

DIGITHÈQUE

Université libre de Bruxelles

Revue de l'Université de Bruxelles, 1975/2-3, Bruxelles : Université libre de Bruxelles, 1975.

http://digistore.bib.ulb.ac.be/2011/DL2503255_1975_2_3_000.pdf

Cette œuvre littéraire est soumise à la législation belge en matière de droit d'auteur.

Elle a été publiée par l'**Université Libre de Bruxelles** et numérisée par les Archives & Bibliothèques de l'ULB.

Tout titulaire de droits sur l'œuvre ou sur une partie de l'œuvre ici reproduite qui s'opposerait à sa mise en ligne est invité à prendre contact avec la Digithèque de façon à régulariser la situation (email : [bibdir\(at\)ulb.ac.be](mailto:bibdir(at)ulb.ac.be)) .

Les règles d'utilisation de la présente copie numérique de cette œuvre sont visibles sur la dernière page de ce document.

L'ensemble des documents numérisés mis à disposition par les Archives & Bibliothèques de l'ULB sont accessibles à partir du site <http://digitheque.ulb.ac.be/>

REVUE DE L'UNIVERSITE DE BRUXELLES

Réflexions sur l'avortement

Problèmes médicaux et sociaux
de l'interruption volontaire
de la grossesse

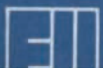
Deux Congrès :

- *Le Droit à la Maternité Responsable (Liège, 9.2.1974)*
- *L'Avortement dans le Respect de la Qualité de la Vie (Bruxelles, 9-10.11.1974)*

Publié par les soins de
C. FASTENAEKENS et P. O. HUBINONT



1975/2-3



éditions de l'université de Bruxelles

**Comité de rédaction
de la Revue de l'Université**

Directeur **M. Charles Delvoye**

Administrateur

Secrétaire de
rédaction **M. Jacques Sojcher**

Membres

Messieurs **John Bartier, Paul Bertelson, Jean Blankoff,
J. P. Boon, Mademoiselle Lucia de Brouckère,
Monsieur Jacques Devooght, Docteur Jacques Dumont,
Messieurs Michel Hanotiau, Robert Pirson,
Pierre Rijlant, Lucien Roelants, R. Vanhauwermeiren**

Abonnements

4 numéros par an de 120 pages environ :
Abonnement — Belgique : 400 FB
 Étranger : 450 FB
Prix du numéro : 120 FB
Prix du numéro double : 240 FB

Prière d'adresser les souscriptions aux

ÉDITIONS DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES

Parc Léopold, 1040 Bruxelles (Belgique)

Téléphone : 02/735.01.86

— au CCP 000-0749231-03 des Éditions de l'Université de Bruxelles ou

— à la Société Générale de Banque pour le compte 210-0377218-37 des Éditions
de l'Université de Bruxelles.

Les articles publiés n'engagent que leurs auteurs.

Les manuscrits non publiés ne seront pas renvoyés.

REVUE DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES

1975 2-3

Réflexions sur l'avortement

Problèmes médicaux et sociaux
de l'interruption volontaire de la grossesse

Rédaction Avenue des Ortolans 76
1170 Bruxelles Belgique

Administration Parc Léopold
1040 Bruxelles Belgique

Éditions de l'Université de Bruxelles



REMERCIEMENTS

Hormis les auteurs nous remercions les Doyen et Président des Facultés de Médecine des Universités de Bruxelles et de Liège pour leur collaboration active au Congrès du 9 février 1974, les Autorités Académiques de l'Université Libre de Bruxelles pour les positions prises au long des mois qui ont précédé et lors du Congrès des 9 et 10 novembre 1974.

Par dessus tout nous exprimons notre gratitude à tous ceux qui ont soutenu l'action des Comités Willy Peers, la Société pour la Légalisation de l'Avortement et surtout aux innombrables et modestes citoyens de ce pays qui nous ont exprimé leur soutien, leur sympathie, leur détermination.

C. FASTENAEKENS et P. O. HUBINONT.

PRÉFACE

Le volume que nous présentons aujourd'hui est le résultat d'une démarche déjà longue, d'une intention pure et d'une interrogation douloureuse que ne vient pas apaiser la certitude que confère le dogmatisme.

