

Interruption volontaire de grossesse : quelle prise en charge pour les femmes hors délai ?

Océance Caraës

► **To cite this version:**

Océance Caraës. Interruption volontaire de grossesse : quelle prise en charge pour les femmes hors délai ?. Santé publique et épidémiologie. 2019. dumas-03138864

HAL Id: dumas-03138864

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03138864>

Submitted on 20 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

Mémoire de Master 1 Santé Publique
Parcours Éthique en Santé

Interruption volontaire de grossesse : Quelle prise en charge pour les femmes hors délai ?

Présenté par Océane CARAËS

Sous la direction du Docteur Ghada HATEM

Année universitaire 2018-2019

*Voulez-vous contraindre les femmes à donner
la vie par échec, par erreur, par oubli?*

Plaidoirie de Gisèle Halimi
Procès de Bobigny – 1972

REMERCIEMENTS

À toi Ghada, pour m'avoir ouvert en grand la porte de ta maison, celle où l'on sait à la fois le silence pour écouter et la parole pour rassurer, celle où l'on soigne tant les corps violés et mutilés que les cœurs blessés et les esprits bouleversés, celle où les femmes, enfin, se découvrent belles, fortes, fières... Je m'y suis sentie chez moi.

Merci de m'avoir soufflé ce sujet de mémoire passionnant et d'avoir accompagné mes premiers pas balbutiants de future médecin. Même si le chemin ne sera pas toujours facile, je sais, désormais, de qui suivre les traces...

À toi ma maman, pour être la femme merveilleuse et courageuse que tu es, celle qui de tout son amour nous a fait grandir et nous a permis de devenir ce que nous sommes aujourd'hui.

Merci d'avoir été là dans mes moments de doute et d'avoir su me remotiver. Mon travail ne m'aurait pas semblé achevé si tu n'avais pas été de celles pour le corriger.

À toi Isabelle, pour avoir été, sans le savoir, ce petit coup de pouce du destin qui fait se croiser les routes. Ce mémoire aurait certainement pris une autre tournure si tu n'avais pas eu la bonne idée d'organiser l'un de ces, si intéressants et éclairants, Mercredis de la Sexualité sur le thème des mutilations sexuelles féminines.

Merci pour ton avis précieux et ta relecture attentive.

À toute l'équipe de la Maison des Femmes, pour tout l'amour et la bienveillance dont vous faites preuve au quotidien. Avec vous, j'ai découvert une façon d'exercer différente et magnifiquement humaine, je compte bien m'en inspirer pour ma pratique future.

Merci pour votre accueil chaleureux et pour tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés durant ces cinq semaines. Vous êtes toutes et tous formidables !

À toi Juj, ma petite sœur boudeuse, chieuse et emmerdeuse mais qui me fait tant rire et sans qui ma vie serait beaucoup moins jolie.

Merci pour cette superbe BD et ton petit mot qui m'ont donnée le courage de terminer ce mémoire. Puisque même si tout commence par un point, il faut réussir à mettre celui de la fin.

Sommaire

Introduction.....	1
I. Contexte et définitions.....	3
1. IVG, que dit la Loi ?.....	3
2. L'interruption médicale de grossesse pour motif psycho-social.....	3
Définition et interprétations.....	3
Quel spécialiste pour le psycho-social ?.....	4
Implication de l'équipe soignante.....	5
II. Analyse de dossiers.....	6
1. Profil des patientes.....	6
2. Raisons des demandes tardives.....	7
Cas de Mme J.....	7
Cas de Mme M.....	9
Cas de Mme A.....	10
Cas de Mme P.....	11
3. Motif de la demande d'IMG.....	13
4. L'accouchement sous X.....	13
5. Termes et méthodes de l'IMG.....	15
6. État psychologique post-IMG.....	15
7. Conclusion et limites de l'analyse de dossiers.....	17
III. Discussion.....	18
1. Allongement du délai : réticences et perspectives.....	18
2. Adhésion des soignants et clause de conscience.....	20
3. Un cadre rassurant pour une pratique soignante bienveillante.....	22
4. Un risque de dérives eugéniques ?.....	23
Conclusion.....	25
Annexes.....	27
Bibliographie.....	28

INTRODUCTION

Aujourd'hui, plus de quarante ans après la dépénalisation de l'avortement par la loi Veil en 1975, de nombreuses femmes françaises passent encore la frontière pour aller avorter dans les pays voisins où les délais sont plus souples. Il est cependant très difficile de chiffrer ces migrations pour IVG et d'en connaître les motifs (retard de prise en charge en France, découverte tardive de la grossesse...). En effet, les femmes hors délai en France ne sont enregistrées dans aucun fichier et ne sont pas comptabilisées dans les statistiques de l'IVG. Les dernières estimations basées sur les sources du planning familial remontent à près de 20 ans : 5.000 françaises partiraient chaque année dans les pays voisins pour avorter. Mais elles sont certainement également nombreuses à faire des recherches sur internet et à prendre contact directement avec les cliniques à l'étranger sans nécessairement être passées par des structures françaises au préalable.

Ce constat a largement contribué à la promulgation de la loi de 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception¹ qui rallonge le délai légal de l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée (SA). Cet allongement du délai devait permettre la prise en charge de la quasi totalité des demandes d'IVG, puisque 80% des femmes, alors hors délai, devaient dorénavant pouvoir prétendre à une interruption de grossesse en France car enceinte de moins de 14 SA.² Cependant, aucune donnée récente n'est disponible pour montrer si oui ou non la loi de 2001 a effectivement permis de faire diminuer les départs à l'étranger. Mais des témoignages de professionnels sur le terrain font part de cas, toujours fréquents, de voyages vers l'étranger pour avorter.

En Hollande, le Landelijke abortusregistratie (LAR) soit l'enregistrement national des avortements relève, en 2008, que 1.375 françaises sont venues avorter aux Pays-Bas dont près d'un quart de mineures, taux qui fluctue autour de 1.200 jusqu'en 2015³. Le registre n'est cependant pas exhaustif car il ne recense pas la totalité des femmes étrangères, on peut donc supposer que les chiffres sont un peu plus élevés en réalité. De plus, les françaises ne partent pas seulement en Hollande, l'Angleterre et l'Espagne sont également des destinations courantes. Et qui dit étranger, dit budget ; les prix des interventions pour une IVG au-delà de 14 SA tournent autour de 800€ et augmentent d'autant plus que le terme est avancé. À ce prix s'ajoute celui du trajet et de

1 Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

2 Projet de loi n° 2605 du 4 octobre 2000 relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

3 Annexe 1

l'hébergement, un coût financier insurmontable pour certaines.

Il y aura de fait, celles qui auront les moyens de partir et celles qui ne les auront pas. Celles qui pourront avorter et celles qui devront poursuivre leur grossesse. Et parmi elles, celles qui, ne pouvant se résoudre à l'impensable impossible, finiront par trouver une solution par leurs propres moyens. En effet, les avortements clandestins et les conduites dangereuses à visée abortive (consommation excessive d'alcool, sport intensif...) existent toujours en France mais une fois encore, aucune donnée ne permet de les recenser et de mesurer l'ampleur de ce phénomène pourtant particulièrement préoccupant.

Les mineures constituent également une population extrêmement vulnérable. Depuis la loi de 2001, le consentement parental n'est plus obligatoire pour les mineures à condition qu'elles soient accompagnées par une personne majeure de leur choix⁴. Mais que faire après 14 semaines d'aménorrhée lorsque il devient impossible de continuer à taire le secret ? Partir à l'étranger ? Encore faudrait-il avoir pu en parler à ses parents et pouvoir compter sur leur soutien psychologique et financier... On peut alors émettre des doutes sur les fondements éthiques de ce « choix » imposé.

Actuellement, l'interruption médicale de grossesse (IMG) apporte une solution pour quelques situations mais c'est loin d'être la majorité. Il semble donc important de s'intéresser à l'accompagnement actuel de ces femmes et sur les améliorations possibles en se posant la question : Quelle prise en charge pour les demandes d'interruption de grossesse chez les femmes hors délai ? Mais ce simple questionnement pratique à première vue, soulève bien d'autres interrogations relative au droit à l'avortement. En effet, les nombreuses inégalités qui ont pu être observées en France, en terme d'accès à une interruption de grossesse au-delà d'un certain délai, selon que les patientes peuvent ou non financer leur prise en charge à l'étranger, que les familles peuvent ou non être impliquées pour les mineures ainsi que l'existence de lois et de délais si différents en Europe conduisent à nous demander si un délai est finalement légitime et si oui, sur quels critères ? Moraux, scientifiques, techniques, éthiques ?

4 Article L. 2212-7, Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

I. Contexte et définitions

1. IVG, que dit la Loi ?

En 1975, la loi Veil est votée. Elle énonce qu'une femme enceinte en situation de détresse peut demander à interrompre sa grossesse, à condition que le terme de celle-ci ne dépasse pas les 10 semaines de grossesse⁵. Les années passant, la confrontation avec la réalité de la pratique a mis en lumière la nécessité de faire évoluer le cadre légal. D'autres lois ont donc été promulguées afin d'affirmer l'avortement, non plus comme une exception à la primauté de la vie telle que présentée dans la loi initiale mais, comme un véritable droit pour les femmes à disposer de leur corps ; ce droit ne pouvant être garanti que par des modifications et améliorations visant à faciliter l'accès à l'IVG et la prise en charge des femmes tout au long de ce parcours.

