

## Les conséquences psychologiques de l'avortement

Évoquer les conséquences psychologiques de l'avortement<sup>1</sup> est complexe pour nos sociétés, car en parler conduit l'auditoire à penser que la démarche proposée revient à remettre en cause la dépenalisation de l'avortement, débat inconvenant pour les démocraties notamment belge et française. L'INED<sup>2</sup> affirme que 40% des femmes françaises auront recours à l'avortement dans leur vie.<sup>3</sup> Et malgré le fait que de nombreuses femmes sont concernées par cet acte, très peu témoignent de cette expérience douloureuse et sont capables d'en parler ouvertement : il est difficile d'évoquer cette souffrance, la culpabilité, le manque d'enfant et le besoin de faire le deuil de l'enfant avorté.

La souffrance est d'ailleurs l'argument majeur mis en avant par la Ministre française de la Santé et des Sports en 2010 : « *La mesure de l'impact psychologique de l'IVG par le biais d'une enquête menée auprès de femmes ayant eu recours à cet acte, rencontre des obstacles qui paraissent difficiles à surmonter. Il apparaît, en effet, indispensable d'éviter un mode d'interrogation des intéressées susceptible de mettre en cause la confidentialité de leur démarche vis-à-vis de leur entourage. Il semble, par ailleurs, délicat d'inciter des femmes qui n'en auraient pas exprimé le souhait à effectuer un retour sur une épreuve qu'elles ont souvent surmontée au terme d'un cheminement douloureux, comportant parfois une prise de décision difficile.* »<sup>4</sup>

La question des conséquences psychologiques de l'avortement serait-elle donc un enjeu de santé publique ? Pour répondre à cette question, il est essentiel de comprendre en quoi consistent ces souffrances, de décrire qui est concerné par ces conséquences de l'avortement, d'évoquer l'aide disponible à la suite d'un avortement et enfin, de débattre des questions de fond qui concernent l'ensemble de la société.

### L'AVORTEMENT EN BELGIQUE

Par la loi du 3 avril 1990, l'avortement est dépenalisé à certaines conditions : la femme enceinte doit estimer être en situation de détresse, et c'est le médecin qui apprécie souverainement cet état de détresse. L'interruption de grossesse doit intervenir avant la fin de la douzième semaine de conception. Le médecin ne pourra pratiquer l'interruption de grossesse au plus tôt que six jours après la première consultation prévue et après que l'intéressée aura exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y procéder. Il doit informer la femme des risques encourus, des possibilités d'accueil de l'enfant à naître, ainsi que de l'existence de services d'assistance et de conseil.

Le nombre d'avortements officiellement déclarés a évolué du 2004 à 2009 de 16 024 à 18 870 soit une progression de 18%.

Voici quelles sont les raisons dites de détresse, reprises dans les déclarations remplies par les centres d'avortement et invoquées par les femmes : Pas de souhait d'enfant pour 16%, La femme se sent trop jeune pour 12%, La famille est « complète » pour 10%, La femme est étudiante pour 9%, et enfin Les problèmes financiers pour 8%.

1 Le terme avortement, employé en Belgique, sera utilisé par défaut et désignera uniquement les avortements volontaires.

2 INED : Institut national d'études démographiques. Établissement public français spécialisé dans les recherches en démographie et les études de population en général.

3 Rapport de l'INED de 2004, *Populations et Sociétés n° 407 - Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?*

4 Réponse à la question posée à Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé par le Député Louis Giscard d'Estaing en juin 2010.

La Loi Veil de 1975 dépénalise l'avortement et prend des dispositions permettant l'avortement du fait de la femme, tout en énonçant clairement la dignité de l'embryon et la nécessité de tout faire pour éviter d'y avoir recours. La Loi de Juillet 2001 dite Loi Aubry remanie profondément la Loi Veil. Elle prévoit, entre autres, que le délai est porté de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, elle autorise la prescription de la pilule RU 489 par les médecins traitants, élimine la restriction de la loi de 1975 de la situation de détresse, supprime dans le dossier présenté lors d'une demande d'IVG l'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères et à leurs enfants, ainsi que les possibilités offertes par l'adoption et l'accouchement sous X. Elle supprime les coordonnées des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle. Par ailleurs, la Loi Aubry supprime l'obligation de consultation préalable, sauf pour les mineures, supprime l'obligation d'autorité parentale pour les mineures qui peuvent se faire accompagner par la personne de leur choix et réduit la clause de conscience des médecins, qui sont obligés de communiquer à la femme des noms de praticiens pratiquant des avortements.

Selon le rapport de l'IGAS<sup>5</sup>, on en dénombrait environ 227 000 en 2009, soit l'équivalent d'un avortement pour trois naissances. 46% de ceux-ci sont pratiqués dans les hôpitaux du secteur public et 44% sont des IVG médicamenteuses.<sup>6</sup> Toujours selon l'IGAS, parmi toutes les grossesses non désirées, 60% se terminent en avortement.<sup>7</sup> La proportion de femmes sous contraception (pilule ou stérilet) est de 82%<sup>8</sup>, et 33% d'entre elles vont avoir une grossesse non désirée.

## I. Caractéristiques des conséquences psychologiques de l'avortement

Pour décrire les troubles ressentis après un avortement, l'appellation *Syndrome Post-Avortement* est parfois utilisée, même si elle n'apparaît dans aucun manuel statistique ou diagnostique. Les seuls termes utilisés par la communauté scientifique pour faire référence aux souffrances psychologiques de l'avortement sont ceux associés à l'anxiété, à la dépression ou à certains corollaires du PTSD ou *Post Traumatic Stress Disorder*. Or, il semble que la terminologie PTSD ou SPA réduise le champ d'expression des souffrances vécues à la suite d'un avortement. En effet, les protocoles d'analyse et de traitement du PTSD peuvent être utilisés seulement si les symptômes offrent des manifestations claires dans une période proche de l'évènement. Or, la manifestation des souffrances de l'avortement s'inscrit souvent dans le temps, voire même, peut ne faire surface qu'à l'approche de sa propre mort. La souffrance psychologique enkystée va alors attendre un évènement fort pour se manifester et pour que la personne fasse le lien entre la souffrance et l'évènement passé de l'avortement. Certains témoignages évoquent même la période suivant immédiatement l'avortement comme une fenêtre pour exprimer la douleur psychique qui se referme par excès de douleur, pour n'émerger que des années plus tard à l'occasion d'une maternité, d'un deuil, d'une maladie... De plus, les conséquences physiques et psychiques de l'avortement sont très variées, personnelles et difficiles à circonscrire et à décrire avec précision. C'est pourquoi une appellation plus vaste est recommandée : les conséquences psychologiques de l'avortement.