Il traduit deux étapes d'une réflexion qui trouve son origine dans la confrontation quotidienne à des problèmes réels qui sont posés aux êtres humains, dans notre société et dans d'autres, par leur fonction de reproduction et leur sexualité, par les responsabilités qui y sont attachées.

En fait, si l'on en vient à rechercher pourquoi ces étapes se sont marquées par un rassemblement, restreint d'abord aux professions de santé, étendu ensuite au grand public, c'est certainement un peu parce qu'il est apparu à un groupe d'esprits libres que le problème de l'avortement devait être examiné à l'abri des dogmes et des passions partisans d'opposants à une libéralisation, mais bien plus et surtout parce que la seule voie qui conduise à la lumière étant la connaissance objective des faits, il était nécessaire de les inventorier, de les examiner scientifiquement et d'en tirer les indications qui puissent éclairer le pouvoir et l'opinion publique dont il est l'émanation sur la véritable nature des problèmes.

La voie de cette démarche avait été ouverte par le Centre de Sociologie du Droit de l'Université Libre de Bruxelles, sous la forme du colloque des 11 et 12 mars 1971.

Ce colloque a été l'objet d'une publication aux Presses de l'U.L.B. et l'on mesure en réalité l'évolution qui s'est produite dans les esprits au fil des mois : on est en droit de penser que la tenue de cette réunion et son caractère scientifique n'y ont pas été étrangers.

Une première étape était franchie lorsqu'indépendamment d'ailleurs, la Revue Nouvelle publia son numéro de janvier 1973 consacré à l'avortement.

L'escalade subit une extraordinaire accélération lors de l'arrestation de W. Peers en raison de la vague de protestation qui s'éleva partout en Belgique et même à l'étranger.

Certes la lettre de la loi justifiait cette mesure mais l'état des mœurs et des faits, joint aux circonstances dans lesquelles la transgression des textes législatifs s'était passée expliquait l'ampleur de la prise de conscience de près d'un demi million de Belges qui signèrent les motions du Comité Peers pour la dépénalisation de la contraception et de l'avortement.

Certes, par ailleurs, ce type de réaction souvent passionnelle, ne peut servir de base à un examen objectif. Mais c'est une indication que sans distinction de profession, d'origine, de conviction politique, de localisation géographique, un nombre important de citoyens moyens de ce pays qui font l'opinion publique se sont exprimés à propos de deux options :

- la libération immédiate d'un homme probe qui avait pris ses responsabilités de médecin et d'homme libre ;
- la modification de textes légaux qui ne correspondent plus à l'état des mœurs et aux faits directement accessibles à tous et dont les conséquences sont désastreuses ne fût-ce que sur le plan de la Santé Publique.

Une bataille d'usure s'est engagée entre les forces progressistes et celles de la réaction, entre les citoyens qui, sans le moins du monde souhaiter la généralisation de leurs options estiment, dans une société pluraliste, avoir le droit de mettre leurs actes en accord avec leurs idées, leurs jugements de valeurs, et les nécessités de la société actuelle, et d'autres citoyens qui restent attachés à des formes révolues de domination sociale, de tyrannie des esprits et d'aliénation de leurs opposants.

Il suffit de voir la stratégie qui se développe sous nos yeux à l'heure actuelle.

Le pouvoir a supprimé du code pénal les paragraphes qui réprimaient ou en tout cas limitaient le recours à la contraception, mais n'a entrepris aucune politique positive de planification des naissances. L'éducation sexuelle et affective est en route mais connaît des avatars nombreux.

Le problème de l'avortement a été confié à une commission ministérielle à la composition de laquelle ne participent pas certaines personnes dont l'opinion autorisée eût pu jouer un rôle considérable et influencer les conclusions dans le sens d'une libéralisation, alors qu'y figurent les représentants qualifiés de l'opinion conservatrice dont les prises de position antérieures rendent difficiles un changement d'attitude.

