



Institut
Européen de
Bioéthique

Étendre l'avortement au-delà
de 3 mois de grossesse :
enjeux médicaux,
psychologiques et éthiques

Dossier

Juin 2021

Table des matières

Introduction¹

- I. Quelles méthodes d'avortement au-delà de 12 semaines de grossesse ?
- II. Anesthésie du fœtus et foeticide
- III. Etat des lieux dans les pays autorisant l'avortement au 2^{ème} trimestre de la grossesse
- IV. Pourquoi les médecins choisissent-ils de recourir à l'une ou l'autre méthode d'avortement ?
- V. La question du consentement de la femme
- VI. Y a-t-il plus de complication à la suite d'un avortement tardif ?
- VII. Quelles sont les implications psychologiques d'un avortement tardif chez les femmes ?
- VIII. Comment les professionnels de la santé perçoivent-ils la méthode par morcellement ?

Conclusion

¹ Nous remercions les médecins consultés lors de l'élaboration de ce dossier pour leurs conseils et leur relecture, en particulier le Dr Xavier De Muylder, gynécologue-obstétricien à la Clinique Saint-Jean (Bruxelles).

Introduction

La loi belge relative à l'interruption volontaire de grossesse autorise l'avortement sans raison médicale jusqu'à 12 semaines de grossesse. Au-delà de ce délai et jusqu'au moment de l'accouchement, l'avortement est permis « *si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic* ». ² On parle alors généralement d'« interruption médicale de grossesse ».

Depuis 2016, plusieurs propositions de loi ont été déposées au Parlement fédéral pour élargir le délai légal d'un avortement au-delà de 12 semaines de grossesse. ³ La raison avancée par leurs auteurs était d'éviter que des femmes ne doivent se rendre aux Pays-Bas pour leur avortement. Il faut savoir que le nombre de ces femmes – à supposer qu'elles se rendent aux Pays-Bas en raison du dépassement du délai légal belge – est en baisse continue depuis plus de 20 ans. En 2019, elles étaient 444, contre 1.473 femmes en 2000. ⁴

La limite des 12 semaines fut, en 1990, davantage le fruit d'une convention politique que d'un choix scientifique. Le législateur avait d'ailleurs expliqué s'être largement inspiré des délais en vigueur en France à cette époque. A y regarder de plus près – et les débats récents l'ont confirmé – la limite du premier trimestre de la grossesse s'explique aussi par certains aspects d'ordre technique et médical : le médecin ne pratique pas de la même façon un avortement à 12 ou à 18 semaines de grossesse, et les implications physiques et psychologiques pour la femme ne sont pas non plus les mêmes.

En juillet 2020, un collectif de gynécologues, psychologues, médecins généralistes, et autres professionnels de la santé (au total plus de 2600) publiait une carte blanche exprimant ses préoccupations quant à l'extension de l'avortement sans raison médicale au-delà du premier trimestre de la grossesse : « *Au-delà de 3 mois de grossesse, l'avortement est un geste bien plus lourd pour la femme, son entourage,*

² Loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives, *M.B.*, 29 octobre 2018.

³ Voy. notamment les propositions de loi mentionnées dans le Bulletin IEB : « [Pas besoin de gouvernement pour faire passer des lois de bioéthique](#) », du 17 octobre 2019. A ces cinq propositions de loi s'ajouteront celles des écologistes (*Doc. Parl. Chambre 54-2271*) et du MR (*Doc. Parl. Chambre 55-740/001*) pour permettre l'avortement respectivement jusqu'à 16 et 18 semaines de grossesse.

⁴ « [Diminution du nombre de femmes qui vont avorter aux Pays-Bas](#), » Institut Européen de Bioéthique, 11 février 2020. Voy. aussi le témoignage d'un médecin bruxellois : « sur 23 années de pratique en cabinet, j'ai été une seule fois confrontée à une demande d'ivg après 12 semaines. C'était un déni de grossesse. », sur <https://abortus-avortement.be/temoignages/>

mais aussi pour les soignants qui y participent de près ou de loin »⁵. La proposition de loi d'étendre le délai légal de l'avortement à 18 semaines de grossesse pour l'ensemble des femmes sur le territoire belge – qui ne réunissait pas moins de huit partis à la Chambre des représentants - ne sera à nouveau discutée dans l'enceinte parlementaire qu'une fois un comité scientifique consulté sur l'évaluation de la loi et de la pratique en matière d'avortement⁶.

C'est dans ce contexte que l'Institut Européen de Bioéthique propose d'étayer la réflexion collective par un dossier sur les implications médicales, psychologiques et éthiques d'un élargissement du délai d'avortement au-delà du premier trimestre de la grossesse. La question a déjà fait l'objet de plusieurs études scientifiques sur lesquelles est basé ce dossier.

⁵ « [Nous professionnels de la santé, sommes opposés à l'extension de la loi sur l'avortement](#) », *La Libre Belgique*, 1^{er} juillet 2020.

⁶ Voir l'accord de gouvernement « [Rapport des formateurs](#) », Bruxelles, 30 septembre 2020, pp. 21-22.

I. Quelles méthodes d'avortement au-delà de 12 semaines de grossesse ?

Le choix d'une méthode d'avortement par le médecin dépend majoritairement du stade de développement du fœtus humain.

En ce qui concerne le premier trimestre de la grossesse :

- ❖ La **pilule abortive** est de plus en plus souvent prescrite aux femmes qui souhaitent avorter avant 7 semaines de grossesse. Voyez le Flash Expert de l'IEB sur cette méthode.⁷
- ❖ Au-delà de 7 semaines de grossesse et jusqu'à la 12e semaine comprise, le médecin procède à l'**aspiration** de l'embryon ou du fœtus⁸ à l'aide d'une canule introduite dans l'utérus.

Au cours du deuxième trimestre de la grossesse, le **fœtus grandit considérablement** : en 3 mois, il passe de 8 à 35 cm de la tête aux pieds. À 18 semaines de grossesse, il mesure déjà 20 cm. Sa taille ne permet plus l'usage d'une canule d'aspiration pour l'avortement. Les médecins ont donc recours à l'une ou l'autre des méthodes suivantes :

l'avortement par déclenchement ou l'avortement par embryotomie.

L'avortement par déclenchement (accouchement provoqué)

Il se déroule généralement de la façon suivante :

- ♦ Administration de **Mifépristone**® à la femme. Cet agent bloque l'action de la progestérone qui est nécessaire à la grossesse.
- ♦ 1 à 2 jours plus tard, administration de **Misoprostol**®, qui provoque des contractions et l'ouverture du col de l'utérus (qui n'est pas, à ce stade, naturellement favorable à l'accouchement⁹). La prise de Misoprostol provoque de fortes crampes abdominales. La femme reçoit des antidouleurs pour soulager la douleur des contractions.
- ♦ **Expulsion du fœtus** dans les 36 heures. La femme est généralement consciente au moment où le fœtus est expulsé intact.

