



Direction thématique  
Vie, famille et santé

# DOSSIER D'ETUDE

**Sabine FAIVRE**

Chargée de communication de la Direction thématique  
« Vie, famille et santé »

## LA VERITE SUR L'AVORTEMENT AUJOURD'HUI



© Suprijono Suharjoto - Fotolia.com

Cet argumentaire est extrait du livre « la vérité sur l'avortement aujourd'hui » de Sabine Faivre, publié aux Editions Téqui en Juin 2006. Il présente un bilan de la loi du 4 Juillet 2001 sur la base d'un mémoire universitaire d'éthique médicale, rédigé à la suite d'une enquête de plusieurs mois en milieu hospitalier

### 1) L'avortement à l'épreuve de la réalité



#### A - Constatations sur la pratique de l'IVG :

##### 1 – Persistance du nombre total d'IVG

Les témoignages de médecins impliqués dans le système montrent que le chiffre officiel avancé du nombre d'avortements en France est très probablement en deçà de la réalité.

De l'avis de tous les médecins rencontrés, le nombre total d'IVG n'a pas diminué depuis la loi Veil. Un des médecins rencontrés affirme qu'il pratique aujourd'hui autant d'avortements qu'en 1975. Il reconnaît avec une certaine amertume que rien n'a changé, qu'on en est toujours au même point <sup>1</sup>.

De plus, une donnée nouvelle est également apparue, qui suscite un sentiment d'inquiétude chez les professionnels : c'est à la fois le nombre croissant d'IVG chez les mineures, et ce qu'ils appellent « l'échec du discours de prévention », qui amènent tous les ans 220.000 femmes à demander l'avortement.

<sup>1</sup> id p 23, 26, 33

## **2 - Le paradoxe contraception - IVG**

### a ) IVG et moyen de contraception :

La réalité de la pratique montre que certaines femmes recourent à l'avortement régulièrement, comme une sorte de moyen de contraception. Ces cas ne sont pas si rares, d'après les équipes d'infirmiers qui ont pu témoigner, ou même de la bouche des médecins concernés. Cette difficulté suscite chez tous ces professionnels beaucoup d'incompréhension, parfois de la révolte, et surtout un grand sentiment d'impuissance<sup>2</sup>.

Comment réagir face à des femmes qui reviennent pour la quatrième, voire cinquième fois à quelques mois d'intervalle ? Cette réalité là est difficilement vécue par les soignants.

A cela s'ajoute un malaise : ils savent qu'ils ne peuvent rien dire puisque la loi favorise le recours à l'IVG, mais en même temps, ils sentent bien que l'avortement n'est pas la solution, et ils craignent les retombées psychologiques de ces récidives.

### b ) IVG et échec contraceptif :

Le fait qu'il y ait trop d'avortements est un constat apparemment partagé par tous, en particulier par les médecins qui le pratiquent. A ce constat s'ajoute la prise de conscience d'une réalité nouvelle, problématique : la plupart des femmes qui recourent à l'avortement connaissent et utilisent la contraception.

Cela constitue un paradoxe d'autant plus intéressant à soulever que toutes les personnes impliquées dans la pratique de l'avortement, assistantes sociales ou conseillers conjugaux, reconnaissent que l'échec contraceptif mène quasiment à coup sûr vers l'avortement. D'un côté tout est mis en œuvre pour promouvoir la contraception comme seul moyen d'éviter le recours à l'IVG, d'un autre côté, la réalité montre que même avec une bonne connaissance de la contraception, nul n'est à l'abri d'un oubli, d'un accident.

L'expérience de ces femmes rencontrées en entretien pré-IVG est éloquent : la plupart arrivent en expliquant qu'elles ont eu un accident dans l'utilisation de leur contraception,

- soit parce que le préservatif a craqué,
- soit parce qu'elles ont oublié un jour de prendre leur pilule – épisode qu'elles ont vécu comme une sorte de transgression inconsciente, voire, dans certains cas, comme un acte manqué,
- soit parce qu'elles ont vécu dans leur vie personnelle un événement qui les a un temps soustraites à la contrainte contraceptive.<sup>3</sup>

### c) Refus et contre-indications

Hors des situations précédemment évoquées, on se trouve confronté à un certain nombre de difficultés, que le discours sur la contraception ne peut pas résoudre à lui tout seul :

Il y a les femmes qui se jugent trop jeunes et qui refusent à quinze ans de prendre une contraception régulière, parce qu'elles n'arrivent déjà pas à trouver un équilibre dans leur vie personnelle ou familiale, et qui se comportent vis à vis de la contraception comme elles se comportent dans leur vie sexuelle quand elles en ont une, c'est à dire de façon souvent anarchique et immature.

Il y a celles qui fument et qui préfèrent fumer à prendre la pilule.

Il y a celles qui ont des contre-indications absolues à l'utilisation de la pilule, des problèmes de poids, de diabète ou d'hypertension.

Il y a enfin celles qui se retrouvent enceintes alors qu'elles ont correctement utilisé leur contraception. Cela s'est vu, et même si ces cas sont exceptionnels, ils méritent quand même qu'on s'y intéresse.

## **B - Le système de prise en charge :**

### **1 - L'accès à l'information :**

#### a ) des femmes

Les femmes qui demandent un avortement, qu'elles soient mineures ou plus âgées, ont un manque de connaissances, à la fois de la loi, et des possibilités auxquelles elles pourraient recourir pour éviter l'avortement, mais aussi de la réalité de l'avortement.

---

<sup>2</sup> voir témoignage p 21

<sup>3</sup> id p. 7

Le temps consacré à l'écoute et au dialogue avec la femme est extrêmement réduit, il n'excède pas dix minutes, et encore.<sup>4</sup> Toutes les demandes d'IVG étant concentrées le même jour, les assistantes sociales doivent rencontrer en un temps très limité des dizaines de femmes dont beaucoup sont dans une situation de détresse majeure. Il leur est impossible de les écouter de façon satisfaisante, et il leur arrive de passer, sans le voir, à côté de situations de violence conjugale ou de pression qui auraient peut-être mérité un approfondissement, une écoute, un accompagnement adaptés.<sup>5</sup> Les dix minutes permettent d'écouter la demande, d'y répondre en expliquant brièvement le fonctionnement de l'intervention et des modalités administratives, de faire quelques mises en garde contraceptives.<sup>6</sup>

Il n'est pas rare de voir des femmes en pleurs évoquer leur échographie, de se dire torturées par le choix qu'elles ont à faire.

Mais aucune information ne leur est donnée sur les aides dont elles pourraient bénéficier pour mener leur grossesse à terme.

Quand on interroge ces femmes sur de possibles soutiens, celles-ci semblent découvrir qu'il puisse exister autre chose que l'avortement. Il est frappant de voir quelle libération peuvent apporter dans certains cas les propositions d'aide.<sup>7</sup>

Concrètement, ces femmes, sont maintenues dans l'ignorance de la réalité de l'avortement. Or combien de femmes blessées voit-on arriver en post-IVG qui disent « je ne pensais pas que ce serait aussi dur » ?