Le travail de prévention et de prise en charge médicale des conséquences de l'avortement est encore immense. Ce dossier décrit ces troubles à l'aide de l'ouvrage du psychiatre, pédopsychiatre et médecin hospitalier de l'Hôpital de Cergy Pontoise, le docteur Stéphane Clerget : « *Quel âge aurait-il aujourd'hui ?* » édité chez Fayard en 2007<sup>9</sup>. Ce livre décrit de manière assez complète ces troubles et offre de nombreux exemples cliniques. Il servira de trame à ce chapitre qui se bornera à décrire les symptômes psychiques sans tenter de répondre aux questions suivantes, essentielles par ailleurs : pourquoi les femmes choisissent-elles d'avorter ? Quelles sont les conséquences psychologiques des abandons d'enfants ? Peut-on donner la vie à un enfant dont on hait le père ?....

5 Rapport de Synthèse de l'Inspection générale des affaires sociales IGAS, RM2009-112P, octobre 2009. *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001.*

6 Source : Ministère de la Santé [www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er713.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er713.pdf)

7 Rapport IGAS 2009.

8 Rapport de l'INED de 2004, *Populations et Sociétés* n° 407. *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?*

9 Le Docteur Stéphane Clerget est l'auteur d'une dizaine d'ouvrages tels que : *Adolescents, la crise nécessaire*, Fayard, 2000. Il défend le droit des femmes à l'avortement et témoigne, dans le livre évoqué, de nombreux témoignages de parents ou d'enfants ayant vécu l'avortement avec douleur, recueillis dans sa pratique de médecin.

## Troubles psychologiques possibles de la mère ayant avorté

Les souffrances évoquées ci-dessous ne sont en rien exhaustives. Si l'une ou l'autre réaction apparaît, elle est toujours le symptôme d'un vécu personnel parfois lié à l'histoire personnelle. Cette réaction sera souvent le marqueur d'un deuil périnatal en cours, surtout quand plusieurs symptômes se conjuguent. Bien connaître et étudier ces réactions est donc capital pour que les professionnels de santé et les accompagnants spirituels puissent aider la femme à mettre à jour cette souffrance.

La dépression, le suicide, le retrait relationnel, la perte de l'estime de soi, le sentiment aigu de culpabilité, de honte de soi, d'échec de sa maternité : voilà les risques auxquels s'exposent les personnes qui décident d'un avortement. Il est alors utile de comprendre comment peut se dérouler la vie d'une mère après son avortement et le caléidoscope de réactions qu'elle peut traverser.

### Le soulagement

Près de 82% des femmes françaises sont sous contraception<sup>10</sup>. Les grossesses non désirées ont donc le plus souvent lieu sous méthode contraceptive. La réaction est donc souvent négative puisque la femme qui prend la pilule ou qui porte un stérilet ne désire, par définition, pas avoir d'enfant. La première réaction courante après l'avortement est donc le soulagement d'être sortie d'une situation non voulue (sauf dans les situations de pressions exercées sur la femme pour la forcer à avorter). Cependant, comme l'indique le Docteur Clerget : « *un sentiment de soulagement, quelles que soient les modalités de perte, est bien sûr compatible avec des sentiments apparemment contraires que sont la tristesse ou la culpabilité.* »<sup>11</sup>

### Le Dénî

Le déni est une autre forme de réaction courante qui peut se prolonger durant des périodes très variables allant de quelques semaines à plusieurs décennies. « *Le déni est un mécanisme qui permet d'échapper un temps seulement à la souffrance qui viendra après.* »<sup>12</sup> Le Docteur Clerget illustre le déni par les propos d'une femme : « *J'y pense à chaque fois que je croise une femme enceinte. Mais je n'en parle à personne. Cela serait indécent.* ». Pour lui, « *le déni est une sorte de refuge pour éviter la prise de conscience douloureuse. [...] Cette retenue des affects comme mouvement défensif peut donner naissance ultérieurement à des conduites dangereuses, comme une projection mortifère sur autrui (enfant de remplacement), une somatisation<sup>13</sup> ou un passage à l'acte<sup>14</sup>.* »<sup>15</sup>

### La colère

La colère fait couramment suite au déni. Elle peut se diriger contre les relations directes comme, par exemple, le compagnon qui ne voulait pas de l'enfant, ou contre la mère, qui a poussé à l'avortement ou encore a laissé sa fille seule face à cet événement. « *Cette perte est vécue par le psychisme comme une violence qui est faite contre lui. Et la colère, réactionnelle à cette perte, correspond à une projection à l'extérieur de l'agression que l'on a reçue. C'est en fait un retour à l'envoyeur pour éviter d'être détruite et pour ne pas disparaître soi-même avec le fœtus. C'est aussi une façon de reprendre pied, de mobiliser ses énergies, de se protéger contre un éventuel autre coup du sort dont on pourrait être la victime. Elle fait sortir de l'état de torpeur qui sidère après une telle perte, et qui se maintient sous la forme du déni. Elle permet de prendre conscience de la réalité des faits et de commencer à faire face. Il importe cependant de quitter les commodités de la colère qui, si elle évite de faire face à la tristesse, correspond à un comblement du vide créé par la perte, par de la haine.* »<sup>16</sup>

10 Rapport de l'INED en 2004 ; Populations et Sociétés n° 407 ; *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?*

11 *Op. cit.*, p. 97.