⁷ Institut Européen de Bioéthique, « [RU-486 ou l'avortement médicamenteux : les femmes de plus en plus seules face à l'avortement](#) », 14 mai 2020.

⁸ En termes scientifiques, on parle d'embryon jusqu'à huit semaines après la conception, et ensuite de fœtus jusqu'à la naissance. A 12 semaines de grossesse, le fœtus mesure environ 9 cm de la tête au coccyx.

⁹ MOTHE Ch., « Interruption médicale de grossesse : indications et analyse des pratiques obstétricales sur trois ans au CHU de Bordeaux », *Médecine humaine et pathologie*, 2016, p. 53.

L'avortement par déclenchement est la technique actuellement utilisée dans les hôpitaux belges pour **les interruptions médicales de grossesse** (IMG), c'est-à-dire les avortements pratiqués en raison d'une maladie grave et incurable chez l'enfant ou d'un danger pour la santé de la mère. Dans ce contexte d'IMG, un accompagnement renforcé est mis en place. La femme rentre chez elle après avoir pris le Mifépristone. De retour à l'hôpital pour l'expulsion, le personnel médical est mobilisé pour veiller à l'état de la patiente. Un accompagnement psychologique et social est prévu avant, mais aussi après l'IMG.¹⁰

Il se peut que la méthode par déclenchement n'aboutisse pas. Il faut alors recourir à l'avortement instrumental par morcellement comme décrit ci-dessous.

L'avortement par embryotomie ou dilatation & évacuation (morcellement du fœtus)

Cette méthode chirurgicale est appliquée depuis les années 1970 dans le cas d'avortement décidé en l'absence de raison médicale. Dans le monde anglo-saxon, elle est connue sous le nom de D&E (dilatation & évacuation). Une fois le col utérin dilaté, l'embryotomie ne dure que 10 à 30

min.¹¹ L'avortement se déroule en plusieurs étapes :

- ♦ **Dilatation du col de l'utérus**, mécaniquement et parfois aidée par des produits pharmacologiques (prostaglandines), administrés de 1h à 24h avant l'extraction du fœtus. La méthode de dilatation et sa durée dépendent de l'âge du fœtus et diffèrent selon les médecins et les pays.¹²
- ♦ **Aspiration du liquide amniotique**
- ♦ **Morcellement du fœtus** : manuellement, le médecin extrait le fœtus par morceaux au moyen de forceps (jambes, bras, thorax, tête préalablement écrasée pour pouvoir passer le col de l'utérus), le col de l'utérus n'étant pas suffisamment dilaté que pour extraire le fœtus sans le morceler
- ♦ **Curetage** (aspiration au moyen d'une canule) de ce qui reste dans l'utérus
- ♦ **Examen et reconstitution** des morceaux de fœtus et du placenta par le médecin, pour s'assurer qu'aucun morceau ne reste dans l'utérus.

C'est la méthode de **dilatation & évacuation** la plus commune¹³. La

¹⁰ Voy. notamment la brochure explicative du CHU de Liège : [Interruption médicale de grossesse et deuil périnatal](#), juin 2020.

¹¹ https://www.bloemenhove.nl/nl/abortus_hulpverlening/abortus_hulpverlening/abortus_13_-_17_weken

¹² Lohr PA., Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):151 ; <https://abortuskliniek-amsterdam.nl/hulpverlening-abortus/abortusbehandeling/tweede-trimester-behandeling/>

¹³ Voir aussi la description qu'en fait le Dr Antony Levantino devant le Congrès américain. Il a lui-même pratiqué des avortements de deuxième trimestre de grossesse à de nombreuses reprises : <https://www.youtube.com/watch?v=-saW7srhw0A>

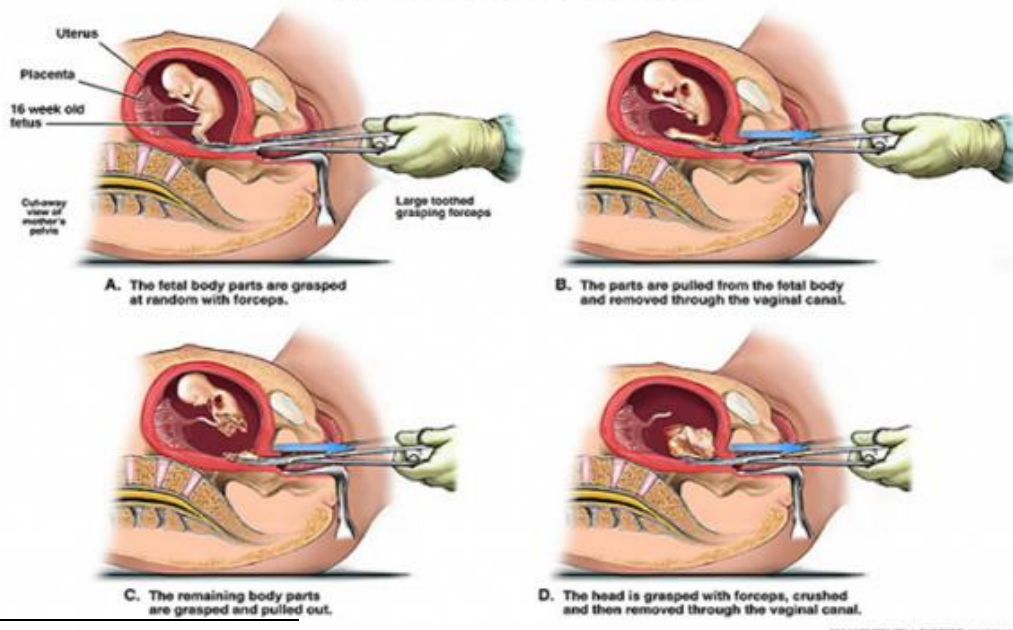
femme est habituellement sous anesthésie générale. Une **variante** de cette méthode, aussi appelée « D&E intacte » ou « partial birth abortion » consiste à :

- ♦ Dilater le col de l'utérus sur une plus longue durée, pour obtenir une plus grande ouverture
- ♦ A l'aide d'instruments, orienter le fœtus les pieds vers le col de l'utérus
- ♦ Extraire le fœtus par les jambes et jusqu'au cou
- ♦ Ecraser son crâne afin qu'il ne naisse pas vivant (précaution légale)
- ♦ Extraction totale
- ♦ Curetage (aspiration au moyen d'une canule) de ce qui reste dans l'utérus

- ♦ Faire examiner le fœtus et le placenta par le médecin, pour s'assurer qu'aucun morceau ne reste dans l'utérus.¹⁴

Les méthodes instrumentales (embryotomie ou D&E intacte) permettent que l'avortement soit planifié, **rapide** et **ne nécessitent pas d'hospitalisation sauf cas de complications**. Au 2^e trimestre de la grossesse, les cliniques d'avortements aux Pays-Bas ne pratiquent d'ailleurs que l'embryotomie, et jamais le déclenchement médicamenteux car, par **contrainte de temps**, l'avortement ne peut durer plus d'un jour. Le nombre d'avortements au-delà de 12 semaines est en effet bien plus élevé aux Pays-Bas (5447 pour l'année 2018, soit **18%** des avortements¹⁵) qu'en Belgique (121 interruptions médicales de grossesse déclarées pour l'année 2017, soit **0,7%** des avortements¹⁶).