Certaines, sinon toutes les personnes dont l'absence a été remarquée dans la composition de la «Commission des Problèmes Ethiques» sont

présentes dans les pages qui suivent. Leur libre opinion scientifique, objective et pondérée est ainsi mise à la disposition des pouvoirs législatif, judiciaire et exécutif, et à celle de l'opinion publique qui est la source du pouvoir.

En relisant leurs textes, celui qui écrit ces lignes entend encore leur voix et revoit leur attitude, le respect avec lequel ils ont été écoutés, l'authentique grandeur de l'intelligence et de la compétence mises au service de la vérité.

P. O. HUBINONT.

CONGRÈS DU 9 FÉVRIER 1974

**LE DROIT
À LA MATERNITÉ RESPONSABLE**

Université Libre de Bruxelles
Université de Liège

MATINÉE : ASPECTS MÉDICO-SOCIOLOGIQUES

Madame R. CHARLIER-GOLDSMIT : Etat actuel du planning familial en Belgique, centré sur la partie francophone du pays.

Professeur E. A. SAND : Quelques aspects épidémiologiques de la planification familiale et de l'avortement.

Professeur M. FRANCHIMONT : Perspectives juridiques en matière de contraception et d'interruption de grossesse.

Chanoine P. DE LOCHT : Réflexions morales à propos de la contraception et de l'interruption de grossesse.

Professeur F. DUYCKAERTS : Sexualité et fonction reproductrice.

APRÈS-MIDI : ASPECTS MÉDICO-TECHNIQUES

Professeur P. O. HUBINONT : Recherche sur les indications d'interruption de la grossesse pour raisons de santé.

Professeur J. BOBON : Quelques aspects psychologiques et psychopathologiques de la grossesse et de la naissance non désirées.

Professeur R. LAMBOTTE : Les techniques modernes de l'interruption de grossesse.

ASPECTS MÉDICO-SOCIOLOGIQUES

Président de séance : H. BETZ, Doyen de la Faculté de Médecine — Université de Liège.

État actuel du Planning Familial en Belgique, centré sur la partie francophone du pays

par R. Charlier-Goldsmit ()*

Je remercie très chaleureusement les professeurs Hubinont et Lambotte qui ont eu l'audace de confier à une femme le soin d'ouvrir les débats sur un thème qui concerne tout particulièrement les femmes. Cette journée en effet est consacrée à l'étude du «droit à la maternité responsable» ... Et puisque je suis la seule femme invitée à cette table, que l'on veuille bien m'excuser si mon propos déborde parfois les limites strictes du sujet qui m'est assigné.

Mais, où en sommes-nous en ce moment, pour ce qui touche au Planning Familial, en Belgique et plus particulièrement dans la partie francophone du pays?

Les premiers centres de Planning Familial ont vu le jour, il y a une quinzaine d'années à Gand et à Anvers. Peu connus, presque confidentiels au début, ils se sont peu à peu développés grâce à l'aide technique et financière des organisations de Planning Familial hollandaises. Ils sont à l'origine d'une Association, la C.G.S.O., dont le rayonnement s'étend actuellement à toute la partie néerlandophone du pays, à travers un réseau important de centres.

C'est depuis 1962 qu'à Bruxelles d'abord, dans différentes villes de Wallonie ensuite (Liège, Mons, Namur, La Louvière ...) se sont ouverts d'autres centres de planning familial qui formèrent bientôt, en association avec la C.G.S.O. la Fédération Belge pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle. Cette Fédération, soutenue dès le départ par l'In-

(*) Présidente de l'aile francophone de la Fédération Nationale des Mouvements pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle.

ternational Planned Parenthood Federation (I.P.P.F.), en a adopté les principes de base : cela signifie que pour être agréé par la Fédération, un centre doit obligatoirement organiser une consultation médicale d'orthogénisme, assurée par des médecins spécialistes, et que ces médecins s'engagent à donner aux consultants une information *complète* en matière de contraception, en dehors de tout impératif philosophique ou religieux.