Aujourd'hui, une IVG peut être pratiquée jusqu'à la 12^e semaine de grossesse par un.e médecin ou un.e sage-femme dans un établissement de santé. La notion de « détresse » a été supprimée en 2014 et l'IVG est maintenant accessible à toute femme « *qui ne veut pas poursuivre une grossesse* »⁶. Cette modification renforce l'idée qu'une femme doit pouvoir juger, elle-même, de sa propre situation et prendre seule la décision d'interrompre sa grossesse. La consultation psycho-sociale préalable à l'IVG n'est plus obligatoire pour les majeures mais elle le reste pour les mineures et est cependant systématiquement proposée, notamment si la personne majeure semble en difficulté avec sa décision. Le délai minimal de réflexion a également été supprimé, il imposait aux femmes déjà certaines de leur décision, une semaine d'attente dans une position particulièrement inconfortable et ce n'était pas le seul moyen de garantir un temps de réflexion à celles qui avaient des doutes.

2. L'interruption médicale de grossesse pour motif psycho-social

• *Définition et interprétations*

L'interruption médicale de grossesse ou interruption de grossesse pratiquée pour motif médical est à différencier de l'IVG. Elle peut être pratiquée sans limite de temps jusqu'à la fin de la grossesse si la femme en fait la demande et à condition que « *deux médecins membres d'une équipe*

5 Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse

6 Article 24, Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes

pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. »⁷ .

Mais qu'entend-on par mettant en « péril grave la santé de la femme » ? Si l'on reprend la définition de l'OMS à laquelle on pourrait rajouter la dimension de santé sexuelle, la santé « *est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁸, autrement dit toutes situations en mesure de perturber profondément cet état de complet bien-être pourraient justifier une demande d'IMG. Les indications ne sont donc pas strictement médicales comme le laisse entendre la dénomination « interruption de grossesse pratiquée pour motif médical ». Il serait alors possible de prendre en considération des motifs relevant du psycho-social. Le flou du cadre juridique laisse à la responsabilité des soignants la prise de décision concernant le motif de la demande. Car contrairement à l'IVG, la décision finale de l'interruption de grossesse ne revient pas à la patiente mais à l'équipe médicale. Cette dernière doit être composée d'au minimum quatre personnes dont un médecin gynécologue-obstétricien membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), un médecin choisi par la femme, un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue.

- *Quel spécialiste pour le psycho-social ?*

Mais là où le cardiologue s'impose comme une évidence en cas d'insuffisance cardiaque sévère aggravée par la grossesse ou l'oncologue dans le cas d'un cancer du sein, qu'en est-il du praticien spécialiste du psycho-social ? Le psychiatre est souvent appelé à remplir ce rôle d'expert, cependant on peut questionner sa légitimité dans cette position sachant que la plupart du temps il n'y a pas de pathologie psychiatrique déjà existante. Il s'agit alors d'évaluer un possible risque pour la santé mentale de la femme en cas de poursuite de la grossesse. Cette conclusion semble compliquée à démontrer en pratique et dépend grandement de la conviction du psychiatre. En outre, cela est finalement assez réducteur des possibilités d'indications pour une IMG puisque les problématiques sociales voire socio-économiques ne font pas partie du domaine de spécialité du

⁷ Article L.2213-1, Code de la santé publique

⁸ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, entré en vigueur le 7 avril 1948 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100)

psychiatre. Il n'est cependant pas question de remettre en cause la participation de celui-ci au sein de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, la démarche d'IMG tout comme celle de l'IVG n'est pas anodine et peut avoir des répercussions psychiques sur la femme sans pour autant que celles-ci soient pathologiques. Mais il paraît important de faire remarquer que le rôle d'expert qui lui est confié fait peser un grand poids sur ses épaules ainsi que dans la balance décisionnelle. Certains vont même jusqu'à qualifier ce rôle de « décideur social »⁹.

• *Implication de l'équipe soignante*

Il est fréquent d'observer un certain malaise au sein de l'équipe soignante lors de la prise en charge de femmes pour une IMG à motif psycho-social. Les sages-femmes et les infirmières notamment, puisqu'elles ne participent pas à la prise de décision, ont souvent plus de mal à donner du sens à leur action. Elles se retrouvent en première ligne devant le fait et l'acte à accomplir, interrompre une grossesse, là où les médecins auront pu prendre le temps de statuer sur leur décision en toute connaissance de la situation. C'est d'autant plus difficile dans le cas des IMG, car elles sont souvent pratiquées à un terme plus avancé. Sans contexte et sans narration du parcours de vie de la femme, il paraît normal que la reconnaissance émotionnelle et sociale du fœtus comme un bébé, comme une vie humaine puisse pousser le soignant à ressentir un profond désarroi et à ne plus savoir s'il agit « en mal ou en bien ». D'où l'importance d'entretenir un lien de confiance au sein de l'équipe afin que chacun puisse, même s'il n'a pas connaissance de la situation de la patiente, l'accompagner sereinement, cette confiance lui permettant de respecter et d'assumer les décisions prises par d'autres. Il aura ainsi, de par une intime certitude partagée, la conviction d'agir au mieux, dans l'intérêt de la patiente. Cela passe également par la reconnaissance de l'IMG et de l'IVG comme de véritables soins . « *Aucune femme ne recourt de gaité de cœur à l'avortement* »¹⁰ et si les femmes y ont recours, c'est que dans la situation dans laquelle elles se trouvent, il s'agit d'une nécessité. Les risques que sont prêtes à prendre les femmes pour avorter en sont la preuve.

Les cloisons entre IMG et IVG tendent alors à s'effacer dans le cas des demandes d'IMG pour motifs psycho-sociaux. Dans l'étude de Schneider et al., on retrouve même cette indication sous le terme d'« *IVG ayant dépassé la date légale* »¹¹. En effet, l'IVG et l'IMG sont toutes deux des

9 Pfeiffer E. Psychiatric indications or psychiatric justification of therapeutic abortion? Arch Gen Psychiatry. Novembre, 1970, 23(5): 402-7

10 Discours de Simone Veil à l'Assemblée Nationale le 26 novembre 1974

11 Schneider S., Roussey M., Odent S., Debrouse C., Poulain P., Jouan H., and al. *Reflections 10 years of medically induced abortions in Ille-et-Vilaine*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, Paris, 1994, p. 157-165

interruptions volontaires, c'est bien la femme qui en fait la demande même si dans le cas de l'IMG ce n'est pas à elle que revient la décision. Nous pouvons alors nous demander si le fait de rentrer dans le cadre d'une IMG plutôt que dans celui d'une IVG ne dépend que du terme de la grossesse ou si les situations conduisant à une IMG pour motifs psycho-sociaux sont en réalité des situations particulières qui nécessitent un cadre particulier ?

II. Analyse de dossiers

Pour mieux comprendre les contextes dans lesquels une femme peut être amenée à demander une interruption de grossesse au-delà de 14 SA et afin de pouvoir envisager la prise en charge la plus adaptées, nous avons analysé les dossiers médicaux de 19 patientes ayant eu une interruption médicale de grossesse pour motifs psycho-sociaux à l'Hôpital Delafontaine (Saint-Denis) entre juin 2018 et mai 2019.

1. Profil des patientes

Il nous a paru intéressant de comparer la distribution de l'âge des patientes de notre étude¹² avec celle que nous observons au niveau national pour les IVG¹³. En ce qui concerne les 20-29 ans, les chiffres sont assez concordants puisqu'elles représentent un total d'environ 55% des interventions d'IMG de notre étude, pourcentage très proche du taux de recours à l'IVG pour cette même tranche d'âge. Cependant, là où les mineures ne représentent que 4 % des interruptions volontaires de grossesse, elles constituent plus d'un quart des patientes de notre étude avec le cas extrême d'une mineure de 12 ans.

Il était clairement notifié dans 10 des 19 dossiers que la femme évoluait dans un contexte de grande précarité. Nous rassemblons sous le terme de précarité : le faible apport voire l'absence de ressources financières, l'absence de logement stable (SDF, hébergement par le 115, par le CADA¹⁴...) ainsi que les situations socio-administratives des personnes migrantes (demande d'asile, situation irrégulière, absence de papiers...). Dans 2 des dossiers, il était écrit que la femme n'avait pas les moyens de se rendre en Hollande. Pour 5 des patientes, les données du dossier étaient insuffisantes pour pouvoir affirmer d'un contexte précaire.

12 Annexe 2

13 Évolution du nombre des interruptions volontaires de grossesse par groupe d'âges de la femme - Séries depuis 1990, INSEE Résultats, 2016

14 Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

Dans 17 dossiers soit pratiquement la totalité, il était fait mention de violences vécues actuelles ou passées. Il était notamment question de violences intra-familiales, de violences conjugales, de violences sur le parcours migratoire, d'agressions sexuelles et de viols. Pour 7 de ces demandes d'IMG, la grossesse était issue d'un viol.

Deux femmes présentaient des antécédents psychiatriques, pour l'une il était fait état de troubles psychotiques et l'autre patiente avait fait deux tentatives de suicide antérieures à la grossesse actuelle.

Ces éléments traduisent des contextes d'extrême vulnérabilité autant sociale, économique que psychique et ont contribué à étayer la demande d'IMG.

2. Raisons des demandes tardives

Selon une étude de la DREES¹⁵ publiée en 2018, seulement 1 IVG sur 20 est réalisée entre 12 et 14 SA, ce qui signifie que 95% le sont, avant même la 12^e semaine d'aménorrhée. Trois conditions peuvent expliquer ces chiffres : le diagnostic de grossesse est posé rapidement, les femmes qui ne désirent pas une grossesse prennent leur décision et font la demande d'IVG peu de temps après avoir appris qu'elles étaient enceintes et le délai de prise en charge est satisfaisant. On peut donc en déduire que le dépassement du délai de 14 SA est dû à une défaillance au niveau d'une ou plusieurs de ces conditions. Nous présenterons ici les situations cliniques émanant des dossiers médicaux de certaines patientes afin d'évoquer les raisons qui pourraient expliquer le caractère tardif de la demande d'interruption de grossesse.