12 *Op. cit.*, p. 103.

13 Maladie physique d'origine psychologique.

14 Comportement dangereux et possiblement irréfléchi pour soi ou pour autrui.

15 *Op. cit.*, pp. 103 à 105.

16 *Op. cit.*, pp. 111 et 112.

## Le doute

---

Selon une étude allemande<sup>17</sup>, après un avortement, 24% des femmes ont des doutes quant à la justesse de leur décision, et 5% en ont souven. « *Porter un enfant est présenté culturellement comme l'aboutissement de la féminité. D'où la profonde désintégration identitaire possible quand une femme qui le souhaite ne parvient pas à donner la vie.* »<sup>18</sup> Même si la femme n'est pas ambivalente quant à sa décision avant l'avortement, elle peut quand même avoir des doutes après l'acte médical.

## La culpabilité

---

Parler de la culpabilité ressentie par la femme peut se faire de plusieurs manières, selon le référentiel de valeurs. En effet, la culpabilité peut faire allusion à une transgression de la loi que l'Homme a au fond de lui, loi que les philosophes grecs appellent la Loi naturelle. Celle-ci, inscrite au cœur de l'Homme, contient une injonction « Tu ne tueras point ! », si bien que la culpabilité peut être vue comme un régulateur interne détectant une transgression. Ou bien inversement, si l'on ne reconnaît pas une loi hétéronome déterminant le bien et le mal, la culpabilité sera liée au regard culpabilisant de la société sur l'avortement. Dans les deux cas, comme le dit le Dr Clerget, « *grâce aux méthodes contraceptives et aux progrès de la procréation assistée, les femmes aujourd'hui planifient et programment leur grossesse. De fait, l'échec d'une grossesse devient son échec personnel. La faute est alors recherchée.* »<sup>19</sup>

## Dépression, anxiété, somatisation, reviviscences

---

L'avortement peut provoquer des périodes de dépression plus ou moins longues durant lesquelles la douleur peut s'enkyster. Certaines femmes vont devenir agressives ou nerveuses, ou bien encore hyperactives. L'angoisse peut trouver une réponse alimentaire comme la boulimie ou, au contraire, l'anorexie. Pour d'autres encore, les réactions psychosomatiques vont prendre le dessus avec des maux de ventre, une absence de règles, des maux de tête. La perte d'estime de soi (« *je suis nulle, je suis indigne, pénible pour les autres* »), la peur de ne pouvoir être à nouveau enceinte ou encore une angoisse d'insécurité existentielle sont des conséquences couramment observées.

Certains épisodes de la vie de la femme pourront faire revivre de manière aiguë la souffrance ressentie à l'occasion de l'avortement : la date à laquelle l'enfant aurait dû naître, ou encore la date anniversaire de l'avortement, le désir de rendre présent l'enfant disparu, sont propices à des résurgences de la souffrance intensément vécue sous forme, par exemple, de crises d'angoisse ou d'épisodes dépressifs, que les cliniciens peuvent associer par erreur à d'autres pathologies psychiques. La reviviscence ou impératif de revivre un événement traumatique peut aussi se manifester par des cauchemars faisant revivre l'avortement de manière sanglante et pénible lors de nouvelles grossesses ou accouchements. « *Il se manifeste chaque fois que l'on croise une femme enceinte, une maternité, un nouveau-né, ou encore lorsque l'on entend un bruit d'aspirateur qui va faire écho à l'aspiration subie.* »<sup>20</sup>

Enfin, « *l'idée de suicide n'est pas rare à l'occasion d'un état dépressif majeur. [...] Le corps maternel, théâtre de la mise à mort, peut demeurer captif de l'imaginaire paralysante de l'enfant mort et devenir la tombe d'un deuil impossible. [...] Des études finlandaises<sup>21</sup> ont mis en évidence une majorité de suicides chez les femmes ayant subi un avortement, versus la population générale.* »<sup>22</sup>

---

17 B. Holzauer, « *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch* », Kriminol, Freiburg i.Br., Forschungsberichte aus dem MaxPlanck Inst, n°38, 1989.

18 *Op. cit.*, p. 120.

19 *Op. cit.*, p. 126.

20 *Op. cit.*, p. 175.

21 *Pregnancy associated mortality after birth, spontaneous abortion or induced abortion in Finland, 1987 -2000, American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n°190, 2004, pp 422 à 427.

22 *Op. cit.*, pp.159 à 161.

## Maltraitance des autres enfants

Le professeur Philip Ney, médecin et psychiatre canadien, pionnier en matière de recherche sur les troubles psychologiques après un avortement et la maltraitance des enfants, étudie depuis plus de trente ans le lien entre la maltraitance et l'avortement. Il lui est apparu que<sup>23</sup> :

- le fait d'avoir un avortement pourrait diminuer le frein instinctif à exprimer de la colère incontrôlée à l'égard de l'enfant dont on a la charge.
- diminuant la confiance des enfants envers les parents, l'avortement pourrait avoir pour effet une hostilité croissante, potentiellement violente, entre les générations.
- la culpabilité et la perte d'estime de soi peuvent se déplacer vers l'enfant.
- le choix de l'avortement peut créer une frustration hostile de certains hommes, intensifiant ainsi la lutte des sexes, dont les enfants peuvent devenir les boucs émissaires.
- l'avortement d'un premier enfant peut tronquer le développement du lien maternel mère-enfant et empêcher l'expression normale des fonctions maternantes.