La réalité de l'avortement, ce n'est pas un blanc entre deux tranches de vie, qu'on essaie d'enfourer en soi en se persuadant que ça n'a jamais existé. Comme le dit le Professeur N., l'avortement, « c'est une violence inouïe », et ce n'est pas en cachant la vérité qu'on permettra aux femmes de mieux le vivre.<sup>8</sup>

La difficulté pour les assistantes sociales est de pouvoir concilier la conscience qu'elles-mêmes ont de l'avortement, avec une forme de discours officiel, qui tendrait plutôt à dédramatiser le recours à l'IVG: cela est une source de tension chez beaucoup d'entre elles, même si elles ne l'avouent pas explicitement.

Celles-ci sont comme prises en étau entre le devoir d'informer un minimum sur ce que sera l'intervention, avec ses corollaires de douleur et de souffrance, et l'obligation qu'elles se donnent parfois d'évacuer de leur discours tout ce qui pourrait rappeler la réalité vivante de l'embryon. L'avortement devient alors dans leur discours une sorte de rejet naturel, rapide et indolore.<sup>9</sup>

De ce fait, une sorte de silence gêné pèse alors sur les répercussions possibles de l'avortement, et les femmes sont maintenues dans l'ignorance de ce que sera pour elles l'après- IVG. Personne ne veut en parler, même si tout le monde sait intimement que ce sera douloureux. Celle qui se risquerait à aborder le sujet, dans un but d'information, pourrait être accusée de vouloir dissuader la femme ; or vouloir dissuader une femme d'avorter, c'est courir le risque de tomber sous le coup d'une poursuite pénale. Ceci peut aussi expliquer parfois l'absence d'information à ce niveau là : le sujet est tout simplement éludé.<sup>10</sup>

#### b ) du personnel participant à l'entretien pré-IVG

Il est frappant de voir quelle connaissance les travailleurs sociaux ont des différentes informations qui seraient susceptibles d'intéresser une femme enceinte en difficulté : pour l'essentiel, l'information donnée au cours de l'entretien se réduit aux modalités de l'avortement et à la contraception, alors même que certains travailleurs sociaux souhaiteraient pouvoir faire plus, et ressentent un réel sentiment de frustration par rapport à leur impuissance. Elles ne peuvent donc pas orienter certaines femmes, pour lesquelles elles pensent néanmoins qu'elles auraient besoin d'un accompagnement plus profondi.

Ce défaut d'information paraît finalement préjudiciable à la liberté de choisir.

## **2 - les moyens d' accompagnement des femmes et du personnel :**

### a ) Etat des dispositions mises en œuvre pour accueillir les femmes

Le centre de planification est ouvert deux heures dans la semaine ; il accueille donc à ce moment là toutes les demandes, d'IVG, de contraception, d'informations sur les MST.... Dans ce système, chacun a un

---

<sup>4</sup> voir témoignage p. 15, 17

<sup>5</sup> id p. 9, 16

<sup>6</sup> id p. 16

<sup>7</sup> id p. 8

<sup>8</sup> id p. 34

<sup>9</sup> id p. 18

<sup>10</sup> voir témoignage p. 9, 18 et annexe p.92

rôle prédéterminé : les assistantes sociales appellent les femmes par leur numéro. Là, elles disposent d'environ cinq à dix minutes pour entendre leur demande, répondre à leurs questions. Elles font ensuite le relais vers le médecin qui consulte dans une pièce voisine. Pour peu que le médecin soit pressé, il faut qu'elles aillent plus vite, surtout si le médecin en question a décidé qu'il partirait au bout des deux heures réglementaires. Pour que la machine fonctionne, il faut d'une certaine façon qu'elle soit « bien huilée ». <sup>11</sup> Or une femme enceinte en détresse qui vient là et qui hésite, c'est un peu comme un grain de sable risquant de gripper l'engrenage.

Dans ces conditions, il vaut mieux ne pas trop perdre de temps. On voit bien comment au cours des entretiens, la femme qui hésite est rapidement remise sur les rails. <sup>12</sup>

Les dispositions mises en œuvre sont telles qu'elles rendent impossibles une écoute réelle de la personne, quelle que soit la bonne volonté des assistantes sociales. Certaines reconnaissent qu'elles n'ont pas le temps, et que parfois, elles passent parfois à côté de choses très importantes.

La difficulté s'accroît avec une disposition récente de la dernière loi, encore mal connue : la suppression du caractère obligatoire de l'entretien pré-IVG.

Depuis le 4 Juillet 2001, les femmes peuvent venir avorter sans passer par les assistantes sociales.

De ce fait, aujourd'hui nul n'est tenu de connaître leur histoire ; certains médecins, pour se protéger, font d'ailleurs le choix de rester totalement extérieurs aux raisons qui poussent les femmes à venir les consulter. Une phrase revient souvent dans la bouche de ce médecin qui pratique quotidiennement des IVG, « je ne veux pas m'impliquer, c'est déjà suffisamment dur comme ça ». A la limite, cela lui permet de gommer plus facilement l'événement, puisque cette femme n'aura jamais pour lui ni nom, ni visage.

De son côté, la femme est livrée à la solitude, ce qui n'est pas sans risque de méprise. A ce titre, le témoignage du Professeur N. est éloquent : il raconte comment une femme a été un jour hospitalisée en urgence, alors que personne n'avait pu entendre les raisons de sa demande. L'avortement avait commencé quand la femme se mit à hurler qu'elle voulait en fait garder son enfant. C'était trop tard, l'enfant avait déjà un pied dans le vagin ; il est sorti finalement, vivant, à quatorze semaines. Sa mère bouleversée a voulu le prendre contre son sein. <sup>13</sup>

Ce fut un traumatisme pour toute l'équipe. Suite à ce drame, une des sages-femmes a donné sa démission.

La cause profonde de cette situation tient dans le fait que cette femme avortait sous la contrainte d'une personne proche de sa famille, mais personne n'avait pu s'en rendre compte, puisque personne ne l'avait écoutée.

Finalement, l'équipe choquée a reconnu que « cette femme méritait de garder son enfant ». Bien sûr, il était trop tard pour faire marche arrière.

On peut se demander si l'absence d'entretien ne risque pas de systématiser le silence précédant l'IVG au détriment des femmes les plus fragiles, notamment celles soumises à une influence extérieure, qui n'auront pas la chance d'être entendues.

#### b.) l'accompagnement post-IVG

On s'étonne dans ces conditions que la visite post-IVG soit facultative pour la femme. <sup>14</sup> La fiche d'information donnée par les médecins aux femmes qui demandent une IVG, les avertit des risques qu'elles encourent. <sup>15</sup> Pourtant aucune femme n'est tenue de revenir voir son médecin après un avortement. Tous reconnaissent qu'une femme qui a avorté n'aime pas revenir sur les lieux où s'est produit l'avortement, à cause de la blessure que cela crée en elle; les assistantes sociales, les conseillers conjugaux, les psychologues de l'hôpital ne voient jamais, sauf exception, revenir deux fois la même femme.

Cela s'explique notamment par le poids que peut prendre dans certains cas le retentissement psychologique de l'avortement.

Or ce retentissement n'est pas reconnu, et donc pas traité comme une souffrance à part entière.

Rien n'est mis en place pour permettre aux femmes ayant subi un avortement de trouver des lieux d'écoute pour parler de ce qu'elles ont vécu, de se reconstruire. Certaines femmes disent, parfois avec

---

<sup>11</sup> id p. 11

<sup>12</sup> id p. 18

<sup>13</sup> voir témoignage p. 35

<sup>14</sup> cf annexe p. 89

<sup>15</sup> idem

violence, que la société ne leur reconnaît pas le droit de souffrir.<sup>16</sup> Les conséquences de ce défaut de soutien sont difficiles à évaluer.

