

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 100 (2002)

Heft: 4

Artikel: Vie sexuelle, devenir du couple et contraception après IVG

Autor: Perrin, Eliane / Bianchi-Demicheli, Francesco

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951451>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.06.2025

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

EDITORIAL

Les votations se suivent sans se ressembler. Après avoir dit oui à l'ONU, nous allons devoir nous prononcer sur le problème de

l'interruption de grossesse au début du mois de juin prochain.

Au fond, on ne nous demande que de reconnaître officiellement une pratique dite «libérale» qui existe

depuis longtemps dans la plupart des cantons suisses.

Le Comité Central de la Fédération des sages-femmes suisses, après une discussion nourrie, a décidé d'adhérer au comité de soutien au régime du délai (voir en page 16). Voilà qui ne va pas plaire à tout le monde! Le Comité est bien conscient que cette décision ne représente pas l'opinion de tous nos membres. Cependant, par conviction profonde du bien-fondé de cette démarche, il s'est décidé à l'entreprendre.

Entre l'interdiction pure et simple, quelles que soient les circonstances de la grossesse (viol...) que demande le Comité «oui à la vie», au travers de son initiative, et la proposition du Parlement (IVG autorisée dans les 12 premières semaines de grossesse), auquel même les Démocrates chrétiens peuvent adhérer, il faut bien faire un choix. La situation hypocrite qui existe actuellement ne peut perdurer au XXI^{ème} siècle.

Le choix du Comité central est courageux. Espérons que le peuple suisse le sera aussi!



Fabienne Gogniat Loos

Étude prospective

Vie sexuelle, dev et contraception

Quelles conséquences l'IVG a-t-elle sur la vie sexuelle et l'équilibre psychologique des femmes et de leur partenaire? Pour répondre à cette question, des chercheurs genevois ont mené une étude dont les résultats bousculent un peu nos idées reçues.

Eliane Perrin¹, Francesco Bianchi-Demicheli²

LE DÉBAT autour de la légalisation de l'avortement en Suisse remonte à plus de 100 ans. En 1893, un avant-projet de loi interdit l'interruption volontaire de grossesse, à moins d'un danger vital pour la mère. Après des années de discussions et de modifications, un nouveau Code pénal est adopté par le peuple en 1938 et entre en vigueur en 1942. Les articles 118 à 121 interdisent l'IVG, à moins que la santé de la mère soit en danger.

L'interprétation de la loi variera selon les cantons. S'appuyant sur la définition de l'OMS de la santé comme «un état de bien-être physique, mental et social» (1948), certains cantons adopteront dès les années 60 une attitude plus libérale que d'autres. Des tribunaux prononceront des condamnations pour avortement jusqu'en 1988 dans certains cantons. Depuis les années 70, plusieurs initiatives pour légaliser l'avortement (1971, 1977) ou pour l'interdire (1985) sont rejetées par votations populaires. En 1993, une initiative parlementaire, reprenant l'idée de la «solution du délai» de l'initiative populaire rejetée en 1977, est déposée par une députée socialiste. Elle propose que l'avortement soit autorisé durant les 14 semaines qui suivent la date des dernières règles. En mars 2001, après 8 ans de discussions, de renvois en commission etc., les parlemen-

taires ont accepté une nouvelle loi, légalisant l'avortement – durant les 12 semaines qui suivent la date des dernières règles – demandé par la femme qui se sent en état de détresse. L'avortement doit avoir lieu sous contrôle médical. Les adversaires de l'avortement ont lancé un référendum contre cette loi sur laquelle le peuple devra se prononcer en juin.

Actuellement, la Suisse comme la Belgique, la Hollande et l'Allemagne ont des taux d'avortement parmi les plus bas du monde, en dessous de 10 pour 1000 femmes en âge de reproduction (Alan Guttmacher Institute, AGI, 1999). En Suisse, selon la dernière estimation précise, il était de 7,75 pour 1000 femmes entre 15 et 44 ans. Dans tous les autres pays d'Europe ainsi qu'aux USA et au Canada, le taux d'avortement est situé entre 10 et 23 pour 1000 femmes.

Etude réalisée à Genève (1997–2000)

L'originalité et la difficulté de cette étude tiennent à son caractère prospectif. Elle visait à évaluer les conséquences de l'IVG sur la vie sexuelle, sur l'équilibre psychologique des femmes et de leur partenaire et leur contraception avant IVG et 6 mois plus tard. Les femmes, une fois ce moment pénible passé, n'ont guère envie d'en reparler. C'est probablement la raison pour laquelle il existe peu d'études sur la sexualité après IVG³.