Après cette évocation des souffrances psychiques vécues par la mère, il convient de mentionner que l'avortement peut générer des symptômes similaires aux symptômes classiques du PTSD ou *Post-Traumatic Syndrom Disorder* vécus à la suite d'une situation traumatique (tremblement de terre, bombardement...). En effet, dans le cas d'un avortement, « *C'est la confrontation avec la réalité de la mort. [...] perception sensorielle brutale d'une réalité de la mort. [...] Ici, la mort entre en soi.* »<sup>24</sup>

## Troubles psychologiques possibles du couple et du père :

En premier lieu, le couple père-mère, théâtre du deuil qui s'est joué, est potentiellement en péril : « *le malaise éprouvé par chacun, la colère, la culpabilité qui font le lit des reproches, l'échec d'un symbole d'union qu'est la promesse d'enfant, la désynchronisation du deuil chez l'homme et la femme, expliquent les turbulences. Selon une étude, 12% des couples rompent après une telle perte.* »<sup>25</sup>

L'autre difficulté souvent vécue par le couple est la perte de libido. Le couple fait maintenant le lien entre la sexualité, la fécondité et la mort. De ce fait, le sexe peut devenir dangereux dans le psychisme de la femme ou de l'homme. Les troubles sexuels tels que dyspareunie, vaginisme ou frigidité<sup>26</sup> sont souvent constatés comme conséquence de l'avortement. L'homme peut lui aussi faire l'objet de blocage sexuel quand il s'était prononcé contre l'avortement. Il s'agit d'une « *mise en berne de la voie génitale, qui devient le lieu d'un deuil qui ne s'exprime nulle part ailleurs.* »<sup>27</sup>

Concernant l'homme dans sa fonction de père, le Docteur Clerget fait la description suivante : « *Victime. Bourreau. Coupable. Témoin. Absent. Celui qui faillit être père ne manque pas de place potentielle sur l'échiquier du drame.* »<sup>28</sup> Les demandes d'avortement émanent parfois unilatéralement du père, ce qui sera mal vécu par la femme, mais la situation inverse est aussi possible, au point que certaines femmes avortent sans en référer au père.

Quelles conséquences sur le couple quand le père a été nié dans ses droits élémentaires, en particulier s'il n'en est pas informé ! Tout comme celle des femmes, les réactions possibles des pères varient beaucoup : silence, indifférence apparente, perte d'estime de soi, désengagement, anxiété...

---

23 *Relationship between abortion and Child abuse* by Philip G. Ney, MD, in *Canadian Journal of Psychiatry* - Vol 24, 1979.

24 *Op. cit.*, pp. 159 à 161.

25 *Op. cit.*, p. 223.

26 Dyspareunie : sensations douloureuses locales lors du coït, Vaginisme : contraction réflexe douloureuse du vagin empêchant la pénétration, Frigidité : absence partielle ou totale de jouissance lors du rapport sexuel.

27 *Op. cit.*, p. 235.

28 *Op. cit.*, p. 217.

## Troubles psychologiques possibles de l'entourage :

### Troubles constatés chez les autres enfants de la mère ayant avorté

À ce stade, il convient d'exposer les conséquences sur les enfants nés du couple ayant eu un avortement. L'exemple cité par Françoise Dolto dans *Sexualité féminine : libido, érotisme, frigidité*<sup>29</sup> est marquant : Georges, 7 ans, s'oppose à tout, fait des cauchemars et dessine des symboles évoquant la mère et la mort. La mère n'avait jamais dit à personne qu'elle avait avorté, et l'enfant l'a deviné. Georges le dit à F. Dolto en consultation : « *Non, elle l'a tué. Il voulait vivre. Elle l'a tué.* » Cela peut paraître choquant, et pourtant, cette intuition de l'enfant d'un évènement passé dans le ventre de sa mère où il a séjourné lui-même neuf mois, peut s'expliquer sur un plan biologique, psychique et ontologique.

L'enfant peut ainsi présenter l'un ou plusieurs des troubles suivants : anxiété, angoisse existentielle, hyperactivité, trouble de l'attention et de la concentration, ou encore trouble du sommeil. Par ailleurs, le parallèle entre la clinique des troubles éprouvés par ces enfants et celle des personnes ayant survécu à un évènement traumatique (accident mortel, maladie, catastrophe naturelle, Shoah, bombardements...) est une hypothèse sérieuse. Les réactions ressenties sont liées au questionnement de la survivance : « *pourquoi moi ? Les autres n'ont pas survécu, je n'ai donc pas le droit de vivre.* » Certaines études sur le *Syndrome du Survivant d'avortement* évoquent les vécus suivants<sup>30</sup> :

- Culpabilité du survivant : je ne suis pas digne d'être en vie. Pourquoi moi ?
- Confiance altérée dans les parents.
- Anxiété et sentiment d'un malheur imminent qui pourrait le détruire.
- Préoccupations morbides.
- Collusion avec les pseudo-secrets de la famille en parallèle avec l'envie de savoir.
- Attachement anxieux à ses parents avec recherche de protection.
- Doutes dans ses capacités et talents.
- Culpabilité ontologique liée à la non-utilisation des talents et des opportunités.
- Colère.
- Recherche du frère ou de la sœur disparu(e) avec propension à s'engager très tôt dans des relations amoureuses.
- Troubles du comportement : hyperactivité, retrait, altération de la concentration...

Deux catégories de réaction des parents sont possibles, semble-t-il, et vont gêner le développement de certains enfants présents et à venir : l'enfant fantôme et l'enfant de remplacement. L'enfant fantôme sera le récepteur dans son psychisme de la place que la mère accorde à l'enfant qui n'a pas vécu. « *Quand le deuil ne peut se faire, une crypte va s'élaborer dans son psychisme où va résider le fantôme du disparu.* »<sup>31</sup> L'enfant de remplacement, lui, va être investi de tous les espoirs déçus et des blessures liées à la non-naissance du fœtus avorté, car « *quand l'embryon ou le fœtus disparaît, il persiste cependant chez la mère le souvenir de la relation qu'elle a établie avec lui, la relation entre elle et son enfant imaginé. [...] Or, pour l'enfant, le fait de porter un secret influencera sa façon d'être.* »<sup>32</sup>

### Troubles constatés chez les personnes de l'entourage

Toute personne mêlée à un avortement par son implication active dans l'acte médical, ou passive dans le rôle de témoin, peut aussi souffrir de troubles psychiques, comme l'explique le pédiatre Philippe de Cathelineau : « *En choisissant la mort pour son enfant, elle [la mère] sait qu'elle est en même temps son propre bourreau. [...] mais elle est la victime car c'est bien elle qui choisit, au-delà de la pression de l'entourage, de s'appliquer ce mauvais traitement à elle-même... On constate en fait une permutation vertigineuse des rôles au sein du triangle tragique de la violence, et chaque acteur, à des degrés divers bien entendu, est à la fois le bourreau, le*

29 Livre de Françoise Dolto paru en 1986, Paris.

30 *The Canadian Journal of Diagnosis*, January 1999, *Abortion and Family Psychology : a Study in Progress* by Dr Philip G. Ney.