D'autre part en avril 1970, suite à l'intervention efficace de membres et d'amis de la Fédération, le Ministre de la Santé Publique et de la Famille a provoqué la publication d'un Arrêté Royal fixant les conditions d'agrèation et de subsidiation des «Centres de Consultations prématrimoniales, matrimoniales et familiales». L'objet de ces centres est, je cite le texte de l'Arrêté Royal, «une action individualisée en vue

- de la préparation des jeunes à la vie parentale et conjugale,
- de l'adaptation réciproque des époux,
- de la prise de conscience des parents de leur rôle à l'égard de leurs enfants, et
- de l'information des couples dans le domaine du planning familial».

Depuis, les centres se sont multipliés, encore que les subsides leur parviennent au compte-goutte et qu'ils soient obligés de faire largement appel à l'aide bénévole, pour leurs cadres administratifs et techniques.

Les dernières informations que j'ai reçues font apparaître 32 centres dans la partie francophone du pays (dont 11 dans l'agglomération bruxelloise et 7 dans celle de Liège), 42 centres dans la partie néerlandophone, beaucoup plus disséminés à travers le pays. Pour la Wallonie, les provinces de Liège, de Namur et de Luxembourg, sauf dans les villes, n'offrent guère de ressources à leurs habitants. Je ne pense pas me tromper en disant qu'en dehors des régions bruxelloise et liégeoise, et de Mons, La Louvière, Tournai, Charleroi, Wavre et Verviers, il n'y a pas de consultation d'orthogénisme. Les centres cités sont organisés par les instances les plus variées : la Fédération Belge pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle (c'est le cas des centres dénommés Famille Heureuse), les C.E.F.A., les Femmes Prévoyantes Socialistes, des administrations communales, les Hôpitaux Universitaires, etc. Leur organisation varie et ceux qui comportent une consultation d'orthogénisme ne sont donc pas les plus nombreux. La plupart groupent des consultations conjugales, familiales, psycho-sociales. Nombre de centres, se préoccupant de l'éducation du public, organisent en outre des exposés, ou des cycles d'exposés pour les enfants des écoles, pour des cercles de parents, des groupes de jeunes ou

d'adultes, pour des enseignants aussi. Ils ont mis sur pied la formation de conseillers conjugaux dont la mission est d'aider les couples qui, de plus en plus nombreux, consultent en vue de la résolution de leurs problèmes de relations.

Enfin, dernière initiative de la branche francophone de la Fédération Belge pour le Planning Familial et l'Éducation Sexuelle, un cycle de formation approfondie d'animateurs de groupes en éducation sexuelle est destiné à tous ceux que leur profession expose à la nécessité de répondre aux questions des jeunes (enseignants, éducateurs, responsables de groupes, etc.).

On le voit, le planning familial proprement dit n'est une préoccupation que pour certains centres, mais tous mettent l'accent sur l'éducation sexuelle à tous les niveaux.

Il faut souligner en effet que la clientèle des consultations d'orthogénisme reste limitée à la fois en nombre et pour ce qui concerne le milieu social, en dépit des efforts de propagande que je viens d'évoquer et de tout ce qui a été dit ou écrit à propos de l'avortement. Certes la demande croît régulièrement — le mouvement s'est accentué depuis l'«affaire Peers» — et les centres qui disposent de consultations gynécologiques sont amenés à les étendre. Mais en dépit de cette évolution, c'est une faible partie de la population féminine qui est touchée. La répartition des centres est telle que la population rurale wallonne n'y a guère accès. Dans les villes, ceux qui viennent sont surtout les jeunes qui ont achevé ou qui poursuivent des études, les personnes appartenant à ce qu'on a coutume d'appeler la «classe moyenne», ceux qui par leur éducation ou à cause des options philosophiques de leurs propres parents ont réussi à vaincre les tabous. Ils viennent souvent en couples, mais des femmes ou des jeunes filles viennent aussi seules. Nous ne voyons pas assez fréquemment ceux qui devraient avoir le plus grand besoin de nos services, les familles nombreuses, les familles les plus défavorisées sur le plan social ou économique. Les médecins ou les services sociaux ne nous connaissent pas bien, ou, nous connaissant, ne nous font pas assez connaître.