Dilation and Evacuation Abortion (D&E) of a 16 Week Old Fetus



© Nucleous Medical Media, 2015

¹⁴ Lohr PA., *op. cit.*, p. 156.

¹⁵ Jaarrapportage 2018 van de Wet afbreking zwangerschap.

¹⁶ Rapport de la Commission d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse pour les années 2016-2017, p. 55.

II. Anesthésie du fœtus et fœticide

Aujourd'hui encore, l'idée couramment reçue est qu'un fœtus ne peut sentir la douleur qu'à partir de la 24^e semaine de grossesse, et qu'il ne peut donc pas souffrir d'un avortement jusqu'à ce stade. Or, les recherches sur le fœtus humain se poursuivent : de nombreuses questions ne trouvent pas encore de réponses définitives.

Une étude scientifique de 2020 « *Reconsidering Foetal Pain* » montre que le fœtus pourrait ressentir la douleur dès le quatrième mois de la grossesse. Ses résultats sont énoncés dans un article du *Journal of Medical Ethics*. Le Professeur Stuart Derbyshire, de l'Université Nationale de Singapour, ayant travaillé comme consultant pour le Pro-choice forum au Royaume-Uni et le Planned Parenthood, et le médecin américain John Bockmann, y soutiennent que « *Même si on considère le cortex nécessaire à l'expérience de la douleur, il y a maintenant assez de preuve que les **projections thalamiques** (ndlr: informations sensibles) dans la sous-plaque, qui surviennent autour des 12 semaines de gestation, sont fonctionnelles et équivalentes aux projections thalamocorticales qui apparaissent autour des 24 semaines de gestation* »¹⁷. Le néonatalogue Carlo V.

Bellieni explique, dans une étude parue en 2020 dans la revue *Nature*, pourquoi le cortex cérébral n'est pas indispensable pour la douleur chez le fœtus, lorsque les structures subcorticales pour la perception de la douleur sont présentes.¹⁸ Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, il est donc impossible d'écarter la possibilité d'une perception fœtale de la douleur dès sa 13^{ème} semaine de gestation comme les études les plus récentes tendent à le montrer.

Le **principe de précaution** invite dès lors à tenir compte de la souffrance possible du fœtus lors d'un avortement au-delà de 3 mois de grossesse. Comme le soulignent le Prof. Derbyshire et le Dr Bockman, il y a une contradiction objective à procéder à une anesthésie dans des cas d'opération curative pour le fœtus et à s'en abstenir dans le cadre d'avortements. Or, dans les rares cas où les praticiens envisagent l'anesthésie ou la mort du fœtus avant un avortement, ils le font avant tout pour assurer le bon déroulement de l'intervention (facilité, rapidité, sécurité).¹⁹

A noter que l'**anesthésie de l'utérus** au moment d'un avortement **ne suffit pas** à anesthésier le fœtus. En effet, il faudrait que le médecin injecte jusqu'à 50 fois la dose normale

¹⁷ Derbyshire SWG, Bockmann JC., Reconsidering foetal pain, J Med Ethics 2020;46:3-6.

¹⁸ Bellieni, C.V. "Analgesia for fetal pain during prenatal surgery: 10 years of progress", *Pediatr Res* (2020). <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01170-2>

¹⁹ Voy. les directives de la *Nederlands Genootschap voor Abortusartsen* (NGvA) : « zo veilig en efficiënt mogelijke evacuatie van de uterus te komen ». *Richtlijn behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan*, p. 120.

d'anesthésiant pour un adulte, car la membrane du placenta crée une sorte de barrière entre la femme et le fœtus. Cette dose élevée peut nuire à la santé de la femme.²⁰

Avant 22 semaines de grossesse, délai reconnu comme seuil de viabilité hors du sein maternel, le médecin ne provoque généralement **pas** la mort du fœtus ni ne procède à une anesthésie préalablement à l'avortement.²¹ Il faut pourtant noter que la grande majorité des femmes (92%) préfère que le fœtus soit mort avant son expulsion / extraction.²² Précisons qu'avec la technique du morcellement, le fœtus meurt par son démembrement.

Il peut aussi arriver, mais plus rarement, que **le fœtus soit expulsé vivant** dans le cas d'une dilatation et évacuation, si le travail (d'expulsion) commence avant le morcellement du fœtus ou si le col utérin est suffisamment dilaté que pour extraire le fœtus en entier. La littérature médicale révèle aussi des cas de naissances vivantes à la suite d'un avortement par déclenchement. De telles situations s'avèrent traumatisantes, tant pour la femme que pour l'équipe soignante qui n'a souvent d'autre choix que de laisser

mourir le fœtus de lui-même. D'un point de vue légal en effet, il est interdit de porter atteinte à la vie de l'enfant une fois que le travail d'accouchement a commencé.²³

Le fœticide

A partir de la 21^e ou de la 22^e semaine de grossesse, les médecins procèdent à un fœticide avant l'avortement. Ils ont le choix de différentes techniques pour provoquer la mort du fœtus :

❖ Par des **agents pharmacologiques** :

Le médecin injecte du chlorure de potassium dans le cœur ou le thorax du fœtus, ou de la digoxine dans le liquide amniotique ou une partie du corps du fœtus. Ce sont les deux agents les plus utilisés.

❖ Le médecin **sectionne le cordon ombilical** :

Cette méthode est plus invasive et technique car elle implique, pour sectionner le cordon, d'introduire un instrument dans l'utérus par le col.

²⁰ Jogee F., "Partial-birth abortion – is it legally and ethically justifiable ? Lessons for South Africa", SAJBL, November 2018, Vol. 11, No. 2, p. 96 et références citées.

²¹ Jogee F., "The Legal and Ethical Implications of Implementing Partial-Birth Abortion in South Africa", LLM thesis. Durban: University of KwaZulu-Natal, 2017; Schwarz SD, Latimer K. Understanding Abortion: From Mixed Feelings to Rational Thought. Lanham: Lexington Books, 2012; PA Lohr / Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):156.

²² Jackson RA, Teplin VL, Drey EA, et al. Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97:471–76.

²³ Society of Family Planning, "Induction of fetal demise before abortion", *Contraception* 81 (2010) 463-464; Dommergues M, et al. Feticide during second- and third-trimester termination of pregnancy: opinions of health care professionals. *Fetal Diagn. Ther.* 2003, 18:91–7.