31 *Op. cit.*, p.261.

32 *Op. cit.*, p.263.

*témoin et la victime. L'innocent bébé fait souffrir sa maman par sa venue inopportune alors qu'elle n'était pas prête à l'accueillir (bourreau). Il assiste au drame sans avoir un mot à dire (témoin). Il est sacrifié (victime). La mère décide la mort de son enfant (bourreau). Elle s'abandonne aux mains de l'avorteur (témoin). Elle est profondément blessée par l'avortement (victime.) Le médecin se charge de la mise à mort (bourreau). Il respecte le choix de la femme (témoin). Il détruit une partie de son humanité en pratiquant un acte contraire à sa vocation (victime.) Et la société n'occupe-t-elle pas aussi simultanément les trois pôles du triangle ? Elle n'offre guère d'autre issue à la femme en détresse (bourreau). Elle laisse les avortements se pratiquer dans l'indifférence générale (témoin). En ne respectant pas les plus faibles, elle s'autodétruit (victime).<sup>33</sup> »*

### *Les études scientifiques*

Le nombre d'avortements augmente chaque année en Belgique comme en France. Les dispositions de la Loi Aubry prévoient que les entretiens préalables pré et post-IVG deviennent facultatifs, sauf pour les mineures non émancipées. Quant au suivi psychologique tel que celui proposé après une IMG<sup>34</sup>, il n'est pas proposé en cas d'avortement volontaire pour raison non thérapeutique.

En Belgique, les accueillantes en Centre de Planning Familial où se pratique l'avortement, ne souhaitent pas aborder ce délicat problème de la souffrance post-avortement, estimant que cela pourrait influencer sur la décision de la femme et « *peser encore plus sur ses épaules* ». On constate également que, même remboursé par l'INAMI<sup>35</sup>, le suivi psychologique après l'avortement n'est pas ce à quoi aspirent les femmes. Elles ne souhaitent en effet pas revenir en ce lieu où elles ont eu leur avortement.<sup>36</sup>

C'est donc, entre autres, par des études scientifiques objectives décrivant la clinique des troubles psychologiques parfois vécus à la suite d'un avortement que le grand public sera alerté des conséquences réelles de l'avortement. Seules des femmes soignées, pouvant exprimer leurs souffrances passées et témoigner aux générations futures des enjeux de l'avortement, pourront alerter leurs semblables de ce risque psychologique. Par ailleurs, les adolescentes devraient faire l'objet de toute l'attention, car l'avortement est de plus en plus banalisé chez les 15-19 ans. Les conséquences sur leur psychisme peuvent se révéler très sérieuses.

Le recensement de quelques études scientifiques réalisées en France, ou à l'étranger, disponible sur le site de l'IEB<sup>37</sup>, montre le relatif désintérêt des organismes publics de recherche français et belges. En effet, en Belgique comme en France, droit de la femme signifie accès à l'avortement, qui doit ainsi faire partie de l'offre de santé<sup>38</sup>. Évoquer ces conséquences devient donc idéologique et serait dangereux pour ces acquis, jugés fragiles. Ces études sont régulièrement disqualifiées, car elles soulignent le lien entre l'avortement et les troubles de santé mentale.

On note une plus grande liberté de parole et de recherche dans les pays à culture anglo-saxonne sur le sujet. Ne pourrions-nous pas donner à ces études le bénéfice de se faire l'écho d'une réalité constatée sur le terrain par quelques professionnels et, au nom du principe de précaution, réaliser des recherches scientifiques objectives pour entendre le malaise des parents, du personnel soignant, des enfants, et enfin, cesser la loi du silence ?

---

33 *Quand Rachel pleure ses enfants. Les lendemains douloureux de l'avortement*, CLD Editions, 2003. Philippe de Cathelineau, pp 54-56.

34 IMG : Interruption Médicale de Grossesse – peut être indiquée par une décision collégiale de médecins lorsque la grossesse met en danger la vie de la mère, ou lorsque le fœtus est atteint d'une maladie grave et incurable au moment du diagnostic. Elle se pratique en France jusqu'à la date présumée de l'accouchement.

35 Institut National Assurance Maladie et Invalidité.

36 Témoignage recueilli lors d'un entretien avec le personnel d'un Centre de Planning familial.

37 <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/dossier-liste-etudes-csqces-avortement.pdf>

38 Définition couramment utilisée par l'OMS et l'Union européenne.

## II. Thérapies existantes et structures de soutien des personnes souffrantes

À l'instar du désintérêt des chercheurs pour les conséquences de l'avortement, il existe peu de réponses institutionnelles pour soigner les conséquences psychologiques de l'avortement, notamment en Belgique ou en France. Le personnel de santé (psychologues, gynécologues, sexologues...) abordera les symptômes de manière fragmentaire: les troubles du sommeil, les difficultés relationnelles mère-enfant, puis la dépression, enfin la frigidité, les douleurs vaginales, etc.

Les seuls organismes proposant officiellement des parcours dans ces deux pays sont aujourd'hui de type associatif avec une approche de guérison psychologique ou globale : ces organismes manquent de moyens (ressources financières et personnel formé). Ils sont peu connus du grand public et ne sont pas reconnus par le personnel médical, qui, par déni ou manque de formation, refuse à certaines associations le soutien, l'aide dont elles auraient besoin.

Ajoutons que la femme qui a identifié ses souffrances comme pouvant être liées à son ou ses avortements a déjà franchi une étape très significative sur le chemin du bien-être psychique. Cela se vérifiera d'autant plus si elle entame une démarche pour s'enquérir des thérapies à disposition et s'y engage.