Pourtant la nécessité de développer un accompagnement spécifique après l'avortement est reconnue par beaucoup de professionnels travaillant dans ce secteur.<sup>17</sup>

Faute de structures officielles existantes, ce sont vers les psychologues, les psychanalystes, vers certaines rares associations spécialisées dans l'accompagnement post- IVG que vont les femmes, les couples qui ont du mal à s'en remettre. Ces professionnels témoignent de ce à quoi ils ont à faire face, de l'ampleur de la tâche, de la profondeur des blessures qu'ils découvrent parfois chez les hommes, les femmes, les enfants qui viennent les consulter, parfois des années après.<sup>18</sup>

Pour résumer, l'IVG est dans ce dispositif vécu comme un acte totalement isolé : isolé en amont des alternatives qui pourraient permettre de l'éviter, et isolé en aval des propositions d'écoute et d'accompagnement qui pourraient permettre de le soigner. Tel qu'il est conçu, le dispositif ressemble à une sorte d'entonnoir dans lequel les individus n'ont pas ou peu de liberté de manœuvre, puisque, comme le dit une des jeunes femmes rencontrées, « tout est fait pour conduire à l'IVG, rien n'est fait pour le prévenir ».<sup>19</sup>

## **C. La prise en charge des femmes**

L'étude sur le terrain de quelques centres d'IVG montre des disparités dans la prise en charge des femmes. Elles révèlent un certain flou dans la constitution des critères qui permettent d'apprécier la « validité » d'une demande d'IVG ou d'IMG.

### **1 - Les conditions d'accueil :**

D'après les confidences de médecins impliqués dans la pratique de l'avortement, certaines femmes à qui on refuse l'avortement dans un service parce que leur demande est jugée irrecevable, se font accepter dans un autre<sup>20</sup>.

Les difficultés surviennent en effet lorsqu'on découvre que la femme a dépassé le délai légal, ou quand elle sollicite un avortement pour un motif qui n'entre pas dans le cadre défini par la loi : par exemple un bec de lièvre, ou une malformation bénigne. Le Professeur N. avoue qu'il a rencontré durant l'année plusieurs femmes en demande d'avortement parce que le sexe de l'enfant ne leur convenait pas, demandes qu'il a refusées.<sup>21</sup>

### **2 - Les cas limites**

Les cas « limites » correspondent à ceux qui ont été évoqués plus haut ; de façon générale, ils sont posés par les situations de dépassement de délai, et par des situations jugées critiques, que certains appellent « les demandes d'avortement pour cause maternelle ». On est surpris d'apprendre que des avortements hors délai dénommés « IVG tardives » sont pratiqués dans certains services ; ces « IVG tardives » font l'objet d'un protocole d'urgence, ce qui n'est pas sans créer parfois des situations bouleversantes. On garde en mémoire l'histoire de cette femme hospitalisée à quatorze semaines de grossesse, et dont personne n'avait pu écouter la véritable détresse.<sup>22</sup>

Les cas « limites » sont tous ceux qui échappent à la loi, et qui interpellent la conscience du médecin ; il y a toutes ces situations de doute dans lequel un couple se retrouve parfois face à une suspicion de maladie ou de handicap pour l'enfant à naître ; ces cas où l'on ignore le pronostic à long terme d'une maladie détectée in utero ; les cas tangents ; et tous les paramètres qui entrent en ligne de compte dans une décision d'avortement , et qui souvent mettent en jeu la responsabilité du médecin.<sup>23</sup>

---

<sup>16</sup> voir témoignage p. 48

<sup>17</sup> id p. 37, 59

<sup>18</sup> id p. 59

<sup>19</sup> id p. 46

<sup>20</sup> voir témoignage p. 36

<sup>21</sup> id p. 36

<sup>22</sup> id p. 35

<sup>23</sup> id p. 36

Les critères de prise en charge semblent varier, selon l'état d'esprit du médecin ou de l'équipe, parfois aussi selon le seuil de tolérance face à la difficulté de l'acte sollicité : le problème qui semble se poser aux équipes médicales, n'est pas tant de savoir si la transgression par rapport à la loi est possible, mais de savoir s'ils se sentent humainement capables d'assumer un avortement dans ces circonstances là.<sup>24</sup>

On se rappelle le témoignage rapporté par le Professeur N., de cette femme qui s'est vue refuser une IVG à douze semaines pour bec-de-lièvre, et de cette autre femme qui a été avortée tardivement parce que son cas était jugé désespéré, alors que son enfant n'était porteur d'aucune anomalie.

L'IVG a beau être encadrée par la loi et reconnue comme un droit, il faut admettre qu'il demeure des disparités dans sa mise en œuvre, au strict niveau de l'acceptation ou du refus de la demande. C'est peut-être l'imprécision compréhensible de certaines dispositions légales. A chaque équipe en effet d'interpréter les formulations qui le nécessitent comme celle définissant les « maladies graves et incurables » pour accéder à l'IMG. Mais c'est visiblement aussi dû à la pratique qui semble assez répandue chez certaines équipes d'aller au delà du strict cadre légal, en fonction de leur propre positionnement.

Cela soulève évidemment un certain nombre de questions d'ordre éthique qu'il est impossible d'éluider. Car la façon inégale de traiter ces situations souvent très douloureuses peut conduire à créer de véritables injustices sur le plan du droit, sans compter que le cas par cas, s'il n'est pas relié à une réflexion plus globale et cohérente sur le sens de la souffrance et l'accueil du handicap, risque vite de déboucher sur une impasse.

L'avortement pose donc sur le terrain des difficultés, et celles-ci sont d'une façon générale mal ressenties, non seulement chez les soignants, mais aussi chez tous ceux qui, directement ou indirectement, sont impliqués dans cette pratique.

## 2) Vivre au mieux l'IVG ?



La dimension psychologique de l'avortement, son impact dans la vie des femmes qui y recourent, mais aussi l'impact qu'il peut avoir sur les médecins qui le pratiquent, et sur toutes les personnes qui, à leur niveau de responsabilité, sont impliquées dans cette pratique, ne semblent pour ainsi dire jamais être officiellement évalués.

Le mot d'ordre officiel est de permettre aux femmes de « mieux vivre leur IVG », c'est à dire d'atténuer au maximum les blessures et les remises en question douloureuses. Dans ce domaine, que nous dit la réalité ? Dans quelle mesure l'avortement peut-il être mieux ou moins mal vécu ? Quel impact le discours ambiant peut-il avoir sur le comportement ou les décisions des personnes ?

### A. les situations nouvelles

On constate d'abord que certaines dispositions de la nouvelle loi ont engendré sur le terrain des effets qui n'avaient pas sans doute été envisagés par le législateur.

#### 1 - Les nouveaux cas de maltraitance sur mineures

Il s'agit en premier lieu de la capacité donnée à des parents de pouvoir inciter leur fille mineure à avorter. L'incitation à l'avortement n'étant plus pénalement condamnable, des parents, voire même un tiers sans lien de parenté, peuvent sans être inquiétés pousser une fille à avorter – or comment distinguer l'incitation et la contrainte lorsqu'il s'agit d'une personne vulnérable, et dépendante, ne serait-ce que sur le plan financier ?