Le fœtus meurt par insuffisance cardiaque en 1 à 11 minutes²⁴.

Pour la femme, ces techniques visant à provoquer la mort du fœtus peuvent avoir des effets secondaires comme des vomissements après l'injection de digoxine ou des infections. L'un des risques est aussi que le fœtus soit expulsé avant le moment planifié à l'hôpital, alors que la femme est encore chez elle (la femme n'est pas toujours hospitalisée tout au long de la procédure).²⁵



Échographie à 12 semaines d'aménorrhée, soit 10 semaines de grossesse

²⁴ Kristina Tocce et al., « Umbilical cord transection to induce fetal demise prior to second-trimester D&E abortion », *Contraception journal*, VOLUME 88, ISSUE 6, p. 712.

²⁵ Society of Family Planning, "Induction of fetal demise before abortion", *Contraception* 81 (2010) 463-464.

III. État des lieux dans les pays autorisant l'avortement au 2ème trimestre de la grossesse

Il faut d'abord noter que la plupart des pays dans le monde n'autorisent pas, contrairement à la Belgique, que l'avortement puisse être pratiqué jusqu'à la naissance lorsque le fœtus est atteint d'une maladie grave et incurable. A titre d'exemple, la loi néerlandaise ne permet pas l'avortement au-delà de 24 semaines de grossesse, qu'il y ait ou non une raison médicale.

Pour plus de 90% des avortements du deuxième trimestre aux États-Unis, et 95% au Royaume-Uni, les médecins recourent à la méthode chirurgicale par morcellement.²⁶ C'est également la méthode privilégiée aux Pays-Bas, contrairement aux médecins des pays nordiques qui optent davantage pour l'avortement par déclenchement.²⁷

Le **Collège Royal des Obstétriciens et Gynécologues au Royaume-Uni** ne recommande une injection de chlorure de potassium pour tuer préalablement le fœtus qu'**à partir de la 22e semaine de grossesse.**²⁸ Le **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français** (CNGOF) ne recommande l'anesthésie et le fœticide qu'à partir de la 20-22 semaine de grossesse.²⁹ Les directives de **l'Association Néerlandaise des Obstétriciens et Gynécologues** laissent une marge encore plus large aux praticiens : « *A partir de 22 semaines de grossesse (154 jours), on peut envisager d'opérer un fœticide avant de procéder à l'avortement médicamenteux (ndlr : par déclenchement)* »³⁰. On notera que l'Association Néerlandaise des Obstétriciens et Gynécologues n'aborde nullement la question du fœticide dans le cadre d'un avortement par morcellement.

²⁶ Gamble SB, Strauss LT, Parker WY et al. Abortion surveillance – United States, 2005. MMWR Surveill Summ 2008; 57: 1–32. Department of Health. Abortion statistics, England and Wales: 2008. Statistical Bulletin 2008/1. London: Crown, 2008.

²⁷ PA Lohr / Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):152 et références citées en notes.

²⁸ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. London, RCOG Press, 2004.

²⁹ L. MANDELROT, G. GIRARD, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, « Aspects techniques des interruptions médicales de grossesse, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, Tome 32, 3 décembre 2008.

³⁰ NVOG Richtlijn, *op. cit.*, p. 14. Soulignement ajouté.

IV. Le choix entre l'une ou l'autre méthode d'avortement

Le choix entre les deux méthodes d'avortements tardifs peut dépendre de différents facteurs :

♦ Le rapport mère-enfant

Lorsque l'avortement a lieu en raison d'une anomalie du fœtus, et que la mère aurait gardé l'enfant en l'absence de ce motif, la méthode de déclenchement lui permet de voir son bébé et peut faciliter le deuil.³¹ Au contraire, lorsqu'il s'agit d'un avortement tardif hors du cadre de l'IMG, la méthode chirurgicale, plus rapide et effectuée sous anesthésie générale (la femme ne s'aperçoit pas du morcellement), est souvent préférée. Autrement dit, l'avortement par déclenchement requiert la **participation, sur le plan physique et psychologique, de la femme** contrairement à la méthode chirurgicale où l'exécution et la charge psychologique du geste sont entièrement laissées au médecin, tandis que l'implication directe de la femme est minimisée.

♦ La compétence du praticien

L'avortement par morcellement requiert du médecin une **formation spécialisée et une pratique régulière**, pour limiter au maximum les lésions chez la femme.

♦ L'efficacité du morcellement

Rappelons que le déclenchement du travail d'accouchement au deuxième trimestre force l'utérus à expulser le fœtus, alors que l'utérus est bien moins disposé à ce processus d'expulsion qu'au début ou à la fin de la grossesse.³² Dans le cas où le médecin procède par morcellement, la procédure est nettement plus rapide que lorsqu'il doit superviser le déclenchement de l'expulsion, et ne nécessite pas d'hospitalisation.

♦ Les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de la femme

♦ La volonté éventuelle de procéder à un **examen fœtopathologique**

³¹ Burgoine GA, Van Kirk SD, Romm J, et al. Comparison of perinatal grief after dilation and evacuation or labor induction in second trimester terminations for fetal anomalies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;192(6):1928–32. Aussi PLIDA 2008, Pregnancy Loss and Infant Death Alliance Practice Guidelines ; Offering the Baby to Bereaved Parents. www.plida.org. (cités dans « Time with babe : Seeing fetal remains after pregnancy termination for impairment », Lisa M. Mitchell, *Medical anthropology quarterly*, Vol. 30, Issue 2, pp. 168-185.)

³² DA Grimes / *Reproductive Health Matters* 2008;16(31 Supplement):183–188

V. La question du consentement de la femme

Une question se pose : comment maintenir le nécessaire droit à l'information du patient dans une situation où la femme enceinte tente, bien souvent, d'occulter l'avortement qu'elle va vivre ? Car la médecine d'aujourd'hui est fondamentalement basée sur le respect du **consentement libre et éclairé** du patient.

Le choix d'une méthode par déclenchement requiert nécessairement une communication entre la femme et son médecin, sur la façon dont vont agir les prostaglandines, leurs effets sur le corps de la femme, le déroulement de la mise au monde, l'état du bébé lors de l'expulsion, la vue du bébé ou le souhait de ne pas le voir, etc. L'information correcte de la femme est ici primordiale pour éviter ou atténuer l'impatience, la peur, et diminuer le choc que peut représenter la confrontation avec son bébé mort, parfois malformé dans le cadre d'un avortement pour raison médicale.