Certains professionnels de la santé mentale pourront accueillir l'expression de cette souffrance et guider la personne sur le chemin de la guérison. Les démarches proposées, que ce soit par les techniques classiques de la psychanalyse ou de la psychothérapie, ou enfin par les techniques d'écoute d'accompagnants dans le cadre d'associations, ont en commun une démarche cathartique permettant de revivre de manière non traumatique, en donnant libre cours à ses émotions, l'histoire personnelle, la grossesse, le contexte de la prise de décision et l'avortement afin de pouvoir aborder le pardon à soi-même, le pardon à l'enfant, le pardon à l'entourage impliqué, de faire le deuil de la personne que l'on aurait dû ou pu être et, enfin, de faire le deuil de l'enfant qui manque.

Les professionnels de la santé mentale qui reconnaissent les symptômes et savent les traiter sont souvent dans une relation unique patient-soignant ou multiple en cas de thérapies familiales. Les associations, elles, peuvent aussi proposer des démarches de groupe.

### *Parcours psychologiques*

- ***Hopealive propose en Belgique et en France le parcours défini par Philip Ney<sup>39</sup>***

*Hopealive*, fondé en 1996 en Belgique par l'épouse d'un pasteur protestant, propose le parcours défini par le Docteur Philip Ney et permet une relecture de son histoire, de ses relations familiales, de sa colère et des raisons de l'avortement. Sera ensuite abordé le pardon à se donner et les pardons à donner, puis le deuil de l'enfant perdu. Il propose les dix étapes suivantes :

- Engagement dans la démarche
- Comprendre la maltraitance
- Cesser la colère et le retrait
- Faire face à la culpabilité
- Faire tomber le masque
- Passer "à travers" le désespoir
- Faire le deuil de ses pertes
- Se réconcilier
- Envisager autrement ses relations

---

39 Belgique : [www.hopealive.be](http://www.hopealive.be) - France : Unité de Ressources pour la Restauration de la Dignité de la Personne - e-mail : [u2rdp@aol.com](mailto:u2rdp@aol.com)

- Se sentir restauré(e) et se réjouir
- Se projeter dans le futur et au-delà
- Entretien de suite après le parcours

Ce parcours se pratique en petit groupe de 3 à 6 personnes, mixtes ou non. Le choix d'une démarche de groupe présente deux bénéfices : la compréhension de ce que la personne a vécu individuellement par effet miroir du groupe et la fin de la solitude, grâce au partage d'expériences présentant souvent des similarités. À la sortie de ce parcours d'environ 6 mois, les personnes disposeront d'outils leur permettant de débroussailler leur vie et de mieux comprendre leurs deuils mal gérés et les soucis des autres.

- **Agapa<sup>40</sup> en France:**

Agapa est un lieu d'accueil chrétien d'accompagnement et d'écoute individuelle ou en groupe. Agapa propose un parcours non confessionnel de relecture de son histoire, permettant de traverser les étapes d'un deuil et de poser un nouveau regard sur les personnes et les événements afin de se reconstruire, de reprendre confiance en soi et en l'avenir.

- **Parcours du Dr Philip Ney pour traiter les souffrances liées au Syndrome du Survivant**

Ce parcours a été conçu pour aider les parents à rétablir une relation honnête et de confiance avec leurs enfants après un avortement dans la fratrie, à gérer les conflits liés à cette dure réalité, gérer la peur et les constructions imaginaires que les enfants élaborent face à un secret qu'ils soupçonnent. Déclarer à un enfant que l'on n'a pas voulu ou pu accueillir l'un de ses frères ou sœurs en dehors du contexte d'aide d'un parcours comme celui du Docteur Ney n'est pas sans risque et doit être effectué avec la plus grande prudence et si possible le conseil d'un thérapeute de famille. Bien qu'il soit toujours nécessaire de dire la vérité aux enfants sur une réalité de la famille qu'ils peuvent avoir devinée, il convient de choisir l'âge approprié pour le dire afin que l'enfant soit suffisamment mûr pour mesurer la portée de cette réalité et gérer les émotions qui vont s'ensuivre, et surtout être au clair par rapport à ses propres intentions (plus de rancœur entre les parents, paix par rapport à l'avortement...).

### *Parcours d'accompagnement globale de la personne*

Souvent catholiques ou protestantes, les associations proposant un suivi physiologique, relationnel, psychologique et spirituel ainsi qu'un parcours de guérison des personnes souffrant à la suite d'un deuil périnatal sont peu nombreuses en Belgique et en France. **La Vigne de Rachel<sup>41</sup>** et **Le Souffle de Vie<sup>42</sup>** en Belgique peuvent être mentionnées.

### *Le faire-mémoire*

Plusieurs associations de parents proposent des gestes concrets<sup>43</sup> pour faire mémoire de l'enfant et rendre visible le deuil à effectuer. Ériger un « monument aux morts » personnel et familial, présenter des petits chaussons, rendre vie à cet événement et accorder la place *post mortem* que l'on n'a pu donner à l'enfant.

Un parcours de guérison met à disposition des anges confectionnés permettant aux parents de vivre quelques heures avec l'enfant qu'ils n'ont pas pu accueillir et lui donner une sépulture, le rétablissant ainsi dans sa dignité humaine et dans sa filiation généalogique.

---

40 [www.agapa.fr](http://www.agapa.fr)

41 [www.rachelsvineyard.com](http://www.rachelsvineyard.com)

42 [www.souffledevie.be](http://www.souffledevie.be)

43 Exemple sur le site suivant : [www.images-de-soi.fr/memoiresvives/index.html](http://www.images-de-soi.fr/memoiresvives/index.html)

### III. Questions en suspens pour la société

Il convient, à ce stade, de réfléchir aux ramifications des conséquences sociologiques de l'avortement sur la société dans son ensemble.