D'autant que l'incitation est parfois assortie d'un certain nombre de menaces dirigées contre la jeune fille concernée. Une telle situation a été observée avec le témoignage de cette mineure de dix-sept ans contrainte à avorter pour la deuxième fois, et que ses parents ont menacée de jeter à la rue si elle ne le faisait pas.

Comment ne pas s'interroger devant les larmes, la terreur de cette jeune fille, sa volonté farouche se battre pour garder son enfant, et la façon dont elle était ainsi acculée à l'avortement ? Comment ne pas parler d'une forme de maltraitance ?<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> id p. 36

<sup>25</sup> voir témoignage p. 8

Cette maltraitance s'exprimant sur l'intimité n'est pas très éloignée des situations de violence sexuelle ; et certains peuvent alors s'étonner que la loi, si dure à l'encontre des auteurs d'actes de pédophilie, laisse aujourd'hui la porte ouverte à ceux qui veulent imposer à une jeune femme mineure un acte qui touche aussi intimement à sa sexualité et à sa fécondité.

## 2 - La réduction du délai de prise en charge

Ajoutée à cela, la réduction au maximum du délai de prise en charge : une femme chez qui on découvre une grossesse de douze semaines peut être immédiatement hospitalisée, sans même avoir été entendue. La découverte d'une grossesse qui atteint la limite du délai légal met les équipes médicales quasiment dans l'obligation d'intervenir sur le champ, non seulement pour rester dans le cadre du respect de la loi, mais aussi pour éviter une trop grande prise de risques, le geste devenant plus compliqué au fur et à mesure qu'augmente l'âge du fœtus.. Mais quelles répercussions cette urgence peut-elle avoir sur la femme, qui se retrouve sans préalable sur la table d'opération ?

Cela crée des situations « limites », sur le plan humain et éthique : car une femme qui attend la dernière minute pour venir faire une demande d'avortement se trouve souvent dans une situation d'ambivalence par rapport à sa grossesse, et cela seul justifie qu'on n'aille pas trop vite dans la prise en charge, qu'on prenne le temps de l'écouter vraiment. Le témoignage du Professeur N. montre à quels contresens peut conduire une prise en charge qui a court-circuité tous les temps d'écoute et de parole.<sup>26</sup>

Cette réflexion, inspirée des confidences de médecins impliqués dans la pratique de l'IVG, semble aussi valoir pour la pratique de l'IMG, « interruption médicale de grossesse » : car des parents qui sont confrontés à une annonce de diagnostic pour l'enfant à naître peuvent demander que soit pratiquée sans délai une interruption « médicale » de grossesse. La loi l'autorise sans considération de délai. Dans certains cas, le délai de réflexion est donc complètement escamoté, sous l'effet du choc et parfois d'une peur irrationnelle face au handicap<sup>27</sup>. On imagine bien à quelles extrémités de désespoir des parents peuvent être conduits après une annonce qui leur font brutalement découvrir l'enfant qu'ils attendent est malade ou gravement handicapé.

De l'avis des professionnels rencontrés, si une décision d'interruption de grossesse, quelle qu'elle soit, est le plus souvent vécue dans la souffrance, une décision d'IMG prise dans l'urgence, même si elle fait l'objet d'une concertation, peut avoir des conséquences encore plus graves sur le plan du vécu et du retentissement psychologique.<sup>28</sup>

## 3 - De nouveaux cas de conscience

Les critères définis par la loi pour autoriser le recours à l'IMG concernent toutes les maladies ou handicaps pour lesquelles on ne dispose d'aucun traitement, au stade de la recherche où le diagnostic est posé. Les demandes d'IMG font l'objet d'un protocole très précis, et concernent des cas parfois extrêmement lourds. Cependant, les équipes médicales sont parfois confrontées aussi à des cas tangents, des cas où la balance pèse des deux côtés à la fois, où l'on pense qu'un traitement sera possible à plus ou moins long terme pour l'enfant, mais sans en avoir la certitude...

Cela peut susciter un certain nombre de difficultés, des conflits de valeur, voire des cas de conscience au sein de ces équipes, notamment lorsqu'une demande d'IMG est faite pour un cas qui ne justifie pas l'IMG.

Or l'avancée des techniques de dépistages, notamment dans le domaine de l'échographie fœtale et des analyses génétiques, conjuguée à la légalisation de l'avortement à douze semaines, a créé un problème sur le plan éthique : en effet, des parents peuvent maintenant bénéficier d'un diagnostic anténatal précoce, et recourir légalement à l'avortement, pour des malformations bénignes, curables, ou même pour cause de sexe. Aujourd'hui rien n'empêche que des parents puissent recourir à l'IVG pour cause de bec-de-lièvre, ou parce que le fœtus a un doigt en trop. La loi ne s'y oppose pas réellement, puisqu'elle a permis l'allongement du délai à douze semaines, et supprimé le caractère obligatoire de l'entretien pré-IVG.<sup>29</sup>

Certains professionnels, comme le Professeur N., s'inquiètent de la dérive eugénique à laquelle pourrait conduire ce point de convergence entre l'évolution du droit et l'évolution de la recherche. Ce dernier

---

<sup>26</sup> voir témoignage p. 35

<sup>27</sup> id p. 41, 42

<sup>28</sup> id p. 41

<sup>29</sup> cf annexe p. 89

reconnait avoir été lui-même confronté à plusieurs reprises à des demandes d'IVG pour sexe non-désiré, l'année même qui a suivi la mise en application de la loi.<sup>30</sup>

Il arrive que des médecins n'opposent pas de clause de conscience face à une demande d'avortement qui sort du champ strict de la loi ; le Professeur N. raconte comment il a été amené à dire « oui » dans certains cas qu'il jugeait intolérables, mais il explique aussi combien dans certaines situations, il aimerait pouvoir dire « non », alors même peut-être que du point de vue strict de la loi, cela paraît possible.<sup>31</sup>

On entre alors dans la sphère des limites personnelles du médecin. On atteint un seuil de tolérance, qui correspond à ce que le médecin se sent humainement capable de supporter. Il peut, un jour, ne pas se sentir prêt à pratiquer cet acte là dans ces circonstances-là.<sup>32</sup>

Cela suscite une véritable interrogation sur la nature même d'un acte revendiqué dans le droit, mais qui génère tant de violences intimes et de contradictions chez ceux qui se considèrent dans l'obligation de le pratiquer.

## **B. L'IVG vue du côté des soignants**

### **1 - Le vécu des soignants :**

Le vécu des soignants dans ce domaine est marqué par une très grande accumulation de violence et de souffrance. Les médecins qui ont accepté de témoigner sur la façon dont ils pouvaient vivre leur pratique n'ont pas cherché à en masquer la réalité poignante.

Ce qui frappe en premier lieu, c'est la contradiction dans laquelle ils se trouvent, entre le discours qu'ils tiennent, et ce qu'ils nous disent du vécu de leur pratique.

#### **a ) des sentiments contradictoires**

Le premier de ces médecins explique qu'il a toujours pratiqué des avortements, depuis 1975 et même avant<sup>33</sup>. Pourtant quand on l'interroge sur son vécu dans ce domaine, il raconte qu'il a toujours été contre l'avortement, qu'il a du arrêter un jour tellement « il n'en pouvait plus », et que ce n'était pas son métier, à l'origine, de faire des avortements. Pourtant, il soutient qu'il assume sa tâche, qui est une mission de service public.