Le Rapport Simon sur le Comportement sexuel des Français en 1972 (P. Carron, R. Julliard, Paris), les enquêtes menées par Monsieur Cliquet et son équipe à partir de l'université de Gand en 1966 et en 1971 (Revue Bevolking en Gezin 1972/1), font état de la même situation : la méthode

contraceptive la plus souvent choisie (49,6 % des personnes interrogées) reste le coït interrompu ; vient ensuite la méthode Ogino, 27,9 % et plus loin seulement la pilule, 21,7 % ; les pourcentages obtenus pour les autres moyens contraceptifs (stérilet, diaphragme, ...) sont dérisoires. Cette situation s'est probablement modifiée depuis, mais l'évolution est lente, et l'équipe de Monsieur Cliquet constate que ce sont les femmes wallonnes qui, parmi celles qui ont été interrogées, avouent le plus grand nombre de grossesses non désirées.

Je n'insisterai pas sur les difficultés psychologiques qu'entraîne pour certains couples l'usage de moyens tels que le coït interrompu ou la méthode Ogino, ni sur le drame que représente pour certaines familles et plus encore pour certains enfants l'impossibilité de faire face à un rejet sur le plan affectif. Je ne parlerai pas plus du recours à l'avortement. Mais je ne puis m'empêcher de penser à ces nombreux couples que nous voyons défiler dans tous les centres à la suite des difficultés de relations dont ils font état, sur le plan de leur vie sexuelle, mais aussi pour l'organisation de leur vie quotidienne ou l'éducation de leurs enfants. Il est bien rare que le conseiller conjugal, au cours de son dialogue avec eux, ne découvre pas des problèmes au niveau de la contraception : relations peu satisfaisantes pour l'un des deux ou pour les deux parce que l'on recourt au coït interrompu ; crainte d'une nouvelle grossesse en dépit de ces précautions, ce qui amène l'un des deux, la femme le plus souvent, à se soustraire le plus possible aux relations.

Mais je note avec intérêt une réflexion de Monsieur Cliquet et de son équipe : l'enquête met en évidence le rôle important joué par les relations personnelles (amis, collègues, médecins aussi) dans l'information des femmes interrogées, à propos de la contraception moderne (alors que du côté néerlandophone les lectures, les mass-media sont cités plus souvent). Si elle se vérifie, cette remarque doit orienter la politique de propagande en la matière. Elle met aussi l'accent sur notre rôle, notre responsabilité à tous ici présents.

Lorsqu'une femme ou un couple se résoud à demander un conseil de contraception, tout n'est pas terminé : il faut encore que le moyen choisi soit réellement utilisé, que la motivation soit profonde et constante. Et au risque d'empiéter sur le rôle des conférenciers qui me suivront, je citerai Suzanne Képès et Jean Gondonneau, qui dans un article sur la socio-psychologie de la contraception (Encyclopédie de la sexualité, Editions

Universitaires, Paris 1973, p. 239) écrivent : «... Il n'est pas possible de négliger, en effet, la charge affective quelquefois considérable qui accompagne toute demande de contraception. C'est non seulement le moyen d'éviter une grossesse non désirée que la femme demande au médecin, mais aussi, en quelque sorte, l'autorisation tacite d'accéder à une vie sexuelle plus libre, libérée de la punition originelle et ouverte sur la satisfaction du désir sexuel dans un plaisir enfin privé de son pouvoir maléfique ...».

«... La contraception menace des images traditionnelles de la femme ... Un ajustement à ces nouvelles images est très difficile pour les femmes, mais l'est plus encore pour les hommes ; une sexualité théoriquement sans risque, est un accès vers la liberté sexuelle de la femme et cela dérange les habitudes masculines. Pour être médecin, on n'en est pas moins un homme, inséré dans un réseau de relations ...».

