familial ou psychiatres) ou la délivrance d'autorisations de faire des IG au secteur privé (hôpitaux, cliniques, permanences et médecins privés).

D'autres inégalités de traitement sont du ressort des institutions de soins. La taille (grands hôpitaux ou plus petits) et le statut (universitaire ou non, public ou privé) de ces institutions ainsi que leurs « cultures d'entreprise » (considérer l'IG comme une urgence ou non, politique plus ou moins favorable à l'IG médicamenteuse ou non) jouent un rôle considérable sur les parcours des femmes, augmentant ou diminuant les délais d'attente, le nombre de rendez-vous et les coûts de l'IG. Le constat de l'OFS selon lequel la région lémanique est la seule région de Suisse où l'on note un recours plus fréquent à la méthode chirurgicale confirme qu'il existe des différences de « cultures d'entreprise ». En ce qui concerne les coûts de l'IG, on peut se demander si l'introduction d'une facturation de type DRG (Diagnosis Related Groups ou GHM, groupe homogène de malades) dès le 1er janvier 2012, aura pour conséquence une diminution des écarts de coût. En outre, on peut craindre que la diminution du coût de l'IG provoque une dévalorisation encore plus importante de cet acte médical, déjà peu prestigieux, avec comme conséquence, une diminution de l'offre et de la qualité des soins.

Enfin les écarts de points de vue des professionnels de la santé entre eux montrent qu'ils constituent des acteurs très importants dans les inégalités de traitement des femmes demandant une IG. A cet égard, il est important de continuer les réflexions intra et interprofessionnelles sur le statut de l'IG dans les services, sur son sens pour les professionnels, les femmes et les couples, sur les représentations qu'ils se font des femmes recourant à cet acte médical, sur les trois méthodes d'IG et les préjugés dont elles font l'objet et sur la question de la clause de conscience. Les écarts de points de vue entre les professionnels et les femmes ayant eu une interruption de grossesse méritent également d'être discutés.

Eliane Perrin, mai 2010