Puis l'entretien se poursuivant, des mots sont lâchés, des confidences faites, le ton devient plus véhément : il le vit mal, il en a assez, il veut qu'on arrête de « le bassiner avec ces histoires de deuil ». Et de s'emporter : « Le pire », dit-il, « vous savez ce que c'est ? c'est qu'on me demande de faire ça avec le sourire ! ».

Son malaise rejaillit dans sa relation aux femmes qu'il reçoit pour une demande d'avortement ; il ne les supporte plus, n'a pas assez de mots blessants pour les qualifier ; il les rend responsables de ce qu'elles lui font subir. C'est à lui que ces « connes » font payer leur immaturité sexuelle !

Alors il a choisi de ne pas s'impliquer dans leur histoire, de ne rien chercher à savoir – c'est une façon qu'il a de se protéger : il revendique de n'être que la main qui accomplit le geste. Mais est-ce tout simplement possible ?

Ce qui est frappant, c'est cette distinction établie entre IVG et IMG : l'IVG serait un acte attentatoire au serment d'Hippocrate, mais néanmoins vécu comme un geste relativement banal, tandis que l'IMG deviendrait un « acte d'amour ».<sup>34</sup>

Pourtant cette affirmation est dans la foulée contredite par l'horreur de la description du « carnage » qu'est à leurs yeux l'IMG, intervention dont l'impact, sur l'imaginaire du médecin, est saisissant.<sup>35</sup> On peut se demander comment un acte qui est revendiqué comme un acte d'amour peut susciter un tel sentiment de culpabilité, un tel malaise chez ceux qui le pratiquent.

Cet autre médecin reconnaît qu'il y a de quoi être marqué à vie par des avortements qui tournent en fiasco, des avortements dits « médicaux », mais pratiqués sur des fœtus sains, par ces femmes qu' « on

---

<sup>30</sup> voir témoignage p .36

<sup>31</sup> voir témoignage p. 36

<sup>32</sup> id p. 37

<sup>33</sup> id p. 26

<sup>34</sup> id p. 28, 39

<sup>35</sup> id p. 39

croit aider et qu'en fait on enfonce » , par tous ces gestes mortifères qui sont nécessairement vécus comme une transgression à l'ordre naturel : comment ne pas frémir avec eux devant toutes ces images évoquées de piqûre au cœur, d'empoisonnement du fœtus, de convulsions interminables, de « bouillon dans le tuyau », d'agonie et de cris étouffés ? Ce sont les médecins eux-mêmes qui les évoquent, montrant par là la difficulté qu'ils ont à assimiler la violence des scènes auxquelles ils assistent parfois.

« Ça ne vous viendrait pas à l'esprit de vous sauver face à un geyser de sang ? » interroge le Professeur N. Il en vient même à se demander comment on peut supporter de pratiquer plusieurs avortements par jour ; « c'est inhumain » dit-il.<sup>36</sup>

Les infirmières aussi avouent qu'elles vivent mal la pratique de l'avortement, surtout le RU 486, parce qu'elles sont obligées d'accompagner l'expulsion de l'embryon. Elles préfèrent voir partir la femme au bloc opératoire, parce que là, au moins, elles ne voient rien<sup>37</sup>.

La réalité du vécu chez les soignants, c'est tout cela, au-delà d'un certain discours idéologique, un malaise caché derrière un blindage fragile, un mélange d'agressivité et de cynisme, des blessures vives qui affleurent derrière les mots, le ton, les images choquantes de mort et de sang.

#### b.) besoin de parler et d' être écouté

Tous les témoignages recueillis traduisent, parfois de façon extrêmement véhémement, le besoin de parler et d'être écouté. On sent que tous ont des choses à dire, que tous ont un vécu douloureux dans ce domaine, même s'ils ne se l'avouent pas explicitement. Jamais ce médecin n'avait pu parler de ce qu'il ressentait, car jamais personne ne le lui avait demandé.

Ce qui frappe, c'est le silence qui pèse, c'est le non-dit, c'est la façon dont toutes ces personnes vivent leur pratique, dans une sorte de refoulement angoissé.<sup>38</sup> Ce que l'écoute permet, c'est au moins de pouvoir libérer la parole.

## **2 - Le sens de l'acte**

Les médecins sont obligés de se poser la question fondamentale du rôle et de la finalité de leurs actes. Certains le vivent dans une complète contradiction avec ce à quoi ils croient, et on se demande comment ils peuvent arriver à gérer cette contradiction : c'est le cas de ce médecin qui reconnaît qu'il est contre l'avortement, mais qu'il en pratique depuis 25 ans.<sup>39</sup> Il y a ceux qui à force d'en pratiquer, éprouvent une lassitude et un dégoût grandissants, mais qui n'imaginent néanmoins pas pouvoir s'arrêter.

Comme ils ne voient pas les choses s'arranger, comme ils constatent qu'ils pratiquent aujourd'hui autant d'IVG qu'il y a vingt-cinq ans, ils finissent par se demander si cela a vraiment un sens. « Au fond, je me demande à quoi tout cela sert... » Leur pratique semble prendre alors un goût d'échec.

Ils ont le sentiment d'être considérés comme des prestataires de service, comme des « videurs d'utérus » ; « dans cette histoire là » me confie un chef de service, qui a pratiqué des avortements, « on n'a pas du tout pris en considération le problème moral de celui qui avorte ; or je vous le dis, celui qui le fait n'est pas si à l'aise que cela ; le soir, il dort mal et fait des cauchemars ».

Et d'enchaîner sur l' « hypocrisie du pouvoir législatif », qui a contribué à anesthésier les consciences, en faisant croire qu'on pouvait impunément « supprimer une vie humaine déjà constituée ». Le sens de l'acte, il le perçoit chaque jour en pratiquant des échographies. Voir des femmes se préparant à un avortement lui demander d'écouter le cœur du bébé – ce même bébé qu'elles s'apprêtent à faire supprimer ! » - lui est devenu absolument insupportable.<sup>40</sup>

## **3 - La clause de conscience en question**

Un autre problème est posé aux médecins comme aux infirmières, au sein des structures hospitalières publiques.

Il arrive en effet qu'aucun des médecins présents dans le service de gynécologie-obstétrique ne souhaite pratiquer d'IVG ; or la loi est très stricte à ce sujet : l'activité d'IVG doit avoir une place au sein du

---

<sup>36</sup> voir témoignage p. 37

<sup>37</sup> id p. 20

<sup>38</sup> id p. 20

<sup>39</sup> id p. 26

<sup>40</sup> voir témoignage p. 23

service. Le chef de service a l'obligation de définir les modalités de prise en charge des demandes d'IVG, même s'il est lui-même par sa conscience, opposé à l'avortement. Le résultat est le suivant : dans certains hôpitaux, l'activité pèse sur les épaules d'un seul homme. Or cet homme n'a pas eu son mot à dire ; il a été désigné à cette tâche, et il doit l'assumer. Un des témoignages montre bien l'immense solitude et la souffrance du médecin confronté à une tâche qui l'écrase. Une phrase revient souvent dans sa bouche, « je suis obligé ».<sup>41</sup>

A un autre niveau de responsabilité, les infirmières ressentent le même malaise. Elles sont confrontées parfois à des situations qui les révoltent, et celles-ci ne sont pas si rares : il s'agit notamment de situations de pressions avérées, d'un homme sur sa femme, de parents sur leur fille mineure, d'un employeur sur son employée.