#### *La société tout entière est concernée*

L'INED prévoit que 40% de la population féminine française passera par un avortement au moins une fois dans sa vie<sup>44</sup>. Si l'on prend en compte la proportion d'entre elles qui le vivent mal – même si l'on envisageait un ratio très faible de 1% par exemple – et si l'on y ajoute l'environnement concerné qui peut lui aussi être en souffrance (le couple, la fratrie, l'ascendance, le personnel médical...), on peut considérer que le terme de 'problème de santé publique' n'est pas exagéré, compte tenu du nombre de personnes touchées.

#### *Lien entre insécurité familiale et avortement*

Référons-nous à l'étude de Lott<sup>45</sup> (disponible sur le site de l'IEB<sup>46</sup>) selon laquelle la légalisation de l'avortement augmente les naissances hors mariage et le nombre de couples monoparentaux, avec pour effet l'augmentation de la criminalité américaine, du fait d'une baisse d'investissement dans le capital humain. Y aurait-il une corrélation possible à établir ? Si l'on ne peut en l'état actuel des recherches soutenir une telle théorie, on ne peut que constater que les sociétés belge et française favorisent les doutes existentiels par le manque de repères entre générations et promeuvent la banalisation de l'avortement.

#### *L'avortement chez les adolescentes*

À un âge où la personne se construit psychologiquement et physiquement, faudrait-il s'inquiéter de la croissance du nombre d'avortements chez les mineures (+30% entre 2001 et 2007 en France)<sup>47</sup> ? Outre les risques biologiques de ces grossesses trop jeunes, la prévention de grossesses précoces et la prise en charge des troubles psychiques des adolescentes à la suite d'un avortement sont particulièrement urgentes et vitales pour leur santé. En effet, on constate chez les adolescentes une plus grande propension au passage à l'acte (violence physique, tentatives de suicide...) et à l'émergence de conduites à risque (drogues, conduites sexuelles à risque...) C'est donc dans un contexte très différent que le professionnel de santé va devoir prendre en charge les troubles psychiques de l'adolescente à la suite d'un avortement.

Dans un rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes en 2004, Michèle Uzan, chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Jean-Verdier de Bondy, explique : « *Ni enfants ni adultes, les adolescents constituent une classe d'âge à part entière, aux problèmes de santé et de comportement spécifiques, qui ont conduit à la création, dans certains hôpitaux, d'unités spécialisées d'adolescents avec prise en charge médico-psycho-sociale. Si la maternité précoce est inscrite dans l'histoire des femmes depuis toujours, la survenue d'une grossesse fait souvent partie de ces accidents liés à des pratiques à risque. La grossesse peut correspondre à une angoisse existentielle, ou être une réponse inadaptée à une situation déjà précaire ; parfois, elle va s'inscrire dans un continuum familial. [...] La distribution des âges au premier rapport montre une translation vers des âges plus jeunes : 21 % des garçons et 10 % des filles ont leurs premiers rapports à 15 ans ou moins. Les rapports à l'adolescence ont pour caractéristique d'être sporadiques (5 à 15 par an) et non planifiés (63 % ont lieu pendant la période de vacances). De plus, les unions sont de courte durée et n'excèdent que très rarement un mois : ceci explique en partie l'utilisation du préservatif en première intention. De plus, 21 % des filles sexuellement actives n'utilisent aucun moyen de contraception, c'est un chiffre qu'il faut*

44 Rapport de l'INED de 2004, *Populations et Sociétés* n° 407, *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?*

45 *Abortion and Crime : Unwanted Children and Out-of-Wedlock Births*, 2001, *Yale Law & Economics Research Paper*, No. 254.

46 [www.ieb-eib.org/fr/document/etudes-scientifiques-syndrome-post-avortement-249.html](http://www.ieb-eib.org/fr/document/etudes-scientifiques-syndrome-post-avortement-249.html)

47 Sondage ADV IFOP réalisé en 2010 [www.adv.org/fileadmin/web/campagnes/Sondage\\_IFOP\\_fevrier\\_2010.pdf](http://www.adv.org/fileadmin/web/campagnes/Sondage_IFOP_fevrier_2010.pdf)

*garder en mémoire lors de l'élaboration des messages à faire passer à l'usage des adolescents. [...] En général, ces grossesses impulsives surviennent dans le cadre d'une sexualité non protégée et à risque, et s'inscrivent comme des passages à l'acte. Tous les chiffres le montrent depuis de nombreuses années : plus la grossesse survient tôt, plus elle a de risque de se terminer par une interruption volontaire de grossesse (IVG). »<sup>48</sup>*

Qu'en est-il de la violence des jeunes et son lien possible avec la violence de l'avortement ?

L'accroissement de la criminalité des mineurs (l'augmentation de la part des mineurs dans la criminalité totale et l'augmentation de la criminalité en général sont de 3% chaque année depuis 2005<sup>49</sup>) laisse envisager une corrélation possible entre l'augmentation des avortements chez les adolescentes et la croissance du nombre de délits commis. Cependant, la criminalité n'étant pas analysée par sexe, les statistiques nécessaires pour soutenir cette théorie ne sont pas disponibles. En revanche, les médias se faisaient l'écho d'une inquiétude généralisée devant la part prise par les jeunes filles, évènement sans précédent, lors des manifestations des lycéens français en octobre 2010 contre la réforme des retraites. Ces jeunes filles étaient organisées en bande pour casser des vitrines et incendier des voitures, ce que les médias décrivaient comme du jamais-vu. S'il s'avérait que la fréquence des avortements chez les jeunes filles induisait une augmentation des délits, il y aurait lieu de s'inquiéter.