• *Cas de Mme J.*

Mme J., 17 ans, vit chez son père suite à la séparation de ses parents car le nouveau conjoint de sa mère est violent. Elle a un rapport consenti non protégé avec son petit ami. Elle constate quelques temps plus tard un retard de règles, qui ne l'alarme pas puisqu'elle a habituellement des cycles irréguliers. L'absence de règles persistant, Mme J. fait un test de grossesse et découvre qu'elle est enceinte. Elle est alors prise d'une peur panique à l'idée que son père l'apprenne. Ce dernier est en effet très strict notamment sur la question de la virginité et la discussion paraît alors impossible. Mme J. craint même qu'il ne devienne violent s'il venait à apprendre sa grossesse. Mme J. est désemparée et

¹⁵ Annick Vilain, avec la collaboration de Sylvie Rey, *216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Études et Résultats*, n°1081, DREES, septembre 2018

attend de voir sa mère afin de pouvoir se confier à elle. Une fois sa mère au courant, elles se rendent dans un centre d'IVG mais le temps d'obtenir un rendez-vous avec une conseillère conjugale et familiale, le délai des 14 semaines est définitivement dépassé.

L'aménorrhée est couramment vue comme la sonnette d'alarme signant une grossesse or, il y a deux failles à ce système. Premièrement, l'aménorrhée n'est absolument pas un signe pathognomonique de grossesse, de nombreuses autres causes sont susceptibles d'expliquer une absence de règles comme le stress, des exercices physiques intenses, un début d'anorexie mentale, la prise de certains traitements... Il est également courant d'observer des cycles irréguliers chez les femmes. Donc lorsque la crainte d'une grossesse émerge, puisqu'à moins que l'on ne soit face à un véritable déni, le doute survient souvent, le cerveau tente de donner une explication rationnelle à ce qu'il ne veut pas envisager comme une possibilité. Tant qu'il n'y a pas de preuves que la grossesse est bien réelle, cette dernière ne peut pas exister. Dans cette situation Mme J. se rassure en évoquant un caractère de normalité. Le doute devient de plus en plus prégnant et elle ne peut plus éviter la confrontation avec la réalité. Mais le temps qui se sera alors écoulé avant la pose du diagnostic, en sera considérablement allongé. Deuxièmement, même si ce n'est pas le cas ici, il est possible à contrario, que des saignements persistent en début de grossesse ou qu'il n'y ait aucun autre signe évocateur. Pour certaines le test de grossesse pourra même être faussement négatif. Tant de raisons qui font que la certitude d'être enceinte mettra inévitablement plus de temps à émerger, entraînant un retard de diagnostic.

La situation de Mme J. évoque aussi le poids familial en matière de sexualité. Parce qu'ici ce n'est pas tant le fait que son père découvre sa grossesse qui terrorise Mme J. mais ce serait qu'il apprenne qu'elle a déjà eu un rapport sexuel. Le diktat de la virginité a un impact particulièrement pervers, puisque loin d'empêcher les jeunes d'avoir des relations sexuelles, il rend impossible la moindre discussion autour de la sexualité. La honte, la peur d'une incompréhension voire de violences familiales, le sentiment d'angoisse et d'impuissance face à cette grossesse imprévue sont donc autant d'éléments en mesure d'expliquer le retard de la demande et ce majoritairement chez les adolescentes. Une enquête de 2001 a montré qu'une mineure sur deux a informé et a obtenu le consentement de ses parents pour l'IVG soit 50% qui ont préféré garder le secret ou qui n'ont pas été soutenues dans leur décision par leurs parents¹⁶. On peut aisément imaginer que l'inquiétude d'avoir

¹⁶ Muriel Moisy, *Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante*. Revue française des affaires sociales, 2011, p.162-198

à exposer sa situation à ses parents ou à des professionnels puisse être extrêmement paralysante dans la mesure où la crainte du jugement est un sentiment très présent dans notre société.

Un dernier point paraît important à notifier dans le cas de Mme J, même si il n'est heureusement pas très fréquent. En effet, il arrive que les centres d'IVG puissent être engorgés et se retrouvent dans l'impossibilité de répondre rapidement à la demande. Le délai de prise en charge se voit alors allongé de quelques jours pouvant entraîner des conséquences dramatiques dans certaines situations.

- *Cas de Mme M.*

Mme M., 22 ans et non francophone, a de lourds antécédents de violences familiale ainsi que d'agressions sexuelles. Elle est déjà maman d'une petite fille. Lorsqu'elle tombe enceinte après une relation avec un homme dont elle n'a plus aucune nouvelle, elle décide d'avorter. Dans les délais, elle bénéficie d'une IVG médicamenteuse dans un centre de planification. Mme M. ne se rend cependant pas à la visite de contrôle. Deux mois plus tard, elle consulte pour vomissements et douleurs pelviennes, une grossesse évolutive est alors diagnostiquée.

Le cas de Mme M. met en lumière une situation d'isolement social, ici via la barrière de la langue. Il est écrit dans son dossier qu'elle avait beaucoup de mal à comprendre les explications qu'on lui donnait. Peut-être n'avait-elle alors pas saisi l'intérêt de la visite de contrôle ? De fait de nombreuses femmes ne viennent pas à la visite de contrôle post-IVG. D'où l'importance d'informer et de s'assurer que les informations ont bien été comprises. La méconnaissance des structures ressources telles que le planning familial ou le CPEF¹⁷, l'ignorance concernant les délais, une mauvaise information sur la sexualité avec la persistance inquiétante d'idées reçues et de mythes sur la contraception et les moyens d'éviter une grossesse (« il n'y a pas eu de pénétration », « il s'est retiré avant », « l'avortement rend stérile », « on ne l'a fait qu'une fois »...) peuvent engendrer des consultations tardives pour une demande d'IVG. Mais le manque d'informations ne suffit pas à tout expliquer. En effet, une jeune femme peut ne pas connaître le planning familial mais si elle est scolarisée, entourée de sa famille ou d'amis avec qui elle a la possibilité de discuter, elle devrait pouvoir trouver rapidement une personne en mesure de l'aider. Les demandes tardives relevant d'un véritable problème d'accès à l'information sont souvent la conséquence d'un isolement ou d'une

17 Centre de Planification et d'Éducation Familiale

précarité sociale majeure.

- *Cas de Mme A.*

Mme A., 16 ans, est née en Guyane et est arrivée en France à 7 ans pour vivre chez son père. Suite à des violences verbales et physiques intra-familiales, elle est placée en foyer par l'ASE¹⁸. Elle a des relations sexuelles avec son petit-ami de 20 ans qui ignore qu'elle est mineure. Lorsqu'elle apprend qu'elle est enceinte, elle en parle à son copain, qui semble désireux qu'elle poursuive la grossesse. Ils cherchent alors un appartement mais suite à de nombreuses disputes au sein du couple, Mme A. retourne au foyer d'où elle avait fugué. Accompagnée par son éducatrice, elle se rend dans un centre de planification et émet, à la suite des entretiens, le souhait d'interrompre la grossesse. Elle est à ce moment là, enceinte de 11 SA. Quelques jours avant l'intervention, Mme A. se rétracte disant qu'elle a subi des pressions de sa famille et de son petit-ami afin qu'elle poursuive la grossesse, « Mes parents me disaient que c'était pas bien d'avorter, que j'allais tuer un enfant. Moi je voulais tuer personne, je ne voulais pas décevoir ma famille et mon copain. ». Peu de temps après, son copain apprend qu'elle est mineure et lui annonce qu'il va se marier avec une autre à la demande de sa famille. Mme A. est effondrée, suite à une longue discussion avec son éducatrice elle réitère son souhait d'avorter : « de toute façon je n'en veux pas de ce bébé, je l'ai gardé pour leur faire plaisir ». Mais elle est alors hors délai.

L'implication de la famille dans la prise de décision d'interruption de grossesse peut être autant bénéfique que nuisible. Une structure familiale qui accompagne et qui soutient est un soulagement majeur et permet à la femme de faire son choix sereinement. À l'inverse, si les valeurs familiales se substituent à la capacité pour la femme de décider par elle-même, cela peut avoir un effet hautement délétère. C'est autant le cas pour la femme qui voudrait interrompre la grossesse alors que sa famille voudrait qu'elle la poursuive, que pour les situations inverses. Il faut donc que les professionnels soient très vigilants sur ce point et s'assurent, notamment chez les jeunes femmes, que le choix de la poursuite ou non de la grossesse émane bien d'elle et ne soit pas celui d'un autre. Pour ce faire, un entretien avec la femme seule semble absolument nécessaire. Dans ce cas, Mme A. avait conscience de l'influence exercée sur elle par sa famille et son petit-ami et elle a pu réitérer sa demande mais ce n'est pas toujours le cas.

18 Aide Sociale à l'Enfance

Mme A. a également été confrontée au départ de son compagnon. Coup dur, lorsqu'au lieu de deux on se retrouve seule à devoir assumer une grossesse. La séparation d'un couple remet forcément en question l'avenir de la grossesse, une femme qui désirait un enfant avec son conjoint peut ne pas vouloir poursuivre une grossesse sans lui. Cela ne veut pas dire que toutes les femmes enceintes quittées par leur compagnon demanderont une IVG mais il faut comprendre que la naissance d'un enfant sera très difficile si celle-ci n'a pas pu être envisagée dans un contexte qui a du sens pour la future mère. Ce sens pouvant être trouvé aussi bien au sein d'un couple que par une femme seule. « L'important n'est pas tant la vie que le projet que l'on forme pour elle » aurait dit Albert Jacquard et il nous paraît important de garder cette idée en tête lorsqu'il s'agit de parler d'interruption volontaire de grossesse.