Quant à la méthode chirurgicale tardive, le caractère choquant du morcellement incite les centres ou leur personnel médical à taire à la femme les détails violents de la procédure. De plus, le processus est très rapide et la femme, sous anesthésie générale, ne sent ni ne voit rien. Ainsi, les sites des centres d'avortements aux Pays-Bas n'expliquent pas que l'avortement après 12 semaines se pratique par morcellement du fœtus. On y trouve par exemple la formulation suivante : « *De baarmoederhals wordt met een speciaal tangetje leeggemaakt* » (trad. : l'utérus est vidé au moyen d'une pince spéciale)³³. Peut-on dans ce cas encore parler d'information suffisante de la patiente et de consentement éclairé ? Une information honnête est pourtant indispensable pour le respect de sa liberté. Il va sans dire qu'une prise de conscience ultérieure de la réalité du geste est probable. La patiente pourrait alors reprocher au corps médical ce manque d'information, voire s'estimer trahie.

³³ <https://www.vrelinghuis.nl/behandeling/vanaf-13-weken/>

VI. Les risques physiques d'un avortement chez les femmes

Les études montrent que la **mortalité maternelle** à la suite d'un avortement augmente à chaque semaine de gestation. Le taux de mortalité, qui reste très faible, est multiplié par 89 entre une intervention à 8 semaines et une intervention à 21 semaines ou plus de grossesse (8.9 pour 100,000)³⁴.

Les complications associées aux avortements du deuxième trimestre sont les **hémorragies**, les **lésions cervicales**, les **infections précoces ou tardives**, la **perforation ou la rupture de l'utérus**. Par ailleurs, le risque de complications augmente si le praticien n'est pas largement expérimenté.

❖ **Une intervention chirurgicale supplémentaire** pour vider l'utérus s'avère nécessaire après un avortement par déclenchement dans environ 8% des cas, lorsqu'il y a utilisation conjointe de Mifépristone et de Misoprostol.³⁵ Ces taux sont supérieurs à ceux qui s'appliquent aux avortements par déclenchement durant le premier trimestre de la grossesse.

❖ **Les complications propres à la méthode chirurgicale** par morcellement sont les déchirures cervicales, la rétention de parties du fœtus et la perforation utérine.³⁶ Avec cette méthode, les pertes de sang sont généralement de 100 à 400 ml.³⁷ Le risque de perforation de l'utérus, complication potentiellement grave, est de 0.2-0.4% pour les avortements au deuxième trimestre. Il s'explique en raison du va-et-vient des instruments (forceps, canule) dans l'utérus.^{38 39} En effet, **plus la grossesse est avancée, plus l'utérus est mou et fragile**.

❖ Des saignements abondants peuvent être causés par une lésion du col de l'utérus ou de l'utérus-même, un avortement incomplet ou un manque de contractions de l'utérus. Le risque de **coagulation intravasculaire disséminée** (formation de caillots de sang) augmente lui aussi au deuxième trimestre. C'est en raison des possibilités de complications graves que les avortements après 12

³⁴ The American College of Obstetricians and Gynecologists, *Practice Bulletin*, nr 135, juin 2013, mis à jour en 2019.

³⁵ Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, et al. "Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases", *Contraception* 2004;69(1):51-58

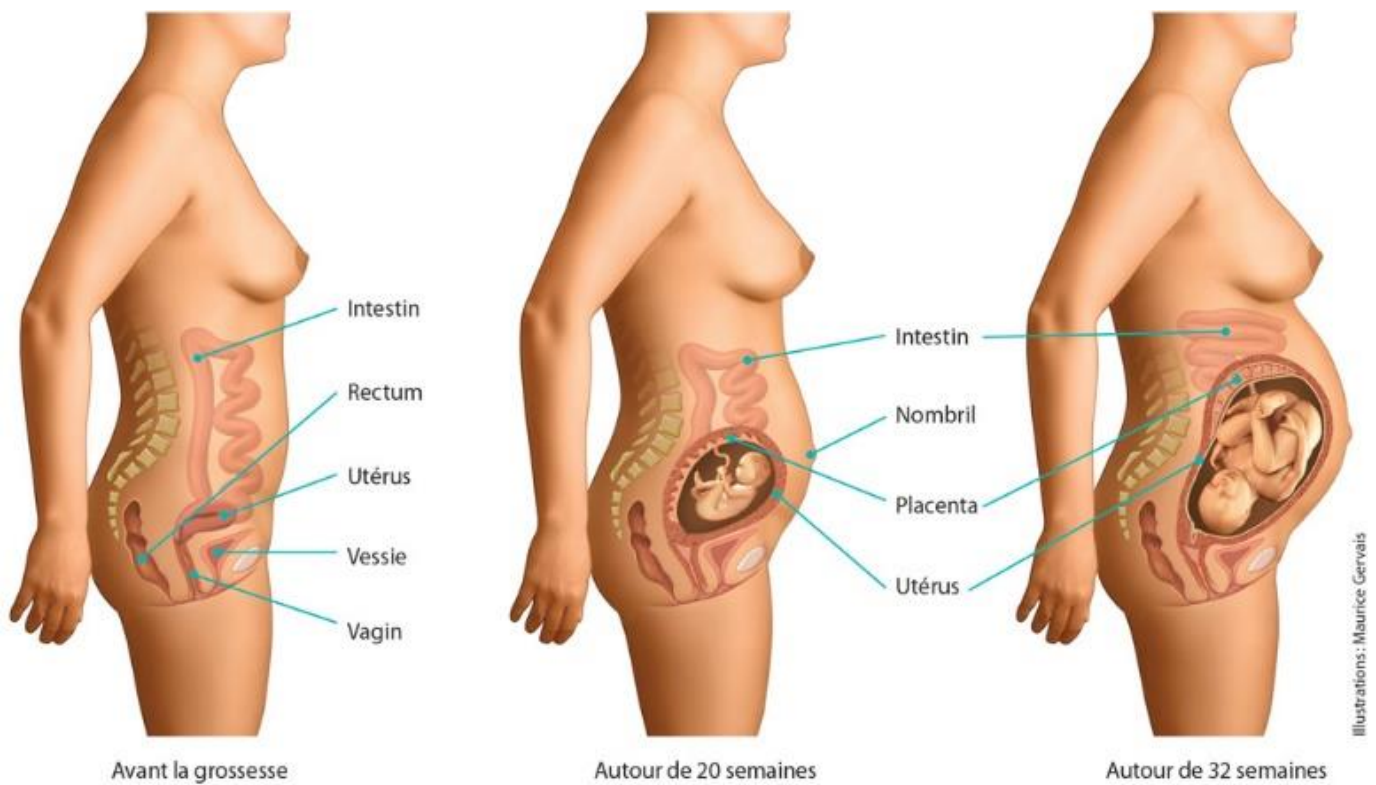
³⁶ L. MANDELROT, G. GIRARD, *op. cit.*, p. 14.

³⁷ D. Grossman et al., *Reproductive Health Matters* 2008 ; 16(31 Supplement) : 177.

³⁸ Nederlands Genootschap voor Abortusartsen (NvGA), Richtlijn behandeling van vrouwen die en zwangerschapsafbreking ondergaan, revue en 2016, p. 120 ; Pridmore BR & Chambers DG, Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999; 39(3): 349-353.