Nos hypothèses étaient que le domaine de la sexualité de femmes pourrait être particulièrement touché par une IVG par aspiration et curetage sous anesthésie générale telles qu'elles étaient effectuées à la

¹ Eliane Perrin est docteur en sociologie, chargée de recherche à la Division de Psychiatrie de Liaison, des HUG et à l'Ecole du Bon Secours à Genève.

² Le Dr Francesco Bianchi-Demicheli est chef de clinique à la Policlinique d'Obstétrique, de Gynécologie, de Stérilité et d'Endocrinologie gynécologique, Département de Gynécologie et d'Obstétrique des HUG.

venir du couple après IVG



La plupart des demandes d'IVG font suite à un échec de contraception.

Dessin Brochure «Planning familial: des solutions», 1996.

Maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) durant la période de l'étude; que la vie du couple pourrait en être affectée et que les pratiques contraceptives seraient modifiées. Les principaux objectifs de l'étude étaient l'amélioration de la prise en charge des patientes et la prévention de l'avortement (promotion de la contraception).

Cette étude est le fruit d'un travail interdisciplinaire et d'une collaboration entre quatre institutions genevoises: le Département de Gynécologie et d'Obstétrique⁴ (HUG), la Psychiatrie de Liaison⁵ (HUG), le Planning Familial⁶ (Département de l'Action Sanitaire et Sociale) et l'Ecole de Soins Infirmiers et de Sages-Femmes Le Bon Secours. Elle a reçu le soutien financier du Fonds Chalumeau. Cet article résume les principaux résultats de notre étude⁷.

Méthodes

Notre objectif était de recueillir des données auprès d'un échantillon de 100 femmes. Nous avons ainsi interviewé 150 femmes avant IVG de manière à être certain d'en retrouver au moins 100 six mois plus tard. La participation à cette étude a été proposée à toutes les femmes se présentant à la Maternité des HUG ou au Plan-

ning familial pour une demande d'IVG et qui étaient enceintes de 12 semaines au maximum, domiciliées à Genève et s'exprimaient suffisamment dans une des six langues maîtrisées par les interviewers. Les femmes demandant une stérilisation ont été exclues.

Les interviews ont été conduites à l'aide de questionnaires semi-structurés (majorité de questions fermées détaillées et quelques questions ouvertes).

La structure du premier questionnaire était la suivante: la première partie concernait la situation socio-économique des femmes; la deuxième partie investiguait leurs relations à la contraception passées, présentes et à venir, les raisons de leur demande d'IVG et leurs relations avec leur entourage concernant cette décision; la troisième partie abordait leur vie sexuelle et de couple. Les relations de couple ont été évaluées avec un test («Locke Wallace Marital Adjustment Scale» validé en français, adapté pour les couples non mariés).

La structure du deuxième questionnaire était identique à celle du premier pour repérer les changements. Les questions portaient sur la situation socio-économique, les pratiques contraceptives après IVG, les modifications de la vie sexuelle et de couple. Il comprenait une quatrième

partie sur les troubles psychosomatiques éventuels consécutifs à l'IVG, troubles généralement utilisés comme indicateurs de la dépression et un test évaluant l'existence d'un traumatisme éventuel («Impact of Event Scale» d'Horowitz validé en français).

Les données ont fait l'objet d'analyses statistiques classiques. Vu la taille de l'échantillon (103) et la diversité des situations concrètes des femmes, cet article présente des tendances.