- *Cas de Mme P.*

Mme P., 27 ans, d'origine algérienne, est arrivée en France il y a peu pour ses études. Elle rencontre un homme marié avec qui elle sympathise. Ce dernier lui fait rapidement des avances qu'elle refuse ayant connaissance de sa situation maritale. Ils continuent à se fréquenter en « ami », jusqu'au jour où cet homme la viole à son domicile. Mme P. n'avait jamais eu de rapport sexuel auparavant. Le rapport est rapide et Mme P. ne saigne pas, si bien qu'elle n'imagine pas qu'il y ait eu « une vraie pénétration ». Elle déclarera plus tard « Je ne pensais pas que je pouvais être enceinte suite à ce qui m'était arrivé. ». Un mois après, elle remarque une aménorrhée qu'elle met sur le compte du stress, elle est, en effet, très sollicitée par ses examens à l'université et par son travail. Elle n'a pas d'autres symptômes. Mme P. finit par faire des analyses et elle apprend qu'elle est enceinte de 5 mois révolus.

Une étude de Cécile Sarafis¹⁹ auprès de femmes en demande d'IVG a montré que 6% d'entre-elles étaient tombées enceinte à la suite d'un viol. Dans notre étude, 7 des 19 grossesses à l'origine de la demande d'IMG étaient alors issues d'un viol. On peut expliquer l'augmentation de ce chiffre par deux éléments. Premièrement, les femmes ayant été victimes de viol ont subi un traumatisme grave et pour certaines, des mécanismes psychologiques en réaction à l'épisode traumatique, les empêcheront de pouvoir envisager être enceinte à la suite du rapport forcé²⁰. Cela

19 Cécile Sarafis. *L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des Conseillères Conjugales et Familiales*. Diplôme universitaire de victimologie, Université Paris Descartes, 2009

20 Benoît Bayle. « Les enfants du viol et de l'inceste. Maternité et traumatisme sexuel », *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*, ERES, 2005, p. 63-116.

entraîne des négations de grossesse et notamment des phénomènes de déni. Ce dernier, plus fréquent qu'on ne le pense, peut être total s'il persiste jusqu'à l'accouchement ou partiel, la femme réalise alors sa grossesse à un stade avancé. C'est ici le cas de Mme P. qui découvre sa grossesse à plus de 22SA. Ainsi, la découverte d'une grossesse issue d'un viol est en général tardive et ne permet pas toujours de pouvoir avoir recours à une IVG puisque le délai est alors, bien souvent dépassé. Deuxièmement, il semblerait qu'une grossesse issue d'un viol soit un motif d'IMG non médical plus facilement reconnu et accepté par les équipes soignantes par rapport à d'autres situations de précarité psycho-sociale. Ces deux raisons peuvent éclairer le fait que les interruptions de grossesse à la suite d'un viol soient plus fréquentes dans les démarches d'IMG que dans celles d'IVG.

Cependant si on se fie à la définition de l'IMG, il ne suffit pas de décréter qu'il y a eu viol, traumatisme majeur évident, mais bien de prouver que la poursuite de la grossesse issue de ce viol mette « *en péril grave la santé de la femme* ». Pour la plupart des femmes, il est inimaginable de pouvoir donner naissance à l'enfant de leur agresseur et d'autant plus impensable de pouvoir l'aimer et l'éduquer, tant il n'aura de cesse de rappeler le souvenir douloureux du viol. L'interruption de grossesse semble pour elles, le moyen de faire disparaître la marque physique laissée par l'agresseur, le fœtus étant alors assimilé à ce dernier avec une possible projection des sentiments de haine et de colère à son égard. Les chiffres de l'ENVEFF²¹ relèvent que 2/3 des femmes enceintes à la suite d'un viol, décide d'avorter. Les grossesses issues de viol sont des grossesses à risque de troubles psychologiques importants (reviviscence traumatique, épisode dissociatif au moment de l'accouchement...)²¹, de passage à l'acte, de comportements auto-agressifs ainsi que, dans des cas extrêmes, d'infanticides. Mais il arrive, même si cela est moins fréquent, que des femmes soient en mesure d'investir leur grossesse et de développer des sentiments pour l'enfant à naître, l'engagement total dans leur rôle de mère est alors le moyen de faire face au traumatisme. Il est donc important d'apporter aux femmes enceintes à la suite d'un viol un accompagnement psychologique et médical adapté afin qu'elles puissent prendre la meilleure décision pour elle-même.

3. Motif de la demande d'IMG

21 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État aux droits des femmes et à la formation professionnelle, Service des droits des femmes et de l'égalité, *Les violences envers les femmes au quotidien : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France* (ENVEFF), 2001

Les éléments constituant le motif de la demande d'IMG, car mettant en danger la santé de la femme, étaient clairement énoncés dans 11 dossiers, là où il y avait un risque pour la vie de la femme et non plus seulement pour sa santé. En effet pour 9 cas, il était fait état d'idées suicidaires évoquées par la femme. Deux avaient des pratiques dangereuses à visée abortive et pour deux autres, il y avait une menace familiale avec mise en danger de mort.

Dans deux dossiers, les patientes étant très jeunes, 12 et 15 ans, il était mentionné leur immaturité et leur impossibilité à s'investir, au vu de leur jeune âge, dans un rôle parental.

Encore un fois, il est question de l'interprétation du texte de loi. Face au flou juridique, on préférera mettre en avant le péril pour la vie, plus simple à envisager et à définir que le péril pour la santé. Il est effectivement plus facile d'être certain d'avoir pris la meilleure décision, lorsqu'on accepte la demande d'IMG d'une femme qui risque sa vie en poursuivant sa grossesse. Mais lorsque la vie n'est pas directement en danger, le risque est-il plus grand de poursuivre la grossesse plutôt que de l'interrompre ? La question est difficile et la réponse incertaine. Comment savoir comment réagira une femme après un avortement ? Pourra-t-elle alors être plus mal psychologiquement qu'avant l'IVG ? Et si elle poursuit la grossesse, réussira-t-elle à surmonter la souffrance psychique ? Peut-on anticiper les conséquences sur le développement de l'enfant, d'être né d'une grossesse non désirée ? Sera-t-elle en mesure de l'élever et de lui témoigner de l'affection ? Ce n'est donc pas tant la loi qui guide le soignant mais sa capacité et sa volonté à tenter de répondre à ces questions qui resteront pour la plupart sans réponse.

4. L'accouchement sous X

L'accouchement sous X consiste à poursuivre une grossesse à terme et à confier à l'adoption le nouveau-né, tout en restant anonyme. Il est systématiquement proposé aux femmes hors délai en France puisqu'il s'agit d'une procédure légale accompagnée qui peut être une possibilité à envisager pour une femme qui ne souhaite pas garder l'enfant. En pratique cela reste particulièrement rare, en effet il y a environ 600 accouchements sous X chaque année en France. Une étude de l'INED²² a relevé les caractéristiques socio-démographiques des femmes accouchant sous X. Il en ressort que près de la moitié de ces femmes avaient moins de 25 ans et 10% étaient mineures. Du point de vue familial et économique, 8 femmes sur 10 ne vivaient pas en couple et près d'un quart n'avait pas

22 Catherine Villeneuve-Gokalp. *Les femmes qui accouchent sous le secret en France, 2007-2009*, Population, vol. 66, no. 1, 2011, pp. 135-169.

d'indépendance financière. La grossesse avait été découverte dans 85% des cas, passé le délai légal d'IVG.

Dans 3 dossiers de notre étude, il était notifié, sous les termes d'« impensable » et d'« inconcevable », le refus immédiat des patientes face à la proposition d'un accouchement sous X. L'information n'était pas présente dans les autres dossiers. Il est assez facile d'envisager les réticences vis à vis de cette démarche. On observe fréquemment chez les femmes en demande d'IVG, une grande impatience : une fois la décision d'interrompre la grossesse prise, il faut que ça se termine et vite. Et lorsqu'on leur annonce que l'intervention ne va pas pouvoir avoir lieu tout de suite, qu'il va falloir encore patienter quelques jours, c'est souvent très difficile à entendre pour elles. Mais qu'en est-il de celles qui devront poursuivre une grossesse non désirée jusqu'au terme et vivre pendant quatre, cinq, six mois dans un état d'inconfort et de mal-être tant physique que psychologique ? Situation d'autant plus violente lorsque la grossesse est issue d'un viol. Et quelles conséquences pour le fœtus qui se développera pendant tout ce temps dans un climat qui lui est hostile ?

Mais plus que la simple temporalité de la grossesse, c'est l'acte d'abandon et de rupture de la filiation qui durera dans le temps. Une des patientes mentionnait la culpabilité obsédante qu'elle aurait si elle devait « abandonner » l'enfant. Pour d'autres, la grossesse ne doit en aucun cas être découverte par la famille ou par le géniteur. La poursuite de celle-ci en vue d'une adoption est alors totalement impossible à envisager.

En conclusion, le sujet n'est pas, ici, de statuer sur l'accouchement sous X comme étant plus ou moins traumatisant que l'interruption de grossesse. Il s'agit juste de souligner que même si cela semble être la meilleure solution pour certaines ; à condition qu'elles l'aient choisi ; il faut être conscient, que pour nombre d'entre-elles, cette démarche ne sera absolument pas envisageable. L'accouchement sous X doit donc continuer à être proposé aux femmes mais ne peut pas être considéré comme l'unique solution.

5. Termes et méthodes de l'IMG

En France, une IVG peut avoir lieu, selon les recommandations de l'HAS²³, par méthode médicamenteuse jusqu'à la 9ème semaine d'aménorrhée ou par aspiration avant 14 SA. Passé ce

23 Haute Autorité de Santé

délai, l'interruption de grossesse est pratiquée à l'aide de médicament qui entraînent l'induction du travail et donc un déclenchement de l'accouchement. Dans d'autres pays comme l'Angleterre ou l'Espagne, la méthode par aspiration est également proposée jusqu'à 22 voire 24 semaines d'aménorrhée. Ce n'est pas le cas en France, les femmes n'ont pas le choix de la procédure.