³⁹ PA Lohr / *Reproductive Health Matters* 2008;16(31 Supplement):156-157 et références citées en note.

semaines de grossesse doivent être pratiqués dans des établissements dotés d'un **accès facile** à la transfusion sanguine et à la **laparotomie d'urgence** (incision de la paroi abdominale)⁴⁰.



©Maurice Gervais - évolution du corps de la femme en semaines d'aménorrhée

⁴⁰ PA Lohr / Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):156-157 et références citées en note.

VII. Les implications psychologiques d'un avortement tardif chez les femmes

De même que le rapport de la femme à son état de grossesse et à son enfant évolue tout au long de la grossesse, de même le vécu psychologique d'un avortement pour la femme est généralement plus marqué au fur et à mesure que l'enfant à naître se développe.

Sophie Marinopoulos, psychologue, décrit ainsi l'évolution psychique chez la femme entre le premier et le deuxième trimestre de grossesse : « *Le premier trimestre ouvre sur l'état d'être enceinte qui relie la femme à un corps fécondé, habité. Il s'agit d'un « état d'être ». (...) Et c'est dans ce premier trimestre que l'interruption volontaire de grossesse, l'IVG, est possible puisqu'il s'agit pour la femme d'arrêter un mouvement en marche vers un statut qui n'est pas souhaité.* » En revanche, poursuit-elle, « *Le deuxième trimestre voit naître l'attente d'un enfant qui se caractérise par la représentation de l'enfant dans la pensée de sa mère et les émergences fantasmatiques et imaginaires qui l'accompagnent* »⁴¹.

Psychologues et psychiatres s'accordent en effet pour dire que – hors cas d'affection psychiatrique – **l'entrée dans le 4e mois de grossesse marque une étape fondamentale dans le rapport de la femme à sa grossesse et à l'enfant à naître**, tant sur le plan physique que psychologique.⁴² Le fœtus approche d'ailleurs de son seuil de viabilité. La femme commence à **ressentir ses mouvements**, ce qui lui permet de se figurer son bébé.⁴³ Ainsi, pour le pédopsychiatre Michel Soulé, dans la mesure où le fœtus est réellement « investi » au deuxième trimestre de la grossesse, toute interruption de grossesse à partir de ce moment-là se soldera par un véritable processus de deuil.⁴⁴ Le corps de la femme aussi se souvient de la naissance ; il faut par exemple bloquer la montée de lait dès après l'avortement tardif. Psychologiquement, cela peut s'avérer difficile.

Parue dans le *Journal of Pregnancy* en 2010, une enquête réalisée aux États-Unis compare les

⁴¹ Marinopoulos Sophie, « De l'impensé à l'impensable en maternité : Le déni », *Champ psychosomatique*, 2009/1 (n° 53), p. 19-34. DOI : 10.3917/cpsy.053.0019.

⁴² Voy. notamment G. L. Bibring e.a., « A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship », *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1961, 16:1, 9-24.

⁴³ Cohen-Salmon, J., Missonnier, S. et Marty, P. (2011). Addiction et grossesse : du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né. *La psychiatrie de l'enfant*, 54 (2), 433-468.

Voy. aussi Stern D. *La naissance d'une mère*. Paris: Odile Jacob, 1998.

⁴⁴ M. Soulé, *Introduction à la psychiatrie foetale*, Paris, ESF, 1992, p. 133.

expériences d'un avortement au 1er trimestre et celles d'un avortement tardif (à partir de la 13^e semaine de grossesse) chez 374 femmes. Une fois sous contrôle les variables sociodémographiques et d'histoire personnelle de ces femmes, il résulte que les avortements tardifs sont associés à davantage de **symptômes d'intrusion** (fait de revivre mentalement l'avortement), une plus forte tendance à faire des **rêves troublants**, et davantage de peine à s'endormir (**hyperexcitation**).

Par ailleurs, l'étude pointe **plus d'ambivalence et de conflit** autour de la décision d'avorter, et moins de stabilité dans la relation avec le partenaire. L'expérience de la pression pour avorter venant d'une autre personne que le partenaire, le fait de quitter le partenaire avant l'avortement, ne pas avoir révélé l'avortement au partenaire, et des craintes liées à la santé physique étaient plus courants chez les femmes ayant vécu un avortement tardif. Les femmes moins certaines à propos de l'acceptation de leur grossesse sont logiquement plus enclines à postposer la décision d'avorter, espérant peut-être que les circonstances s'amélioreront et leur permettront de poursuivre leur grossesse.⁴⁵

C'est pourquoi étendre le délai possible pour l'interruption volontaire de grossesse, c'est aussi risquer de **prolonger une période d'ambivalence** par rapport à l'acceptation de la grossesse et de l'enfant à naître, alors que le passage des trois mois de grossesse peut être **sécurisant** chez certaines femmes dont l'environnement se montre hostile à leur état de grossesse. Autrement dit, prolonger la période au cours de laquelle l'avortement est possible, c'est aussi prolonger une période d'insécurité et de pressions sur une femme enceinte.

Le cas particulier du déni de grossesse

Largement vulgarisé par les médias, le terme de déni de grossesse correspond pourtant à une réalité médicale : il se définit comme « *le fait d'être enceinte au-delà de trois mois de grossesse sans avoir conscience de l'être* »⁴⁶. Il s'agit d'un mécanisme inconscient de défense qui vise à « *exclure du champ de la conscience, en les isolant, les représentations et les affects qui ne correspondent pas à ce que la femme peut supporter de sa réalité* ».⁴⁷ Ce cas particulier mérite d'être abordé dans le cadre du sujet traité car, contrairement aux femmes

⁴⁵ Priscilla K. Coleman, Catherine T. Coyle, and Vincent M. Rue, "Late-Term Elective Abortion and Susceptibility to Posttraumatic Stress Symptoms", *J Pregnancy*. 2010; 2010: 130519.

⁴⁶ Navarro F, Delcroix M, Godeau E. « Le déni de grossesse à l'adolescence », *Rev Psicol Criança E Adolesc*. 2011;147-64.

⁴⁷ Nisand I, « Déni de grossesse », *La Lettre du Gynécologue*, n° 378-379 - janvier-février 2013, pp. 20-21.

Le déni de grossesse n'est pas à confondre avec la **dénégation de grossesse**, par laquelle la femme perçoit les manifestations de la grossesse. « *Elles renvoient parfois même à la présence possible d'un bébé dans le ventre, et sont volontiers interprétées furtivement comme tel, pour être ensuite refoulées, au profit d'autres explications* ». Maëva Rémy. Le déni de grossesse: " Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant? ". Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01882032

conscientes de leur grossesse et du nouvel être qui se développe en elle, on pourrait croire pour que les femmes en déni de grossesse, l'avortement même tardif constituerait davantage un soulagement qu'un risque psychologique, puisqu'elles n'ont pas conscience du fœtus.