Description du groupe de femmes étudié

La première phase d'interviews avant IVG a duré 6 mois. Durant cette période,

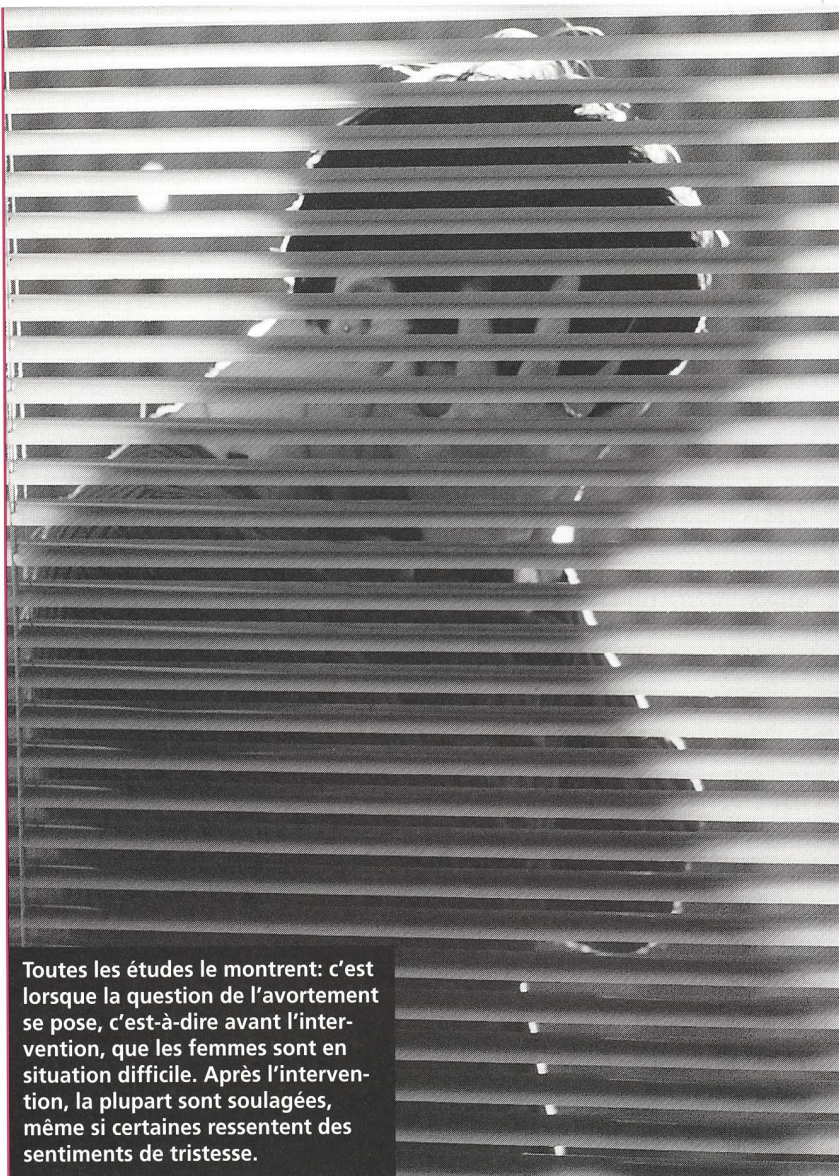
³ Une méta-analyse ne retient que quatre études sur ce thème: Bianchi-Demicheli F., Kulier R., Perrin E., Campana A.: «Induced abortion and psychosexuality» J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2000; 21: 213-217.

⁴ Ont collaboré à cette étude: Dr F. Lüdicke, Dr P. G. Bianchi et le Prof. A. Campana.

⁵ Ont collaboré à cette étude: P. Dumont, Dr D. Chatton, Prof. M. Archinard.

⁶ Ont collaboré à cette étude: M^{me} D. Fert et les conseillères de son service.

⁷ Pour des résultats plus détaillés, se référer à: Bianchi-Demicheli F., Perrin E., Lüdicke F., Bianchi P. G., Fert D., Bonvallat F., Chatton D., Campana A.: «Sexuality, partner relations and contraceptive practice after termination of pregnancy» J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2001; 22: 83-90.



Toutes les études le montrent: c'est lorsque la question de l'avortement se pose, c'est-à-dire avant l'intervention, que les femmes sont en situation difficile. Après l'intervention, la plupart sont soulagées, même si certaines ressentent des sentiments de tristesse.

244 femmes ont subi une IVG. Le taux de réponse à la première interview est de 61%. Les interviews ont été réalisées une à trois semaines avant l'intervention.

Six mois plus tard, 103 femmes ont répondu à la deuxième interview. La grande différence entre le groupe étudié et les 244 femmes ayant subi une IVG durant la même période est leur nationalité; parmi les 244 femmes ayant subi une IVG, un tiers étaient de nationalité suisse et deux tiers de nationalité étrangère. Parmi les 103 femmes participant à l'étude, la moitié étaient suisses et l'autre moitié, étrangères. Les Suissesses sont donc sur-représentées dans le groupe investigué.

Ce groupe de 103 femmes présente les caractéristiques suivantes: la majorité ont entre 20 et 40 ans, 8 ont moins de 20 ans et 4 ont 40 ans et plus; 67 étaient célibataires, 25 mariées et 11 divorcées ou séparées. Mais 90 vivaient avec un partenaire. 5 avaient plusieurs partenaires. Deux tiers

n'ont pas d'enfant, un tiers (36) en ont un ou plusieurs. Une moitié sont actives et gagnent leur vie (56), 28 sont étudiantes, une minorité a des ressources diverses (11) ou est au chômage (8). Près de la moitié sont catholiques (48); un cinquième sont protestantes (20); un cinquième ne se réclament d'aucune religion (20); les autres (15) se répartissent dans diverses religions (musulmane, orthodoxe etc.). L'âge de leur grossesse était situé entre 4 et 12 semaines (moyenne: 7 semaines).