Après 22 SA, le seuil de viabilité fœtale établie par l'OMS²⁴, une geste fœticide est recommandé par injection intra-cordone d'une drogue qui provoque la mort in-utero. La naissance d'un enfant vivant imposerait, en effet, la réalisation d'un infanticide sévèrement puni par la loi et hautement traumatisant pour le soignant.

Dans notre étude, plus de la moitié des IMG avaient été pratiquées avant 22 semaines d'aménorrhée (majoritairement entre 16 et 18 SA) et sept après ce terme²⁵. Il nous a été impossible, pour la plupart des dossiers, de dater le terme exact de découverte de la grossesse. Sachant qu'il n'y a pas de limite de délai pour l'IMG et que la procédure est plus complexe que celle d'une IVG, il s'écoule au minimum deux semaines entre la demande et l'interruption de grossesse. Ce laps de temps peut facilement être allongé et ce, tout particulièrement s'il y a une errance médicale à la recherche d'un centre en capacité de répondre à la demande. Le terme de l'IMG ne reflète donc pas celui de la demande d'interruption de grossesse. Cet élément a de l'importance, notamment pour la réflexion autour d'un allongement du délai.

6. État psychologique post-IMG

Dans 8 dossiers, l'état psychologique de la patiente à la suite de l'intervention était précisé par un psychologue ou un médecin. Deux femmes montraient de la culpabilité et beaucoup d'émotions, l'une d'elle était « très touchée » et pleurait beaucoup, elle avait « l'air de s'en vouloir pour la décision prise et ne pensait pas que l'enfant serait si grand ». Une femme peut, en effet, demander à voir le fœtus après une IMG. Cette étape se révèle souvent importante pour le processus de deuil notamment lors d'une IMG pour motif fœtal mais on peut se demander s'il en est de même lorsque la grossesse est non désirée ? Passé trois mois de grossesse, le fœtus n'est, objectivement, plus seulement qu'un amas de cellules, il devient humain, du moins corporellement, de part sa morphologie. Il prend « forme humaine ». Inconsciemment, voir le fœtus lui donne ainsi une place et l'ancre dans l'espèce humaine et le réel, et ce, d'autant plus si celui-ci est vu physiquement et non

24 Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des maladies, révision 1975, OMS, Genève, 1977.

25 Annexe 3

par écran interposé (échographie). Il serait donc possible que la vision du fœtus soit un poids supplémentaire au sentiment de culpabilité pouvant être présent lors de l'interruption médicale d'une grossesse non désirée.

Cinq femmes évoquaient un sentiment de soulagement, de « poids en moins ». Pour deux de ces patientes, il y avait une projection dans l'avenir avec une évocation de projets futurs et pour une, il était émis le souhait d'« oublier » cette histoire. Une femme était à la fois soulagée et en proie à un sentiment de culpabilité et une autre avait peur de se sentir coupable plus tard.

Ces dossiers ne peuvent en aucune façon présager de l'évolution du psychisme de ces femmes au fil du temps mais ils montrent bien l'état psychologique complexe pouvant résulter d'une interruption de grossesse. Une revue de la littérature sur les conséquences de l'IVG²⁶, a conclu qu'il n'y avait pas de preuves scientifiques permettant d'affirmer l'existence d'un traumatisme et de séquelles psychologiques post-IVG sur le long terme. Cela ne signifiant pas que les femmes ayant eu une interruption de grossesse ne présentent jamais de mal-être d'ordre psychologique. Les sentiments de tristesse, de culpabilité, de honte seraient d'autant plus présents que l'interruption de grossesse a lieu dans un contexte où l'avortement est tabou voire proscrit.

Le JAMA Psychiatry²⁷ a publié une étude sur la différence d'évolution de la santé mentale et du bien-être entre des femmes ayant avorté et des femmes hors délai ayant vu leur demande d'IVG refusée. La cohorte prospective de 956 femmes a été suivie durant 5 ans aux États-Unis et les résultats ont montré qu'initialement, les femmes à qui l'on avait refusé l'interruption de grossesse présentaient plus de symptômes anxieux et une moins bonne estime d'elle-même que les femmes ayant eu recours à une IVG. Le niveau de dépression était alors équivalent dans les deux groupes. Le bien-être psychologique s'est amélioré tout au long de l'étude, de sorte que les courbes des deux groupes ont eu tendance à converger au fil du temps. La situation des femmes n'ayant pu avorter pour cause de dépassement de délai, peut donc être initialement associée à un préjudice psychologique et les conclusions de l'étude ne permettent pas d'abonder dans le sens d'une restriction de l'accès à l'avortement au motif que celui-ci nuit à la santé des femmes.

Au vu de ces études, il serait donc préférable de proposer un accompagnement

26 Laurence Esterle. *Le traumatisme post IVG une réalité scientifique ? Revue de littérature*. Cermes3, Inserm U988, UMR 8211 CNRS, EHSS, Université Paris-Descartes.

27 Biggs , Upadhyay, McCulloch, Foster. *Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study*. JAMA Psychiatry. 2017, 74, p. 169-178.

psychologique en amont pour soutenir dans l'élaboration de la décision mais également aux femmes ayant eu une interruption de grossesse afin d'aider, celles qui en ressentent le besoin, à passer ce moment difficile. Car toutes les décisions que prendra une femme sur l'avenir ou non de sa grossesse, auront des conséquences et il n'y aura pas de bonne ou mauvaise décision universelle, il y aura sa décision dans sa situation propre.

7. Conclusion et limites de l'analyse de dossiers

Notre étude ne se base que sur un petit nombre de patientes dont les dossiers n'étaient pas tous exhaustifs. Notre analyse n'est donc pas généralisable mais elle nous a tout de même permis d'avoir un aperçu des problématiques liées à la demande d'interruption de grossesse à délai dépassé. Le décision de traiter essentiellement des demandes d'IMG ne relève pas d'un choix personnel mais d'une contrainte imposée par le peu d'éléments disponibles dans la littérature au sujet des autres cas (avortement à l'étranger, avortement clandestin, poursuite de la grossesse...). Il en résulte de ce fait un biais puisqu'on ne peut pas affirmer que les situations prises en compte ici, soient représentatives de toutes les autres. On peut notamment supposer que les cas relevant d'une IMG, au vu du critère d'accessibilité de cette dernière, sont les cas les plus « graves » ou du moins les cas perçus comme étant les plus graves et les plus préoccupants. Mais il paraît difficile d'établir, à partir des situations rencontrées ici, une liste des cas particuliers et spécifiques qui seraient les indications d'une IMG. À l'exception peut-être, des cas de grossesses issues d'un viol qui apparaissent comme un motif d'IMG plus facilement identifiable et plus communément accepté par les soignants.

Prenons un exemple : une jeune fille a un rapport non protégé avec son ami, la crainte de tomber enceinte s'installe progressivement mais s'apaise instantanément à la vue du sang dans sa culotte quelques semaines plus tard. Elle continue à saigner un peu tous les mois et ne s'inquiète pas davantage, jusqu'au jour où elle finit par découvrir sa grossesse à 14 semaines d'aménorrhée à la suite d'un malaise. Elle ne souhaite pas poursuivre la grossesse mais il est trop tard pour une IVG. Ces seuls éléments, faisant pourtant état du point central du problème qui est la raison de la demande tardive, ne nous permettent pas de présager de la suite de l'histoire, il manque des éléments du contexte. En effet, une IMG sera certainement envisagée si le père de la jeune fille est violent et qu'il pourrait devenir dangereux à l'annonce de la grossesse ou bien si elle présente des idées suicidaires et ce d'autant plus si elle est mineure. Cependant, s'il s'avère que les parents de

cette jeune fille sont compréhensifs et qu'ils ont les moyens de l'accompagner avorter à l'étranger, la possibilité d'une demande d'IMG ne sera probablement même pas évoquée. Et pour celles qui n'auront comme « seule » difficulté que l'impossibilité de pouvoir faire face à la contrainte financière d'un départ à l'étranger, l'IMG, si elle est proposée, le sera sans grande conviction car trop complexe et n'ayant que peu de chance d'aboutir. Et pourtant, il n'y a pas de situation où l'obligation de poursuivre une grossesse non désirée, faute d'avoir un autre choix, ne soit pas d'une extrême violence tout autant psychologique que physique. Est-il alors éthique d'avoir à juger, au vu du seul contexte, pour quelles femmes la poursuite de la grossesse ne sera effectivement pas préférable et pour lesquelles à contrario, cette dernière sera plus acceptable ? D'autant plus, comme le fait remarquer la juriste Lisa Carayon, que « *contraindre une personne à engager son corps pour sauvegarder la vie d'un tiers est en effet une situation inacceptable dans tout autre domaine du droit* ». ²⁸ C'est l'intervention d'un tiers en tant que décideur et juge de la détresse d'une femme qui pose problème dans le cas des IMG pour motif psycho-social. Car là où l'équipe pluridisciplinaire statue sur une appréciation médicale la plus objective possible dans le cas d'une IMG pour affection maternelle ou fœtale, elle doit émettre un jugement des plus subjectifs dans le premier cas et on peut se demander si là est vraiment son rôle.

Cela amène donc à se poser des questions sur la pertinence de la démarche d'IMG pour motif psycho-social telle qu'elle existe aujourd'hui et c'est d'autant plus vrai, au vu de l'important nombre de femmes qui en sont exclues. Il paraît alors important de réfléchir à une prise en charge plus adaptée et plus éthique.