Elles se sentent impuissantes face à l'ampleur des drames auxquels elles assistent, elles vivent toutes ces situations de pression dans la violence : s'il fallait les dénoncer, à qui iraient –elles les dénoncer, puisque la loi permet l'incitation à l'IVG ?

Il y a aussi tous les gestes qu'on leur demande d'accomplir, pour accompagner un avortement, et qui heurtent leur conscience, ou qu'elles ne peuvent tout simplement pas supporter, sur le plan humain. On se rappelle le témoignage cette infirmière qui raconte quelle douleur cela représente pour elle d'assister à un avortement sous RU 486. « On supporte sans rien dire », « personne ne nous demande ce qu'on en pense », « on n'a pas le choix ».<sup>42</sup>

L'enjeu présent dans tous ces drames intimes, vécus par chacun à un niveau individuel, est probablement la place laissée à la liberté de conscience. Une infirmière a-t-elle le droit de dire « non » face à certains actes qu'elle réproouve, sans avoir peur d'être mise à la porte, ou ralentie dans sa carrière ? Une chose est sûre : la plupart des infirmières rencontrées ne savent pas si elles ont droit à exprimer une objection de conscience. Le silence autour de l'IVG s'étend à ce domaine et touche les professionnels qui se sentent dépendants d'un système sur lequel ils ne se sentent pas capables de peser au point d'en dénoncer les excès.

## **C. L'IVG vue du côté des travailleurs sociaux**

Du côté des travailleurs sociaux, accompagner une femme ou un couple vers l'avortement n'est pas aisé. Car ces personnes affrontent des contraintes pesantes : contraintes du rôle qui leur est dévolu au sein du système, duquel elles ne peuvent pas facilement sortir, et contraintes de la loi, qui leur impose une certaine manière d'agir à l'égard des femmes qu'elles rencontrent.

### **1 - Le rôle des personnes**

Leur rôle est clairement défini, et bien codifié. Les assistantes sociales sont un maillon de la chaîne, même si depuis peu, leur fonction au sein du système a été réévaluée : elles ne reçoivent en théorie que les femmes qui ont fait le choix de les rencontrer. Cependant, elles ont une fonction qui limite leur action, ce qui engendre chez elles beaucoup de frustrations. Elles disposent de très peu de temps, et voient à la chaîne beaucoup de femmes qui mériteraient d'être suivies individuellement, sur la durée.

Ce n'est pas à ces conditions qu'elles aimeraient travailler, et le plus souvent, elles sont obligées de renoncer à ce qu'elles estiment pourtant constituer le cœur de leur mission : l'écoute, l'accompagnement, l'information éclairée. Ce cœur là est consommateur d'un temps qu'elles n'ont pas.

On comprend dans ces conditions que leur rôle soit devenu stéréotypé, et leur discours répétitif. Elles avouent pour certaines mal vivre ce rôle, notamment parce que cela les renvoie en permanence à des situations d'échec, auxquelles elles ont parfois du mal à trouver des réponses adaptées.

### **2 - Le rôle du discours : ce qu'il permet et ce qu'il empêche**

On peut imaginer la difficulté ressentie par tous ces acteurs sociaux, qui sont obligés du fait de la loi d'être des sortes de relais conduisant vers l'IVG. La dimension de l'écoute, même si elle est présente, reste malgré tout secondaire par rapport au devoir d'information minimum : or en dix minutes, l'assistante sociale

---

<sup>41</sup> id p. 26

<sup>42</sup> id p. 20

doit avoir le temps d'informer sur l'intervention, sur les modalités de prise en charge, même si la femme n'a pas pris sa décision.<sup>43</sup>

Or parler de l'intervention, c'est déjà d'une certaine façon anticiper la décision de la femme, donner une réalité à l'avortement. Beaucoup finissent par se plier à ce qu'on leur propose, parce qu'elles sont dans un isolement tel que cela les soulage d'entendre qu'on va s'occuper d'elles.<sup>44</sup>

#### a) Entre la loi et la réalité du vécu :

- Les cas de conscience :

Car face à ce que la loi établit comme un droit reconnu, de quelle marge de manœuvre une assistante sociale peut-elle disposer face à des situations qui apparaissent précisément comme des atteintes au droit ? Les témoignages recueillis sont édifiants : ils montrent plusieurs situations de pression avérées, qui se sont toutes soldées par un avortement, et ce, contre l'avis de la femme.<sup>45</sup> Ces situations créent parfois de véritables cas de conscience, qui ne se limitent pas au personnel social. Cependant, une équipe qui prend en charge une femme en quelque sorte « sous la pression d'un tiers » sait qu'elle non plus n'a pas le choix, puisqu'elle a l'obligation de respecter la loi.

- Modifications comportementales face au délit d'entrave à l'IVG

La loi ayant inscrit dans le code pénal l'entrave à l'IVG, les acteurs du milieu social savent qu'ils n'ont pas le droit d'intervenir. Cette donnée a donc une incidence directe sur leur comportement, et sur la façon dont ils vont malgré tout poursuivre l'entretien sans chercher à montrer de réticences particulières. Ceci explique l'attitude de l'assistante sociale face à la jeune mineure terrorisée, et la façon très professionnelle qu'elle a de la préparer quand même à l'intervention, même si intérieurement, elle est choquée par ce qu'elle voit.<sup>46</sup>

Là encore se dessine un enjeu éthique de première importance, puisqu'il concerne le droit et la liberté des personnes.

#### b) Aide et non-dit

Ce qui est encore plus frappant, est la façon dont parfois l'entretien cherche à dédramatiser les situations.

« Après tout cela ne semble pas si grave ». Certaines assistantes sociales ont le cœur tellement serré par ce qu'elles voient, qu'elles font tout pour aplanir la crise, pour que l'IVG, soit vécue en quelque sorte « en douceur », qu'il y ait le moins de souffrances possibles. Il y a chez elles un réel sentiment de compassion. De ce fait, elles sont obligées de recourir à des dénis, pour que rien de douloureux ne soit nommé, pour que l'avortement n'apparaisse surtout pas sous une forme négative.

L'information édulcore en partie la réalité de l'acte – « vous verrez, l'IVG, c'est comme si on vous faisait venir les règles plus tôt », et « au niveau du vécu, c'est que des caillots »<sup>47</sup> et se concentre essentiellement sur le vécu de la femme. « Elle a eu raison », elle n'« a pas le choix », c'est « mieux pour elle », « cela va bien se passer », « ce n'est pas terrible ».

On évite au maximum d'évoquer l'échographie, et cela met mal à l'aise si c'est la femme elle-même qui la nomme, qui pleure en se remémorant le bruit du cœur qu'elle a entendu battre. Certains mots sont proscrits : on ne parle pas de bébé, ni d'enfant, ni de désir de maternité ; ce qui dérange, c'est quand la femme elle-même en parle.<sup>48</sup>

En aucune façon, cette évocation ne peut être l'occasion d'une remise en question, même si on pense que cela suffirait à faire pencher la balance de l'autre côté.