Résultats

Les femmes ont souvent évoqué plusieurs raisons à leur demande d'IVG. Les raisons principales sont liées au partenaire, qui ne veut pas ou plus d'enfant ou qui a rompu (30), à l'existence de problèmes sociaux et financiers (22) ou à la volonté de terminer une formation professionnelle (18). Certaines femmes s'esti-

ment trop jeunes ou trop âgées pour avoir un enfant (16). D'autres évoquent des raisons de santé physique ou psychologiques (11). Les raisons culturelles ou religieuses (4) ou juridiques (1) sont plus rares.

Un tiers des femmes parlent de ce qui leur arrive à une ou un ami (35), à leur partenaire ou à leur mari (31). Un cinquième en parlent à un membre de leur famille (20) et 17 femmes ne parlent de leur grossesse à personne en dehors des médecins, des infirmières et des conseillères du Planning.

Depuis le début de leur vie sexuelle, la quasi-totalité des femmes (101) a déjà utilisé un ou plusieurs des moyens contraceptifs généralement conseillés (pilule, minipilule, Depo-Provera, préservatif, stérilet). Cependant, un tiers des femmes (33) ont déjà subi une IVG ou plus. Les méthodes hormonales sont les plus souvent citées (66), suivies du préservatif (26). Deux femmes n'ont jamais utilisé de contraception.

Dans la période précédant immédiatement cette IVG, plus de la moitié des femmes (58) ont utilisé un moyen contraceptif, le préservatif (38) ou la pilule (20). Elles considèrent cette grossesse non désirée comme un échec de la contraception. Un tiers (32) n'utilisaient aucun moyen contraceptif. Les autres recouraient à l'abstention périodique, au coït interrompu ou aux crèmes spermicides (13).

À la question «Quelle contraception envisagez-vous après cette IVG?», 85 femmes disaient avoir l'intention de se protéger en utilisant l'un des moyens contraceptifs conseillés. Parmi les 18 autres, 11 souhaitaient réfléchir, 6 refusaient d'utiliser un contraceptif et une femme avait l'intention de continuer à pratiquer l'abstention périodique.

Six mois plus tard, à la question «Utilisez-vous un moyen contraceptif? Si oui lequel?», 85 femmes se protégeaient de la grossesse avec un moyen conseillé et 1 pratiquait l'abstention périodique. 16 femmes n'utilisaient aucun moyen contraceptif mais 10 n'avaient pas repris de vie sexuelle.

Une analyse fine comparant le moyen contraceptif utilisé avant l'IVG et après par chacune des 103 femmes fait apparaître un phénomène important: la grande majorité change de moyen contraceptif après IVG

le, devenir du couple contraception après IVG

(82 femmes). Si l'on ne prend en considération que celles qui utilisaient un moyen contraceptif conseillé (pilule, préservatif et les deux, $n = 49$), 33 changent de moyen après, soit deux femmes sur trois. L'IVG semble donc ouvrir une crise de doutes concernant les moyens contraceptifs utilisés précédemment, quels qu'ils soient. Ces résultats confirment qu'une forte proportion des IVG sont des échecs d'utilisation des méthodes contraceptives.

Une autre analyse fine concerne le conseil contraceptif donné au planning au moment de la demande d'IVG. La procédure standardisée veut que les professionnels rappellent aux femmes tous les moyens contraceptifs existants, discutent avec elles et leur demandent lequel elles choisiront par la suite. La comparaison entre les choix effectués à cette occasion et le moyen contraceptif réellement utilisé 6 mois plus tard par chacune d'elles montre que plus de la moitié des femmes (59) suivent ce choix alors que les autres ont changé d'avis.

Avant l'IVG, 90 femmes avaient un partenaire fixe. 84 femmes considéraient qu'elles formaient un couple avec leur partenaire et ont accepté de répondre au «Locke Wallace Marital Adjustment Scale». 46 femmes obtenaient un score indiquant une très bonne relation de couple, 17 traversaient des difficultés de couple marquées et 21 étaient dans une situation de crise. Après l'IVG, 78 femmes avaient un partenaire fixe. 70 femmes considéraient qu'elles formaient un couple avec le même partenaire et 14 femmes l'avaient quitté. Parmi celles qui étaient restées avec leur partenaire, la même proportion qu'avant l'IVG avaient une bonne relation de couple, traversaient des difficultés ou une crise⁸.