III. Discussion

1. Allongement du délai : réticences et perspectives

La solution apparaissant comme la plus évidente pour répondre à la problématique serait un allongement du délai. Mais se posent alors les questions : quelle limite poser ? Faut-il seulement en poser une ? Et sur quels arguments ? En effet, aucune raison valable ne semble être en mesure de justifier le terme du délai actuel en France. Des arguments scientifiques et techniques ont été avancés tels que le dépassement d'un stade de développement du fœtus ou bien le geste de l'IVG devenant plus difficile techniquement passé un certain terme. Mais aucun n'est réellement fondé.

²⁸ Sous la direction d'Alexandrine Guyard-Nedelec et Laurence Brunet. *Mon corps, mes droit ! L'avortement menacé ? Panorama socio-juridique : France, Europe, États-Unis*. Mare et Martin Éditions, 2019, 206 p.

Une étude du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists publiée en 2010²⁹, conclut qu'au vu du développement de son système nerveux le fœtus ne ressentirait pas la douleur avant 24 semaines. Et pour ce qui est de la réalisation du geste d'IVG, quelques ajustements seraient sans doute nécessaires mais loin d'être insurmontables puisque l'IMG est actuellement pratiqué en France et ce peu importe le terme. Des cliniques espagnoles proposent même des IVG par aspiration jusqu'à 22 SA.

La crainte d'un recul de la date de la demande d'IVG est un des arguments avancé en défaveur d'un allongement du délai. Cependant en Hollande, où le délai légal est de 22 semaines d'aménorrhée, près de 95% des avortements sont pratiqués avant la fin de la 12^e semaine d'aménorrhée. En Angleterre où le délai est encore plus long, 24 SA, c'est également le cas pour 9 avortements sur 10. Et ce taux est stable depuis dix ans. Un délai plus important ne semble donc pas retarder la demande d'IVG. En effet, les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse tardent rarement à prendre leur décision et celles qui se retrouvent à devoir se décider à un terme avancé, pour quelques raisons que ce soient, ne font pas face à un choix facile. De plus, un délai tardif n'est pas en corrélation avec un taux plus élevé d'IVG, puisqu'au Pays-Bas, on a recensé en 2014, 8,5 IVG pour 1000 femmes alors que ce taux était de 15 pour 1000 en France. Alors pourquoi ne pas allonger davantage le délai ?

Un amendement du projet de loi Santé portée par la sénatrice Laurence Rossignol, ancienne ministre en charge des droits des femmes, visant à rallonger le délai d'IVG à 16 semaines d'aménorrhée a été soumis il y a peu au Sénat. Cette proposition a finalement été rejetée à la suite d'un second vote. Bien que cet amendement n'apporterait qu'une réponse partielle à la problématique des demandes d'IVG hors délai, puisqu'il ne s'agirait alors que de repousser le délai de deux semaines supplémentaires, comme il avait déjà été fait en 2001, il a permis de remettre sur la table un sujet trop largement tu et de réaffirmer la nécessité d'une action politique et juridique pour répondre à ce véritable problème de santé publique. La limite des 16 semaines n'a cependant toujours aucune justification, si ce n'est peut-être une certaine frilosité à l'idée de brusquer à la fois la mise en œuvre technique et pratique de l'interruption de grossesse ainsi que les mœurs. On peut donc se demander si un délai est finalement réellement nécessaire.

29 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Fetal Awareness : Review of research and recommendations for practice*. Report of a working party, mars 2010

2. Adhésion des soignants et clause de conscience

Le développement du fœtus étant un processus continu, il ne semble pas, à première vue, y avoir un stade à partir duquel il serait plus « grave » ou moins « acceptable » d'interrompre une grossesse. Pourtant on ne peut pas nier, qu'il semble plus facile de mettre fin à une grossesse lorsque l'embryon n'est encore « qu'une masse de cellules informes » plutôt que d'avoir à provoquer l'accouchement et l'expulsion d'un fœtus, que notre cerveau identifiera inévitablement comme ayant forme humaine. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille, pour fixer une limite infranchissable, se baser sur notre reconnaissance émotionnelle qui donnera, naturellement, plus d'importance au fœtus déjà bien développé de 20 semaines qu'à l'embryon des premiers jours. Cependant, il paraît important de prendre en compte cet élément, puisqu'il aura, très certainement, un impact notamment sur l'équipe soignante et donc, sur la prise en charge de la femme. Il est effectivement irréaliste de croire qu'une loi instaurant une suppression du délai pour l'interruption du grossesse soit effective rapidement et dans de bonnes conditions sur l'ensemble du territoire. Puisque, outre les aménagements techniques et matériels nécessaires, un point nous inquiète davantage, celui de l'adhésion des soignants à la démarche.

De fait, une clause de conscience générale est déjà reconnue dans les codes de déontologie de la plupart des professionnels de santé (médecins, sage-femmes, infirmiers), leur permettant de refuser, hors situation d'urgence, la réalisation d'un acte médical qu'ils estimeraient contraire à leurs convictions personnelles, professionnelles ou éthique. Mais l'IVG est un des rares actes médicaux pour lesquels une clause de conscience spécifique est inscrite dans la loi. Cette double clause de conscience est largement contestée par de nombreux défenseurs du droit à l'avortement, car en plus de stigmatiser l'acte de l'interruption de grossesse, elle en entraverait également l'accès. Il y a peu de données en France sur l'impact de cette dernière en terme de prise en charge des demandes d'IVG, c'est pourquoi la ministre de la santé, Agnès Buzyn, a récemment demandé une enquête à ce sujet. Cependant, il suffit de jeter un œil à la situation catastrophique en Italie, où près de 70 % des gynécologues refusent désormais de réaliser des avortements au nom de la clause de conscience, pour comprendre à quel point cette dernière peut engendrer des difficultés d'accès à l'IVG. Pourtant la supprimer, risque de ne faire changer que peu de choses en tant que tel, si ce n'est en symbolique, puisque les médecins auraient toujours la possibilité de refuser de réaliser une IVG. Il pourrait même y avoir un effet pervers, car jusqu'ici le texte de loi prévoyait que le médecin refusant de

pratiquer une interruption de grossesse devait « *informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention* »³⁰. Sans cette injonction, il est possible que le parcours des femmes en demande d'IVG n'en devienne que plus chaotique. La solution à ce problème serait plutôt d'exiger, comme c'est le cas au Royaume-uni, qu'un candidat à un poste dans un service où sont pratiquées des interruptions de grossesse, s'engage à réaliser l'ensemble des missions relatives à sa fonction y compris celles concernant les IVG.

La clause de conscience permet donc, même si ses conséquences sont difficilement chiffrables, de mettre en lumière un manque d'adhésion de la part des soignants, allant du simple rejet par appréhension dû au manque de formation à un refus de conviction catégorique et affiché. L'un ne démordra sans doute pas de sa position mais pour l'autre, il suffira certainement d'un accompagnement progressif dans un cadre rassurant pour apaiser les craintes. Cependant, en l'état actuel des choses et au vu de ces éléments, la limite des 22 semaines d'aménorrhée, seuil de viabilité du fœtus, nous paraît difficilement franchissable, du moins en une seule étape. En effet, passé ce délai, un geste fœticide est préconisé. Bien que la finalité reste la même, le geste fœticide rajoute une dimension symbolique à la démarche d'IVG. Il ne s'agit plus seulement de mettre fin à la grossesse, entendu comme l'état de grossesse, cette fois-ci on cible directement l'être responsable de cet état, on met fin à la vie du fœtus. Et il faut être en mesure d'entendre, même en étant favorable à l'avortement, que tout le monde ne se sente pas capable de réaliser cet acte.

C'est pourquoi, bien qu'un allongement du délai nous semble nécessaire, il convient de réfléchir à la faisabilité de sa mise en œuvre et de ne pas, par conviction, vouloir brûler les étapes. Car soyons pragmatiques, une loi pour être appliquée doit être votée et une loi votée doit pouvoir être appliquée. Les femmes n'auraient alors rien à gagner si ces conditions, par un rejet de la majorité et un refus important de personnes pour la mettre en pratique, n'étaient pas remplies.

3. Un cadre rassurant pour une pratique soignante bienveillante

Tout soignant, quelles que soient ses croyances personnelles, doit pouvoir se sentir concerné et investi dans la démarche d'IVG comme il le serait pour la réalisation de n'importe quel autre soin car convaincu d'agir dans l'intérêt du patient. Il faut donc veiller par l'accompagnement, la

30 Article L2212-8, Code de la Santé Publique

formation et l'information à ne pas engendrer de sentiments d'appréhension, de malaise voire de souffrance au sein de l'équipe soignante afin d'éviter des situations violentes et éprouvantes aussi bien pour le professionnel que pour la femme souhaitant interrompre sa grossesse.

Il y aurait donc plusieurs pistes de travail à creuser afin de répondre, en terme de mise en œuvre pratique, aux demandes d'interruption de grossesse actuellement hors délai en France. Celles-ci sont à envisager en tant qu'étape en vue de parvenir au but final de la reconnaissance et de la mise en place effective dans de bonnes conditions du droit à l'avortement.