### ***Les pouvoirs publics cherchent-ils à faire baisser le nombre d'avortements ?***

En Belgique, l'opinion publique ne se saisit pas du problème de l'avortement, probablement du fait du manque de recul par rapport à la loi dépénalisant l'avortement : c'est donc l'indifférence qui règne. L'exemple de la France est éclairant : en effet, l'esprit de la loi Veil de 1975 reconnaissait la dignité de l'embryon et recommandait la mise en œuvre de tous les moyens possibles pour éviter l'avortement. Malgré l'éducation sexuelle et la présence du Planning Familial dans les écoles dès le collège, le nombre d'« accidents » est toujours important : 72% des avortements français sont en situation de contraception chimique<sup>50</sup>. La France est l'un des premiers pays utilisateurs de contraceptifs au monde et le taux d'avortement français reste élevé<sup>51</sup>. Dans un récent rapport remis en octobre 2009 au ministère de la Santé, l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) recommande de légiférer pour :

- continuer d'investir pour sensibiliser à l'utilisation de la pilule et du préservatif
- éduquer les jeunes à la contraception et au préservatif
- augmenter le nombre de prescripteurs de l'avortement
- revaloriser le forfait avortement des médecins
- présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception<sup>52</sup>

Le nombre d'avortements n'est donc pas près de baisser, et les solutions proposées sont bien discutables, en particulier la stérilisation qui pose un problème d'intégrité physique de la personne.

D'autres pays voient leur taux d'avortement baisser progressivement, comme en Allemagne, ou au moins stagner comme aux États-Unis. Il est donc légitime de se demander si les pouvoirs publics belges et français ont la volonté de faire baisser le nombre d'avortements, reconnaissant que celui-ci n'est pas une panacée, et prenant en compte l'opinion générale qui, selon un sondage IFOP, *Les femmes et l'IVG*<sup>53</sup>, déclare :

*« Il y a trop d'avortements dans notre pays » pour 61% des Françaises. « L'avortement laisse des traces psychologiques difficiles à vivre pour les femmes » pour 83% d'entre elles. « La société devrait davantage aider les femmes à éviter le recours à l'IVG » pour 60% d'entre elles.*

48 Communication de Michèle UZAN Hôpital Jean Verdier Bondy aux JTA 2004, *La grossesse et l'accouchement des adolescentes* [www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/gr-ado.htm](http://www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/gr-ado.htm)

49 Rapport Année 2009, *Criminalité et délinquance constatées en France*, Direction Centrale de la Police Judiciaire.

50 Sondage IFOP-ADV, février 2010 [www.adv.org/fileadmin/web/campagnes/Sondage\\_IFOP\\_fevrier\\_2010.pdf](http://www.adv.org/fileadmin/web/campagnes/Sondage_IFOP_fevrier_2010.pdf)

51 *Éthique, religion, droit et reproduction*, Paris 2001, p. 63 « En France, 68,8% des femmes de 20 à 49 ans sont sous contraception, dont 52 % utilisent les contraceptions dites « efficaces » (pilule, stérilet...) »

52 Rapport de l'IGAS, Octobre 2009.

53 [www.adv.org/fileadmin/web/campagnes/Sondage\\_IFOP\\_fevrier\\_2010.pdf](http://www.adv.org/fileadmin/web/campagnes/Sondage_IFOP_fevrier_2010.pdf)

## Conclusion

Après tant d'années d'avortements, n'est-il pas utile de se poser en toute transparence et loin des *a priori* idéologiques, la question suivante : comment venir en aide aux personnes en souffrance d'un mal si peu reconnu et étudié ? Aider les personnes présentant des souffrances psychologiques à la suite d'un avortement volontaire consiste à en reconnaître sa dure réalité et les menaces pesant sur tous les membres de la famille. Le docteur Clerget conclut son livre ainsi : « *Il s'agit, au vu de la fréquence de ces interruptions, d'un véritable problème de santé publique qui n'est pas suffisamment, loin s'en faut, pris en considération.* »<sup>54</sup>. Les axes d'actions concrètes pourraient être :

- La reconnaissance sociale et médicale des conséquences psychologiques de l'avortement :
  - en faisant tomber le déni institutionnel
  - en établissant des réseaux professionnels
  - en mobilisant le monde politique
  - en lançant des études scientifiques objectives
- La reconnaissance sociale et institutionnelle des enfants disparus
- La formation des professionnels de santé et des accompagnants spirituels.

Les sociétés occidentales font montre d'ambiguïté à l'égard de la maternité et des enfants. D'une part, elles érigent le désir d'enfants en droit absolu : la croissance du nombre de Procréations Médicalement Assistées<sup>55</sup>, les actions de lobbying pour autoriser l'adoption par des couples formés de deux personnes de même sexe en France (adoption déjà autorisée en Belgique) ou encore les travaux sur l'utérus artificiel vont dans ce sens : l'enfant est devenu un droit. D'autre part, cette même société va permettre l'avortement, la sélection préimplantatoire et la recherche sur des embryons surnuméraires<sup>56</sup>.

Il est interpellant de constater que les autorités maintiennent le déni de la souffrance objective et proposent de rester dans *le statu quo*, disqualifiant ainsi la parole des personnes qui expriment leurs souffrances, et empêchant les professionnels de santé de développer leurs connaissances scientifiques et médicales afin de détecter et prendre en charge ces souffrances.

Au nom du principe de précaution, que l'Union européenne et les gouvernements européens mettent fréquemment en avant, ne devrions-nous pas exiger des instances politiques et de santé de reconnaître ce problème de santé publique et de financer des études scientifiques pour comprendre ce qui est en jeu et, surtout, développer des thérapies pour les femmes et les témoins ou acteurs de cette perte (pères, enfants, grands-parents, personnels de santé, assistantes sociales...)?

Dossier réalisé par **Laetitia Pouliquen**



Institut  
Européen de  
Bioéthique

205 Chaussée de Wavre – B-1050 Bruxelles

[www.ieb-eib.org](http://www.ieb-eib.org)

[secretariat@ieb-eib.org](mailto:secretariat@ieb-eib.org)

54 *Op. cit.*, p.305.

55 PMA : procréation médicalement Assistée ou AMP: ensemble de pratiques cliniques et biologiques (Fécondation in vitro, Cryoconservation, Dépistage Pré-Implantatoire...) où la médecine intervient directement dans la procréation. Pour en savoir plus, voir dossier de l'IEB La Procréation Médicalement Assistée en Belgique.

56 Embryons conçus in vitro qui, s'ils ne font pas l'objet d'un projet parental, pourront être mis à disposition de la recherche, ce qui détruit l'embryon.