Avant l'IVG, la majorité des femmes jugeaient leurs rapports sexuels satisfaisants (60) ou plutôt satisfaisants (25). Une minorité les jugeaient insatisfaisants (9) ou plutôt insatisfaisants (7). Six mois après l'IVG, les résultats étaient pratiquement identiques pour les femmes ayant répondu

à la question. Une analyse fine comparant les réponses des femmes avant IVG et six mois plus tard une par une pour voir si les mêmes donnaient la même réponse donne des résultats intéressants: 69 femmes donnent la même réponse, mais pour 19 femmes, l'IVG a modifié la satisfaction sexuelle, pour une moitié en l'augmentant, pour l'autre en la diminuant.

Lorsque les couples ont traversé l'épreuve sans se désunir, l'IVG ne semble pas affecter leurs relations, ne modifie que très peu la fréquence de leurs relations sexuelles et leur satisfaction sexuelle.

D'autres questions rétrospectives portaient sur l'évaluation par les femmes de modifications de leur état psychologique et psychosomatique après IVG. Ces dimensions sont classiquement considérées comme des indicateurs de dépression: fatigue, sentiments de culpabilité, tristesse, anxiété. Environ 1 femme sur 3 note une augmentation d'une ou plusieurs de ces dimensions six mois après IVG. La passation d'un test détectant l'existence d'un traumatisme éventuel six mois après l'IVG («Impact of Event Scale» d'Horowitz validé en français) a montré que si la grande majorité des femmes (92) ne présente pas de traumatisme lié à l'IVG, une femme sur 10 (11) en souffre.

Echec des méthodes contraceptives

Les raisons pour lesquelles les femmes décident de demander une IVG s'inscrivent dans leur présent sentimental, matériel et dans leur projet de vie professionnelle. C'est une décision plus souvent prise par la femme que par le couple.

Plus de la moitié de ces femmes ne voulaient pas d'enfant à ce moment-là: elles avaient utilisé un moyen contraceptif conseillé lors des relations sexuelles à l'origine de leur grossesse. Ces échecs nous rappellent que les moyens contraceptifs actuels sont moins faciles à utiliser qu'il n'y paraît. Cette grossesse non désirée remet en question la contraception utilisée avant: une majorité de femmes optent pour un autre moyen.

Le préservatif est le grand perdant de ces changements et les moyens permettant aux femmes de contrôler elles-mêmes la contraception, les grands ga-

gnants. Si les femmes ne veulent plus se retrouver enceintes, elles semblent avoir oublié la protection contre les MST et le SIDA (une seule recourt à la double protection).

Le conseil contraceptif prodigué avant l'IVG est certes utile mais ne semble pas lever tous les doutes puisque plus de la moitié des femmes ont modifié leur choix 6 mois plus tard. Décider de se protéger est une chose, choisir une méthode contraceptive en est une autre.

Comme l'ont montré de nombreuses études, le moment le plus difficile pour les femmes et pour les couples se situe avant l'IVG, dans cette phase de temps souvent courte où il faut prendre une décision rapide et, la décision prise, attendre l'intervention. C'est une véritable épreuve. Pour les couples qui la surmontent, les relations ne sont pas modifiées. Mais si les couples vont bien, cela ne signifie pas que les femmes n'accusent pas individuellement de contrecoup. Une femme sur trois signale des troubles psychologiques ou psychosomatiques, une sur cinq, une ou plusieurs dysfonctions sexuelles 6 mois plus tard. Pour une minorité non négligeable, une femme sur dix, l'IVG a été un événement traumatique qui nécessite une prise en charge psychologique par des professionnels spécialisés.

Le moment difficile: surtout avant l'IVG

En conclusion, la grande majorité des femmes (neuf femmes sur dix) traverse l'épreuve de l'IVG sans problème grave. Mais il est important que l'ensemble des soignants amenés à revoir ces femmes soient attentifs aux éventuels troubles psychologiques et psychosomatiques, en parlent avec elles et leur proposent, selon les cas, des prises en charge légères ou plus importantes.

Les femmes qui demandent une IVG devraient savoir avant l'intervention que différentes portes leur restent ouvertes après, qu'il s'agisse de celles des médecins gynécologues, des sexologues, des psychologues, des sages-femmes ou des conseillers en planning familial.

Cet article est une forme condensée de l'article paru en février 2002 dans la revue des «Dossiers de l'obstétrique».

⁸ Pour des résultats plus détaillés concernant le couple, la sexualité et les problèmes psychologiques, se référer à: Bianchi-Demicheli F., Perrin E., Lüdiche F., Bianchi P. G., Chatton D., Campana A. «Termination of pregnancy and women's sexuality», *Gynecol. Obstet. Invest.* 2002; 53:48-53.