Premièrement, l'allongement du délai sur l'exemple de nos voisins Britanniques et Néerlandais pourrait être une proposition acceptable, à condition que le délai soit suffisamment important pour qu'un véritable changement soit observable, et qu'il soit justifié, non par la morale, mais par la nécessité de garantir la mise en œuvre des moyens techniques, financiers et humains. La limite des 22 SA répond, selon nous, à ces critères et pourrait être envisagée dans un premier temps. Pour les demandes qui dépasseraient encore le délai (puisque tant qu'il y aura un délai, des femmes s'en trouveront exclues), il faut réfléchir à une redéfinition de l'IMG pour motif psycho-social, afin qu'il soit mieux reconnu et que son application soit facilitée en redonnant à la femme la place centrale qui lui revient dans la prise de décision. De plus au vu de notre étude, les demandes d'interruption de grossesse au-delà de 22 semaines d'aménorrhée semblent être plus rares et relever davantage de situations particulièrement complexes qui nécessiteraient un accompagnement plus spécifique. En d'autre terme le délai établi, ne serait plus tant la limite entre le moment où une IVG est autorisée et celui à partir duquel elle ne l'est plus, mais plutôt le seuil entre deux prises en charge différentes. Le remboursement par la Sécurité Sociale des interruptions de grossesse pratiquées à l'étranger, doléance ancienne du planning familial, pourrait permettre dans un premier temps de s'assurer que toutes les femmes puissent avoir accès à une IVG pendant le temps de transition. Il ne faudrait cependant pas que cela entraîne un retard dans la mise en place des nouvelles dispositions.

Deuxièmement, la formation de l'ensemble du personnel soignant (et pas seulement des médecins) afin d'acquérir un savoir-faire mais aussi un savoir-être, est essentiel pour assurer une prise en charge bienveillante. La création de structures spécialisées serait un moyen de rassembler en un même lieu, le savoir-faire et les moyens techniques notamment pour les interruptions tardives ainsi qu'une équipe capable d'apporter un soutien et un accompagnement tout au long de la démarche. Cependant, bien qu'il semble préférable de concentrer les moyens humains et matériels

afin d'être en mesure de proposer des soins adaptés et de qualité, au plus grand nombre, il faudra veiller à ne pas créer d'inégalité d'accès sur le territoire

Troisièmement, il ne faut pas oublier les mineures, d'autant plus vulnérables et sujettes à des découvertes tardives de grossesse, qu'elles sont isolées, en rupture familiale ou simplement mal informées. Pour faire face à la solitude de ces adolescentes, il apparaît plus que tout nécessaire de pouvoir faciliter leur démarche et leur permettre d'avorter en France, au plus proche de leurs points de repères et des personnes qui pourront les soutenir. Cependant, en ce qui concerne le consentement parental, beaucoup de questions se posent : jusqu'à quel terme peut-on pratiquer sans risque majeur une IVG à la demande d'une mineure sans le consentement de ses parents ? Peut-on se contenter d'informer sans attendre de consentement ? Faut-il faire la distinction entre une mineure de 13 ans et une mineure de 17 ans ? Prenons l'exemple d'une mineure, enceinte à la suite d'un échec de contraception, qui découvre sa grossesse tardivement et qui souhaite l'interrompre car elle ne se sent absolument pas prête à être mère et n'a ni la maturité ni les moyens de subvenir aux besoins d'un enfant. Elle informe ses parents de sa décision mais ces derniers refusent catégoriquement pour des raisons personnelles qu'elle avorte. Que faire alors ? Peut-on laisser une enfant devenir elle-même la mère d'un enfant car ses parents refusent de donner leur consentement ? Il faudra évaluer si le risque lié à l'acte d'interruption de grossesse tardive est plus important et nécessiterait une modification des disposition actuelles en terme de consentement parental. Il paraît cependant intéressant de noter qu'une mineure n'a nul besoin du consentement de ses parents pour accoucher sous X.

4. Un risque de dérives eugéniques ?

Avec les avancées techniques en terme de diagnostic pré-natal et d'analyse du génome, se sont éveillées des craintes de dérives eugéniques et des arguments contre une modification du délai de l'IVG ont ainsi pu être formulés. En 2001 lors des débats sur l'allongement du délai, le Comité Consultatif National d'Éthique avait déclaré que le risque ne paraissait pas fondé. Il avait également été ajouté qu'*« invoquer cette connaissance facilitée et banalisée du sexe ou de l'existence d'une anomalie mineure pour empêcher la prolongation du délai légal apparaîtrait au CCNE excessif et d'une certaine façon attentatoire à la dignité des femmes et des couples. Ce serait en effet leur faire injure, et les placer en situation d'accusés potentiels, que de penser que la grossesse est vécue de*

façon si opportuniste que sa poursuite ou son arrêt ne tiendrait qu'à cette connaissance. »³¹.

Qu'est-ce qui change aujourd'hui ? Les progrès scientifiques n'ont de cesse de rendre les techniques de plus en plus performantes et le délai pour l'interruption de grossesse tend à s'allonger, ce faisant la fenêtre de chevauchement risque de devenir plus grande et les craintes de l'impact du premier sur le deuxième s'accroissent. Mais pourtant rien ne change profondément, les femmes ne sont pas devenues plus « viles » et l'interruption de grossesse, bien que peut-être un peu mieux communément acceptée, reste une décision lourde en responsabilités et quelquefois difficile à prendre.

L'eugénisme résulte d'une action collective et organisée ayant pour objectif de sélectionner volontairement certains caractères jugés supérieurs et/ou de favoriser l'élimination d'autres définis comme défavorables. On ne peut pas exclure que certaines personnes useront de leurs droits de manière éthiquement discutables dans le but de donner naissance à un bébé plus conforme à leurs souhaits cependant elles ne pourront être qualifiées d'eugénistes car il s'agirait alors d'une démarche individuelle. Et nous ne pouvons, sous le seul prétexte de l'hypothèse d'agissements certes graves et critiquables mais à priori marginaux, nous empêcher d'apporter une réponse à la détresse bien réelle de femmes bien plus nombreuses. Il semble tout de même important de conserver une procédure bien distincte entre les IVG et les IMG pour motifs médicaux notamment en cas d'affection fœtale, puisque les contextes sont fondamentalement différents. En effet, le caractère désiré ou non désiré de la grossesse change totalement la façon d'appréhender la démarche d'interruption de grossesse et donc l'accompagnement qui en résulte.

31 *Réponse du CCNE aux saisines du Président du Sénat et du Président de l'Assemblée Nationale sur l'allongement du délai d'IVG. n°66, 23 novembre 2000*

CONCLUSION

Les difficultés que rencontrent les femmes hors délai en demande d'interruption de grossesse et les rares dispositifs mis en place pour les aider à les surmonter ne peuvent qu'accentuer leur détresse et doivent nous alerter sur une situation inacceptable. En effet, et bien que les conditions se soient nettement améliorées et que les avortements clandestins, d'une dangerosité extrême, ne soient plus le quotidien macabre des services d'urgences, les IVG tardives favorisent (comme avant la loi Veil) un système de santé à deux vitesses. Il n'est d'ailleurs aucunement question de minimiser l'impact majeur de la loi de 1974 qui fut un tournant historique en termes de droits des femmes, mais il n'en reste pas moins, qu'en France encore aujourd'hui, des femmes deviennent mères non par choix, mais faute de moyens financiers pour avorter à l'étranger ; un clivage par l'argent d'autant plus insupportable que règne une profonde incertitude sur l'avenir de ces bébés issus de grossesses non désirées. Nul doute que pour certaines la naissance d'un enfant se révélera finalement être un heureux et doux imprévu mais pour d'autres, cette naissance ne pourra qu'aggraver la vulnérabilité et la détresse voire susciter la violence. Nous savons aujourd'hui qu'un enfant meurt tous les 5 jours du fait de ses parents, et pourtant, aucune étude ne permet d'établir un lien entre une grossesse non désirée et des actes de violence infantile (bébés secoués) voire d'infanticides. Cette hypothèse mériterait certainement plus de préoccupations qu'elle n'en suscite actuellement.

La problématique des IVG hors délai souffre d'un défaut de visibilité. Effectivement, le grand public semble convaincu, au vu peut-être du nombre important d'IVG en France chaque année ou bien du délai qui paraît « quand même » suffisant (trois mois, c'est déjà beaucoup pour se décider), que les femmes qui arrivent encore à dépasser la limite des 12 semaines de grossesse l'ont fait exprès. Et le peu d'investissement des pouvoirs publics malgré les sollicitations fréquentes des associations militantes n'aide pas à faire changer cette idée. Ce peu d'intérêt et la profonde inaction qui en résulte s'expliquent en partie par un manque cruel de données permettant de mesurer l'ampleur du phénomène ainsi que son impact. Il est donc important de les collecter sans plus tarder et à plus grande échelle. La députée Marie-Pierre Rixain a annoncé début juin la création d'une mission d'information parlementaire pour dresser un état des lieux de l'accès à l'IVG en France et réfléchir notamment à un allongement du délai. Les conclusions de cette enquête sont très attendues.

Dans un même temps, il est urgent d'engager les moyens nécessaires pour accompagner et informer la population et tout particulièrement les jeunes, au sujet de la vie affective et sexuelle. N'est-il pas en effet d'une grande hypocrisie de continuer à délaissier les structures pratiquant les IVG tout en fermant les yeux sur la non application de la loi de 2001 sur l'obligation des trois séances d'éducation à la santé sexuelle à partir de l'école primaire³² et en s'offusquant haut et fort, du nombre bien trop important d'interruptions de grossesse en France ? Le combat pour une reconnaissance du droit à l'avortement ne pourra être mené efficacement qu'avec la volonté sans faille de faire tomber le tabou entourant la sexualité. Ce n'est pas en faisant comme si la sexualité adolescente n'existait pas que nous éviterons à une jeune fille de tomber enceinte alors qu'elle ne le souhaite pas.