Le déni de grossesse est, par définition, toujours révélé après les délais légaux définis pour l'interruption volontaire de grossesse.⁴⁸ Une demande d'avortement au-delà du premier trimestre devrait donc alerter les professionnels de santé sur l'éventualité d'un déni de grossesse qui vient d'être levé. La psychiatre Catherine Bonnet préconise d'ailleurs la recherche d'un déni de grossesse devant toute demande d'avortement émise alors que le délai légal est dépassé.⁴⁹

Pratiquer un avortement chez une femme à la levée du déni de grossesse sans prendre le temps de poser le juste diagnostic et sans prévoir de prise en charge spécifique de ce déni, relève d'une erreur médicale. Le diagnostic – psychiatrique en l'occurrence – ainsi escamoté, la patiente se trouve privée du traitement dont elle aurait besoin. De telles situations sont possibles a fortiori si l'avortement est pratiqué uniquement sur demande, en ambulatoire selon la méthode ultra-rapide du morcellement et dans un délai minimum de 48h. Ces erreurs médicales potentialisent des cas

de récurrence de la pathologie et des infanticides.⁵⁰ En effet, la suppression rapide du fœtus peut empêcher la femme de prendre conscience de la réalité de sa grossesse et l'exposer potentiellement à une répétition de la situation.

Une étude réalisée en 2011 au CHU d'Angers à partir de 75 dossiers de découverte tardive de grossesse a montré que 13 femmes sur les 16 qui ont demandé un avortement à la découverte de leur grossesse – sans pouvoir l'obtenir en France étant donné le délai légal de 12 semaines – ont finalement fait le choix de garder leur bébé (n'ont pas entrepris de démarche pour avorter à l'étranger ni d'adoption), et l'ont effectivement gardé. Une seule femme a demandé une interruption de sa grossesse à l'étranger, et deux autres ont subi une IMG pour cause de malformation chez le fœtus. L'auteur de l'étude observe que ce contraste témoigne « *d'un réaménagement psychique adaptatif réalisé en urgence afin de rendre tolérable l'état de grossesse, première ébauche d'un investissement possible. Cette adaptation minimale est possible dans la plupart des cas. A ce moment-là, un accompagnement thérapeutique prend tout son sens afin de repérer l'ambivalence de la femme enceinte et*

⁴⁸ Humeau E., « Le déni de grossesse : revue de la littérature et étude de son lien potentiel avec le néonaticide », *Médecine humaine et pathologie*, 2018, p. 20.

⁴⁹ Bonnet C., « Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé », *Perspectives Psy* 2002 ; 41:3:189-194.

⁵⁰ Voy. à ce propos l'explication du Dr J-F Legrève dans une vidéo accessible via <https://youtu.be/iNDxH534OFA>

la façon dont elle l'élabore ». ⁵¹ Lorsque la demande d'interruption s'énonce au moment-même de la levée du déni de grossesse et « s'impose comme court-circuit de la pensée », il est fondamental que le thérapeute puisse offrir une « contenance », une « capacité à pouvoir être le réceptacle des projections » de la femme. ⁵²



Échographie à 16 semaines d'aménorrhée, soit 14 semaines de grossesse

⁵¹ S. Chaulet, Étude rétrospective descriptive sur 5 ans réalisée au CHU d'Angers à partir de 75 dossiers de découverte tardive de grossesse, avril 2011.

⁵² M-J Soubieux et M. Soulé, « L'interruption médicale de grossesse », dans « La psychiatrie foetale, Presses universitaires de France, 2005, p. 80.

VIII. Comment les professionnels de la santé perçoivent-ils la méthode par morcellement ?

Pour reprendre les termes du Collège National des Gynécologues Français (CNGOF), l'interruption médicale de grossesse – toutes méthodes confondues - « *demeure par essence une transgression brutale, pour le fœtus mais aussi pour la mère. Les soignants ressentent aussi l'ambivalence et le malaise qui peuvent retentir sur les soins, voire la sécurité* ». ⁵³ A fortiori, on ne peut sous-estimer l'impact psychologique d'un avortement tardif sur le corps médical hors du cadre de l'IMG.

Selon David A. Grimes, professeur de renom en gynécologie et obstétrique aux États-Unis et qui pratique des avortements, « *La méthode de dilatation et évacuation déplace le fardeau émotionnel de la procédure de la femme vers le médecin* » ⁵⁴. Les études montrent en effet que la méthode de morcellement et d'extraction du fœtus est lourde à porter pour les gynécologues. ⁵⁵ La technique est souvent vécue comme brutale voire insupportable.

Contrairement à l'avortement par déclenchement, où le médecin est très peu impliqué pendant le travail et n'est pas toujours présent au moment de l'accouchement, un médecin qui pratique un avortement par morcellement « *a affaire à un fœtus âgé de deux trimestres de façon intime, physique* » ⁵⁶.

Les professionnels impliqués dans ces avortements par morcellement ne sont pas rares à s'être confiés par rapport à l'extrême lourdeur de la pratique :

➤ **Le Dr Warren Hern**, fondateur d'une clinique d'avortement aux États-Unis, a pratiqué de nombreux avortements par dilatation et évacuation. Il écrit qu'« *il n'est pas possible de nier qu'il y a un acte de destruction par le praticien. C'est là devant ses yeux. La sensation de démembrement remonte à travers les forceps comme un courant électrique.* » ⁵⁷. Plus tard, une enquête auprès de professionnels de santé impliqués dans

⁵³ L. MANDELBROT, G. GIRARD, op. cit., p. 7.

⁵⁴ DA Grimes / Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):185.

⁵⁵ Kaltreider NB, Goldsmith S, Margolis AJ. The impact of midtrimester abortion techniques on patients and staff. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1979;135:235 –38. Aussi Lalitkumar et al., 2007, Mid-trimester Induced Abortion : A Review. Human Reproduction Update 13: 46 ; et Harris L.H. 2008 Second Trimester Abortion Provision : Breaking the Silence and Changing the Discourse. Reproductive Health Matters 16 :74-81.

⁵⁶ Rooks JB, Cates W. Emotional impact of D&E vs. instillation. Family Planning Perspectives 1977;9(6):276–77.