Cette forme d'aide, qui part d'un sentiment vrai et sincère, repose néanmoins sur quelque chose de tronqué, et qui est définitivement préjudiciable à la femme elle-même : en effet, la femme autant que l'assistante sociale sont conscientes que ce n'est pas rien d'avorter, que ce sera certainement douloureux. Chacune sait que ce qu'elle porte en elle n'est pas un simple caillot, un kyste ou un morceau de chair. Elles savent, toutes

---

<sup>43</sup> voir témoignage p. 15, 16

<sup>44</sup> id p. 17

<sup>45</sup> id p. 7, 16, 45

<sup>46</sup> id p. 8

<sup>47</sup> voir témoignage p. 13

<sup>48</sup> id p. 14

ces femmes qui consultent pour un suivi post-IVG, que pour parvenir à dépasser leur souffrance et à se reconstruire, il leur faudra apprendre à nommer l'enfant perdu.<sup>49</sup>

### **3 - Aide sociale et attente des femmes : des malentendus**

Le témoignage relatant l'histoire d'une jeune femme ayant avorté, montre ce qui peut se jouer au moment d'un entretien social, et les malentendus qui se créent parfois.

C'est d'abord le décalage entre ce qui est dit et ce qui est vécu ou connu intimement.

Cette femme nous raconte comment elle a été amenée à demander une IVG en cédant à la pression constante de sa belle-famille. Or au cours de l'entretien, l'assistante sociale n'a pas cherché à élucider les vraies raisons qui l'amenaient à faire cette démarche. La jeune femme raconte son désarroi, sa déception par rapport à la façon dont sa détresse a été accueillie.

Dans le fond, elle ne le voulait pas, cet avortement. « J'ai fini par céder, la pression était trop forte ; je suis allée à l'avortement pour que cela cesse enfin, qu'on me laisse tranquille ; j'y suis allée comme une victime va s'immoler ».

Ce qu'elle aurait souhaité, raconte-t-elle, c'est plus d'écoute, et surtout, qu'on l'aide vraiment à s'en sortir. A entendre son témoignage, on se dit que l'avortement ne l'aura vraiment pas aidée à s'en sortir.

Le résultat a été pour elle trois ans de dépression avec tendances suicidaires.<sup>50</sup>

## **D. Ce que les femmes nous disent de l'IVG**

On touche au cœur du problème sur le retentissement de l'IVG. Les témoignages recueillis lors des entretiens pré-IVG révèlent de quelle manière le recours à l'IVG est appréhendé par les femmes.

### **1 - L'IVG, vécue comme un passage obligé**

Le recours à l'IVG apparaît comme une sorte de passage obligé face à une grossesse imprévue. L'une des expressions les plus fréquemment entendue est « je suis obligée, « je n'ai pas le choix ».<sup>51</sup>

La plupart des femmes rencontrées témoignent de l'impasse dans laquelle elles pensent être face à une grossesse qui se déclare dans des conditions difficiles. Il n'y a pour elles apparemment pas d'autre solution, le plus souvent parce qu'elles vivent des situations très douloureuses sur le plan familial ou social, mais aussi parce qu'elles ignorent totalement ce qui pourrait exister ailleurs. « Il n'y pas d'alternative pour moi », disent les femmes, et ce constat est partagé par une partie du personnel médical confronté à la pratique de l'avortement : « Il n'y a pas d'alternatives à l'avortement », « elles n'ont pas le choix ».<sup>52</sup>

On se trouve assez vite confronté à une contradiction très forte entre les notions de droit et de choix que veut promouvoir la loi, et ce que vivent réellement les femmes, qui disent qu'elles ne peuvent pas faire autrement, que l'avortement est la seule issue possible pour elles.

Dans ce contexte, et face à tant et tant de femmes qui se disent ainsi acculées à l'avortement, que signifie le mot « liberté », si souvent utilisé pour justifier le recours à l'IVG ?

### **2 - Des pressions révélées**

Cette fatalité du recours à l'avortement apparaît de façon poignante dans tous les cas de pressions révélées qui pèsent sur les femmes, qu'elles soient directes ou indirectes. Le témoignage de la jeune femme qui a accepté de raconter son histoire montre bien le genre de pressions auxquelles elle a été confrontée. Les pressions de sa belle-famille ont été telles que pour les faire cesser elle a finalement accepté un avortement qu'elle n'avait pas choisi. Elle voulait simplement qu'on arrête de la harceler.

---

<sup>49</sup> id p. 49

<sup>50</sup> id p. 48

<sup>51</sup> voir témoignage p. 9, 16, 46

<sup>52</sup> id p. 20

Il y a l'attitude des parents vis-vis de leur enfant, l'argument d'autorité, et face à cela, un enfant ne peut pas faire grand chose.<sup>53</sup>

Il y a aussi, d'une certaine façon, la pression du système lui-même, qui est conçu pour ça.

On voit bien dans les témoignages comment l'assistante sociale est en quelque sorte obligée de parler de l'intervention, de la décrire, d'en expliquer les modalités, quel que soit le cas de figure et même si la femme hésite encore.

On comprend mieux combien il peut être difficile, voire impossible, à une femme de dire finalement « non », même si sa demande d'avortement a été faite sous la pression d'un tiers.<sup>54</sup> Personne ne l'incitera à faire le choix inverse.

### **3 - Des attentes insatisfaites**

Les rares femmes qui ont réussi à témoigner après leur avortement, disent qu'elles attendaient autre chose de l'entretien pré-IVG : le reproche est surtout dirigé contre le système. Il ne favorise pas l'alternative à l'avortement – ce qu'elles auraient aimé qu'on leur propose –, il ne permet pas une écoute réelle, empathique, de la personne – le temps imparti ne le permet pas ; il dédramatise, voire encourage le recours à l'IVG – alors qu'elles l'ont vécu après-coup comme quelque chose qui les a durablement marquées.

### **4 - Un retentissement profond et durable :**

En effet, le retentissement psychologique de l'avortement n'est pas un simple postulat idéologique. Il part de réalités vécues, à des degrés divers, par les femmes ayant subi l'avortement. Or cette dimension est excessivement difficile à appréhender, notamment parce qu'il y a sur ce sujet un silence tabou, et que peu de femmes osent le briser. Pourtant toutes celles qui ont accepté de témoigner ont été marquées par leur avortement.

#### a ) Souffrances physiques et psychologiques

Le témoignage d'Agnès est éloquent, pour qui cherche à saisir la profondeur du retentissement psychologique de l'avortement. Il parle à lui tout seul de ce que peut ressentir une femme après un avortement : la souffrance physique, la sensation du vide ressenti après l'avortement, son malaise global, le sentiment d'une perte irrémédiable : une sorte de temps immobile suspendu au-dessus du vide, sans passé ni avenir - « Le calvaire », dit-elle.

Il y a la dégradation de l'image de soi, la recherche de l'auto-mutilation : elle se rend chez son coiffeur juste après son avortement, et lui demande de lui raser la tête, entièrement « pour montrer à tous que je n'étais pas une vraie femme ». Elle raconte comment elle a fini par « péter les plombs » : après avoir perdu l'usage de la parole, pendant plusieurs semaines, elle se met à harceler l'hôpital pour savoir où ils ont mis le corps de son bébé, elle a des comportements délirants vis-à-vis des femmes promenant leurs enfants dans des poussettes, à qui elle demande : « vous n'avez pas vu mon bébé ? » « vous n'avez pas vu mon bébé ? » suivis d'épisodes d'une grande violence : sa tentative de projeter son caddie dans le ventre d'une femme enceinte rencontrée dans un supermarché.