En travaillant sur des dossiers de patientes ayant eu recours à des interruptions médicales de grossesse pour motifs psycho-sociaux, nous avons rassemblé les données les plus accessibles pour tenter de comprendre les raisons des demandes tardives. Elles se sont avérées multiples résultant de nombreux facteurs et contextes de vie entremêlés ; impossible alors d'imaginer que ces demandes auraient pu être formulées plus tôt. Et si nous ne pouvons agir sur les éléments expliquant le caractère tardif des demandes d'interruption de grossesse, quoi de plus légitime que de vouloir repenser ce délai, établi presque aléatoirement, et qui rend, non sans conséquence, des femmes inéligibles au droit à l'avortement. La démarche d'IMG, non satisfaisante car incapable de répondre à l'ensemble des demandes et remettant en cause la capacité d'une femme à pouvoir juger elle-même de sa situation, nous a conduit à formuler d'autres propositions prenant en considération les différents éléments en jeu et les craintes soulevées par un allongement du délai. Mais le sujet étant particulièrement vaste et soulevant d'innombrables questions tant éthiques que sociétales ou organisationnelles, nous avons probablement et involontairement omis d'explorer certains axes importants du débat. Un travail plus approfondi et une réflexion collective seront très certainement nécessaires pour élaborer des solutions plus justes, réalistes et durables.

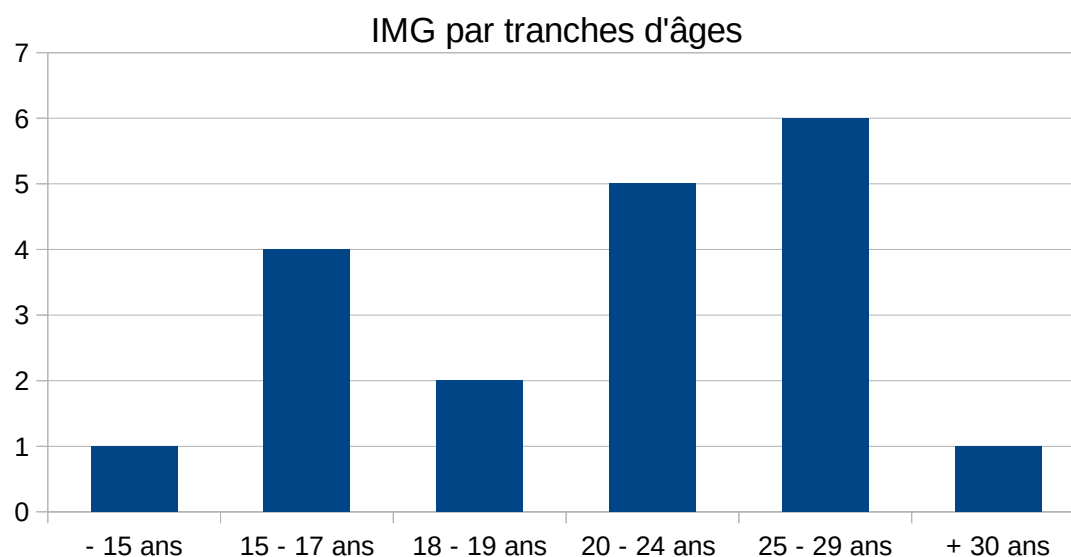
32 Article 22, Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

ANNEXES

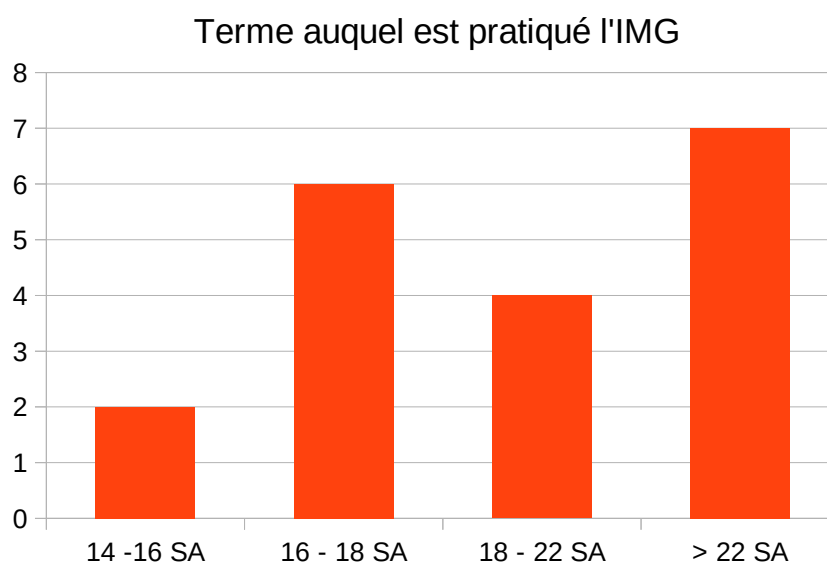
Annexe 1 : Statistiques établies à partir du registre national des avortements (Landelijke Abortus Registratie)

	2008	2011	2013	2014	2015
Nombre de femmes étrangères ayant avorté	4436	3924	3102	2990	2988
Pourcentage de françaises (%)	31	40,2	41,2	40	38,5
Nombre de françaises	1375	1577	1278	1196	1150
Pourcentage de mineures parmi les françaises	24,3	/	24,5	23,5	19,2

Annexe 2



Annexe 3



BIBLIOGRAPHIE

Benoît Bayle. « *Les enfants du viol et de l'inceste. Maternité et traumatisme sexuel* », L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique, ERES, 2005, p. 63-116.

Biggs, Upadhyay, McCulloch, Foster. *Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study*. JAMA Psychiatry. 2017, 74, p. 169-178.

Department of health and social care. *Abortion statistics, England and Wales : 2017* [en ligne]. Juin 2018 révisé en décembre 2018. [consulté le 25 avril 2019] Disponible sur : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/763174/2017-abortion-statistics-for-england-and-wales-revised.pdf

Laurence Esterle. *Le traumatisme post IVG une réalité scientifique ?* Revue de littérature. Cermes3, Inserm U988, UMR 8211 CNRS, EHSS, Université Paris-Descartes.

Agnès Guillaume, Clémentine Rossizer. *L'avortement dans le monde.état des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*. Population, 2018, 73 (2), p. 225-322

Évolution du nombre des interruptions volontaires de grossesse par groupe d'âges de la femme - Séries depuis 1990, INSEE Résultats, 2016

Raymonde Jegoudez Moullier, *Prise en charge des interventions volontaires de grossesse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée en 2009*. Mémoire de diplôme Universitaire de Régulation de naissances, Paris, Université Paris Descarte, 2009, 29 p.

Daphnée Lepertois, *Le délai légal pour pratiquer une IVG est-il (vraiment) nécessaire?* [en ligne] 13 juin 2019 [consulté le 4 juillet 2019]. Disponible sur : <http://www.slate.fr/story/178209/allongement-delai-legal-avortement-ivg-suppression>

Dominique Merg, Patrick Schmoll. *Éthique de l'interruption médicale de grossesse en France*. Les dossiers de l'obstétrique, ELPEA, 2005, Éthique de l'IMG en France, p.21-29.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État aux droits des femmes et à la formation professionnelle, Service des droits des femmes et de l'égalité, *Les violences envers les femmes au quotidien : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France* (ENVEFF), 2001

Muriel Moisy, *Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante*. Revue française des affaires sociales, 2011, p.162-198

B.Piel, E.Azria, J.-F.Oury, L.Carbillon, L.Mandelbrot. *Interruptions médicales de grossesse pour motifs maternels: étude rétrospective multicentrique des indications dans la période entre la loi sur l'interruption de grossesse de 2001 et la nouvelle loi de bioéthique*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, volume 42, Elsevier Masson, 2013 , p. 342-350

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Fetal Awareness : Review of research and recommendations for practice*. Report of a working party, mars 2010

Cécile Sarafis. *L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des Conseillères Conjugales et Familiales*. Diplôme universitaire de victimologie, Université Paris Descarte, 2009

Annick Vilain, avec la collaboration de Sylvie Rey, *216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017*. Études et Résultats, n°1081, DREES, septembre 2018

Catherine Villeneuve-Gokalp. *Les femmes qui accouchent sous le secret en France, 2007-2009*, Population, vol. 66, no. 1, 2011, pp. 135-169.

Laurence Wittke, *48 heures à la Beahuis & Bloemenhoveliniek*, Mémoire de diplôme Universitaire de Régulation de naissances, Paris, Université Paris Descarte, 2006, 24 p.

Samuel Zittoun. *Interruption de grossesse et psychiatrie : revue de la littérature et cas cliniques*. Thèse de doctorat en médecine sous la direction du Docteur Liova YON, Faculté de médecine de Créteil, 2017, 88 p.

Wijzen, C. and all, *Landelijke abortusregistratie 2008 / 2011 / 2013 / 2014 / 2015*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep, 2008 / 2013 / 2015 / 2016 / 2017

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. JORF du 18 janvier 1975, page 739

Projet de loi n° 2605 du 4 octobre 2000 relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [en ligne] 6 octobre 2000 [consulté le 3 mai 2019] Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/11/projets/pl2605.asp>

Rapport d'information n°2702 de Mme Danielle Bousquet au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi (n° 2605) relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. [en ligne] 15 novembre 2000 [consulté le 3 mai 2019] Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-info/i2702.asp>

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, JORF n°0156 du 7 juillet 2001, page 10823

Article 24, Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, JORF n°0179 du 5 août 2014, page 12949

Article L.2213-1, Code de la Santé Publique, version en vigueur au 9 juillet 2011

Article L2212-8, Code de la Santé Publique, version en vigueur au 14 janvier 2017

IVG : un droit garanti par la loi [en ligne] publié le 25 septembre 2013, mis à jour le 19 octobre 2017 [consulté le 25 avril 2019]. Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>

Planning Familial, *Panorama sur l'avortement dans l'Union Européenne*, Les dossiers. Février 2016. [en ligne] [consulté le 30 avril 2019] Disponible sur : http://documentation.planning-familial.org/imag/vignettecentre/doc/pdfdosdoc/2016_02_panorama_AVO_EU.pdf