⁵⁷ Warren M. Hern, M.D., and Billie Corrigan, R.N., "What About Us? Staff Reactions to the D&E Procedure", paper presented at the Annual Meeting of the Association of Planned Parenthood Physicians, San Diego, California (October 26, 1978).

ces avortements confirme ses dires : « *Il y a avait clairement un accord (parmi le personnel médical) sur le fait que l'avortement par dilatation et évacuation était qualitativement, médicalement et émotionnellement une procédure différente d'un avortement précoce. Nombreux parmi les répondants (personnel d'une clinique d'avortement) ont rapporté de graves réactions émotionnelles qui ont provoqué des **symptômes physiologiques, des troubles du sommeil, des effets sur leurs relations interpersonnelles, et de l'anxiété morale.** (...) Pour des avortements au deuxième trimestre, on observait une peur plus grande des complications, l'impact visuel du fœtus, et la violence de la D&E. (...) Plusieurs pensaient que c'était plus difficile à rationaliser ou à intellectualiser.* »⁵⁸

➤ **Le Dr George Flesh**, médecin à Los Angeles ayant pratiqué des avortements dans son passé, écrit : « *Déchirer en morceaux un fœtus développé, membre par membre, est un acte de dépravation que la société ne devrait pas permettre. Nous ne pouvons pas accepter une telle dévalorisation de la vie humaine, ni la désensibilisation du personnel médical que cela requiert. Cela n'est pas basé sur ce que le fœtus pourrait sentir, mais sur ce que nous pouvons ressentir en regardant un être*

humain délicat, partiellement formé, être démembré. »⁵⁹

➤ **Le Dr Vincent Argent**, médecin qui pratique des avortements et qui a travaillé pour le British Pregnancy Advisory Service (BPAS), a finalement plaidé pour limiter les avortements tardifs : « *C'est dur de décrire ce que l'on ressent en sortant les parties d'un bébé, en voyant des bras, des bouts de jambes, et finalement la tête.* »⁶⁰

D'aucuns estiment qu'il en va plus fondamentalement de la protection de l'intégrité et de l'éthique de la profession médicale de refuser ce genre de pratiques. C'est ce que soutient le juge A. Kennedy, dans une opinion dissidente de l'arrêt *Stenberg vs Carhart* de la Cour Suprême des Etats-Unis : « *Il y va de l'intérêt des États d'interdire les procédures médicales qui, selon une évaluation raisonnable de l'État, pourraient rendre la profession médicale ou la société dans son ensemble insensible, même méprisante, par rapport à la vie, y compris la vie dans un fœtus humain.* »⁶¹

➤ **Le Dr Arielle Nuchowicz**, gynécologue et praticienne en haptonomie prénatale à Bruxelles, s'est battue pour la légalisation de l'avortement. Elle s'est récemment exprimée contre l'extension du délai à

⁵⁸ Warren M. Hern, M.D., and Billie Corrigan, R.N., "What About Us? Staff Reactions to the D&E", 15 *Advances in Planned Parenthood*, 1-8 (1980).

⁵⁹ George Flesh, M.D., « *Why I No Longer Do Abortions ; Tearing a second-trimester fetus apart simply at a mother's request is depravity that should not be permitted* », *Los Angeles Times*, September 12, 1991.

⁶⁰ Vincent Argent, M.D., « *Why this abortion doctor wants to see time limits reduced to 16 weeks* », *The Telegraph*, May 28, 2008.

⁶¹ *Stenberg v. Carhart*, 530 U.S. 914 (2000), par. 961.

18 semaines de grossesse : « A 20 semaines, le fœtus est déjà complètement formé, il a tous ses organes et il n'a plus qu'à mûrir, même s'il n'est pas encore viable. C'est un bébé qui a déjà de l'affectivité, qui est sensible aux sons, aux lumières. »⁶²
« Il sent, ressent, réagit, répond. »⁶³

Ces considérations méritent d'être confrontées au constat selon

lequel il est **de plus en plus difficile de recruter des médecins acceptant de pratiquer des avortements**. Il va sans dire que l'allongement du délai légal pour l'avortement sur demande à mi-grossesse et la charge psychologique qu'implique la méthode du morcellement, n'inciteraient sans doute pas davantage les jeunes médecins à s'y consacrer.



Échographie à 20 semaines d'aménorrhée, soit 18 semaines de grossesse

⁶² Le Soir – E. Blogie, « Côté soignants, les arguments des opposants, et les réponses des militants », 15 juillet 2020.

⁶³ <https://abortus-avortement.be/temoignages/>

Conclusion

La question de l'élargissement du délai pour l'avortement à 18 semaines (soit à plus de 4 mois de grossesse) a permis l'émergence, sans doute pour la première fois en Belgique, d'une discussion citoyenne sur les modalités de l'avortement. La violence de la méthode de morcellement du fœtus et la prise de conscience de l'augmentation des risques d'un avortement tardif (toutes méthodes confondues) ont suscité une vive réaction contre l'élargissement du délai dans le monde médical, mais aussi parmi les citoyens.

A l'écoute des expériences de soignants pratiquant la méthode d'avortement par morcellement, on ne peut nier la lourdeur psychologique de ce geste tant pour les femmes que pour les soignants et les structures hospitalières. De façon générale, les répercussions que peut aussi avoir un avortement tardif sur la femme, **tant sur le plan physique que psychologique**, ne peuvent être ignorées.

S'il était exclu par le législateur de recourir à l'avortement par morcellement au cours du deuxième trimestre de grossesse, la méthode du déclenchement, actuellement pratiquée dans le cadre de l'IMG, pourrait être une alternative. Pourtant, cette méthode semble particulièrement inadaptée à la réalisation d'IVG tardives dans le cadre de refus de grossesse. D'une part, en effet, il semble difficile qu'une femme, dans un tel cadre, accepte de vivre un avortement par déclenchement qui s'étend sur plusieurs jours et aboutit à l'accouchement du fœtus. D'autre part, il semble déraisonnable, pour les hôpitaux belges, de prendre en charge quelques centaines d'avortements tardifs supplémentaires, dénués de motifs médicaux, qui exigent une importante disponibilité de personnels et de moyens. A cette charge pourrait également s'ajouter celle de femmes venues d'autres pays, qui pourraient être tentées de solliciter les structures belges.

La balance risque/bénéfice par rapport à la mise en place d'un allongement du délai légal de l'IVG pour l'ensemble des femmes semble donc nettement défavorable aux femmes comme aux structures de soins et à leur personnel.

Il serait en revanche pertinent d'étudier la mise en place de **mesures de prévention des avortements tardifs** en :

- ♦ rappelant l'existence du délai légal de 12 semaines pour l'IVG. Les avortements présentent alors des risques moindres pour la santé de la femme
- ♦ améliorant la qualité de l'information sur la grossesse pour les femmes et les couples
- ♦ assurant les moyens d'un accompagnement pour les femmes enceintes qui en ont besoin et en soutenant les expériences de suivi existantes.

Ainsi, des suivis multidisciplinaires de grossesses ont déjà permis à des femmes en situation d'extrême vulnérabilité, de trouver un appui et une occasion d'être valorisée.⁶⁴ L'accompagnement de ces situations complexes demande sans doute avant tout l'écoute et la consultation de ceux qui, sur le terrain, proposent déjà des pistes inspirantes pour tous.

⁶⁴ Voy. notamment l'intervention du Pr. Luc Roegiers « [Les fragilités psychologiques dans l'attente d'un enfant](#) », Colloque « Corps à corps et désaccord : naître parents aujourd'hui », 15 janvier 2016.



www.ieb-eib.org