« Je voulais qu'elle ressente la même chose que ce que j'avais ressenti, moi ». Finalement, elle a été mise sous Prozac pendant trois ans.<sup>55</sup>

Tony Anatrella, psychanalyste, reçoit beaucoup de femmes, ou de couples qui ont été confrontés à l'avortement. Il a sur ce sujet une expérience de professionnel. Il explique que l'avortement peut avoir des conséquences désastreuses pour la femme. Il a vu des femmes devenir aveugles après avoir subi une IVG, des femmes dont les jambes ne les portaient plus dans les escaliers, des femmes ayant totalement renoncé à l'estime d'elle-même, à leur corps et à leur sexualité, devenues frigides à vie ou gravement dépressives, des femmes qui développent certains cancers. Il va même plus loin : l'avortement n'a pas seulement une incidence sur la femme, sur le couple, mais il a aussi une incidence sur les générations suivantes : il ébranle des représentations symboliques qui sont essentielles à l'équilibre et à l'épanouissement de la personne : le sens et la valeur de la vie, la représentation de la sexualité, des liens de filiation, la mort.<sup>56</sup> Et une blessure,

---

<sup>53</sup> id p. 7, 8

<sup>54</sup> id p. 7

<sup>55</sup> voir témoignage p. 48

<sup>56</sup> id p. 52, 62

vécue au niveau des parents par exemple, se transmettrait inconsciemment aux enfants, même si les parents la leur ont caché.

Ainsi cet homme qui vivait en permanence avec le sentiment qu'il y avait « un cadavre dans le placard », et qui souffrait de problèmes d'identité inexplicables. En interrogeant son père sur les conditions de sa naissance, il a découvert que sa mère avait avorté quelques années avant sa naissance, et qu'elle avait éprouvé de grandes difficultés à s'occuper de lui. Le cadavre était le frère ou la sœur avortés, et son trouble identitaire venait de ce qu'il avait le sentiment inconscient d'avoir pris la place d'un mort.<sup>57</sup>

#### b) Déni et culpabilité

Face à ce qui a été vécu, parfois très douloureusement, il peut y avoir la tentation du déni. La femme refoule en elle tout souvenir de sa grossesse avortée. De l'avis des psychologues qui accompagnent des femmes après un avortement, cette tentation inconsciente d'enfouir ce qui a existé peut avoir des conséquences extrêmement négatives à long terme sur la personne. Car la volonté ne remplace jamais la mémoire du corps. Or le corps se souvient. Le sentiment de deuil enfoui peut être réactivé à l'occasion d'autres événements, qui n'ont pas forcément de lien avec l'avortement : une séparation un peu brutale, un deuil vécu dans la famille, une nouvelle naissance.<sup>58</sup> Il n'est pas rare de voir des femmes qui ont vécu un avortement, venir consulter un spécialiste parfois cinq, dix ou trente ans après. Or pour peu qu'on ne permette pas à la femme de dire ce qu'elle a vécu, elle garde cela en elle, comme une blessure jamais guérie. D'une certaine façon, le déni de la société sur cette question ne fait qu'accroître la culpabilité liée à la souffrance de l'avortement vécu.<sup>59</sup>

#### c) Des répercussions sur la confiance en soi et la capacité à devenir une « bonne » mère : IVG et maltraitance

Certaines équipes de prévention de la maltraitance travaillant en milieu hospitalier, et notamment en maternité, ont pu constater que des gestes de maltraitance vis-à-vis du nourrisson pouvaient être dans certains cas liés à des antécédents d'IVG chez la nouvelle accouchée. La mère, encore marquée par un avortement antérieur, aurait du mal à s'occuper correctement de son enfant, à lui prodiguer tous les soins nécessaires. La peur de mal faire, de n'être pas à la hauteur vis-à-vis de cet enfant-là, peut trouver sa source dans la blessure laissée par un avortement antérieur.<sup>60</sup>

Le témoignage d'Agnès, touchée par l'avortement, montre bien qu'elle se sent aujourd'hui encore incapable d'envisager une nouvelle grossesse, qu'elle pense de pas réussir à être une bonne mère.<sup>61</sup> On peut aussi puiser dans son histoire des éléments qui éclairent la réflexion : car Agnès a vécu une enfance malheureuse, en compagnie d'une mère maniaco-dépressive, qui maltraitait ses enfants. Celle-ci avait vécu deux avortements. Sa fille raconte quelle douleur cela a été pour elle de découvrir cela par hasard, en ouvrant un jour un livre de recettes de cuisine dans lequel sa mère avait glissé des pages de son journal intime. Et tout cela est resté caché, enterré dans une sorte de silence écrasant.<sup>62</sup>

On peut légitimement se demander dans quelle mesure ces avortements ne seraient pas à l'origine des difficultés psychologiques importantes de la mère, voire même de son attitude vis-à-vis de ses enfants.

C'est une piste qui mériterait certainement d'être creusée : car un des arguments que l'on utilise souvent pour justifier le recours à l'avortement est précisément de dire que si l'enfant attendu n'est pas désiré, il risque d'être mal aimé par ses parents. Or cela pourrait bien être l'inverse : certaines mères qui ont vécu un avortement paraissent souvent éprouver de réelles difficultés à s'occuper de l'enfant qu'elles mettent au monde par la suite, et ce, même s'il est désiré.

#### d) Des séquelles difficiles à éliminer si l'on n'aide pas à libérer la parole

Les psychanalystes ou les psychologues qui accompagnent des femmes sont les seuls à pouvoir réellement évaluer l'ampleur, la profondeur du retentissement psychologique de l'avortement. L'association AGAPA explique quel parcours elle a mis en place pour permettre aux femmes et aux couples de trouver un chemin de reconstruction, de guérison après l'avortement.<sup>63</sup>

Ce parcours dure six mois, et il repose autant sur des jeux de rôle, des partages en petits groupes, que sur un accompagnement individuel. Dans tous les cas, on se rend compte que le chemin est long pour sortir

---

<sup>57</sup> id p. 59

<sup>58</sup> voir témoignage p. 59

<sup>59</sup> id p. 51

<sup>60</sup> id p. 51

<sup>61</sup> id p 48

<sup>62</sup> id p. 47

<sup>63</sup> id p. 54

de l'image, blessée, que la femme a gardé d'elle-même et de sa capacité à donner la vie. Leurs accompagnatrices témoignent pourtant de la libération vécue par ces femmes ou ces couples, à qui on a donné le droit de raconter leur histoire. Beaucoup en ressortent guéris.<sup>64</sup>

Tony Anarella explique quel parcours il propose aux femmes pour les réconcilier avec elles-mêmes : leur permettre de parler de ce qu'elles ont vécu, de mettre des mots sur une souffrance cachée parfois durant de nombreuses années ; les sortir de l'image extrêmement négative qu'elles ont parfois d'elles-mêmes, de leur corps, de leur sexualité, éviter que la culpabilité se retourne contre elles, les aider à formuler à nouveau des projets d'avenir, reparler du désir d'enfant.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> voir témoignage p. 54

<sup>65</sup> id p. 62