Ici encore je pense à ce jeune couple qui est venu consulter parce que Madame refuse le plus souvent les relations sexuelles. Ils ont eu en trois ans, un fils d'abord, des jumeaux ensuite ; ils ne veulent pas d'autre enfant pour le moment, mais ils opposent tous deux à tous les moyens contraceptifs qu'on leur propose, des arguments de santé ou de convenance qui sont le signe d'obstacles intérieurs plus profonds. Il a fallu de nombreux entretiens, au cours desquels, en face d'une écoute attentive, chaleureuse et très disponible, ils ont pu progressivement verbaliser leurs craintes, leurs résistances. Ils ont finalement opté pour l'usage de la pilule depuis bientôt six mois et à présent, petit à petit, ils osent s'abandonner à une vie sexuelle plus libre et plus épanouissante.

C'est ce qui justifie, dans les centres de planning familial de la Fédération, l'organisation d'équipes multidisciplinaires, offrant aux consultants des approches différentes de leurs problèmes et de leurs défenses.

Sans doute faut-il également souligner les obstacles qui surgissent encore dans certains cas au moment du choix de la contraception : il arrive que les moyens actuellement connus soient inutilisables dans certaines situations particulières ; c'est parfois le cas pour des handicapés physiques, mentaux ou sociaux. Le recours à la stérilisation n'est pas toujours bien accepté, ni par le demandeur, ni par sa famille, ni par le médecin consulté.

Que penser, par exemple, de la situation de cette femme, débile mentale, mère de sept enfants qui tous, à l'exception du dernier trop jeune encore, fréquentent l'enseignement spécial. Une fois de plus enceinte, elle aussi

bien que son mari, a exprimé sans détour l'espoir que ce soit la dernière fois. Mais à l'hôpital de la petite ville où elle vient d'accoucher, on lui a refusé la ligature des trompes. L'assistante sociale du Comité de Protection de la Jeunesse espère, si sa cliente ne change pas d'avis, pouvoir organiser d'ici quelques semaines la garde de ses enfants pour qu'elle puisse obtenir cette intervention dans un autre hôpital malheureusement plus éloigné. Mais que de temps et d'argent perdu ... et que de risques à nouveau.

Cependant nous espérons pouvoir faire confiance à l'avenir ; d'autres moyens d'un usage plus simple, moins contraignant, ne comportant pas de risques pour la santé, permettant de réparer une erreur ou un oubli seront probablement découverts.

En guise de conclusion, je dirai que l'effort qui nous paraît essentiel en ce moment, ne peut venir que de ceux qui sont bien placés pour comprendre les comportements, pour déterminer les motivations. Il est important le rôle de ceux que leur pratique quotidienne amène à côtoyer les plus grandes détresses et dont l'intervention se situe presque toujours au moment où les clients sont les plus réceptifs. C'est le cas des médecins, des travailleurs sociaux, des juges de la jeunesse ... Je sais que le dialogue avec ceux qui ont besoin de nous est parfois long et hésitant et réclame une très grande disponibilité. C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à les orienter vers les centres de planning familial. Les équipes se sont constituées de telle sorte que leur compétence, quels que soient leurs engagements, est indiscutable et la formation de leur personnel se prolonge par des recyclages qui garantissent l'adéquation des services rendus. Mais les centres de planning familial, dont le fonctionnement est coûteux parce que chaque cas reçoit en dehors de tout impératif horaire le traitement dont il a besoin, ne peuvent assumer pleinement leur rôle que dans la mesure où ils sont soutenus par la sympathie agissante du corps médical. Et l'opinion des médecins peut être dans ce domaine déterminante de l'attitude des pouvoirs publics et particulièrement du Ministre de la Famille. C'est donc vers vous qu'en terminant mon propos je me tourne en insistant sur l'intérêt que je perçois dans le dialogue qui s'institue aujourd'hui, par le seul fait de mon invitation à cette tribune, entre les centres de planning familial et le corps médical.

Quelques aspects épidémiologiques de la planification familiale et de l'avortement

par E.-A. Sand ()*

Je vais essayer d'être bref et de résumer de façon aussi claire que possible un certain nombre d'informations que j'ai pu recueillir dans diverses études concernant l'épidémiologie du planning familial. Peut-être serez-vous étonnés d'entendre parler de statistiques dans un domaine aussi proche de préoccupations humaines, où, peut-être, à première vue les chiffres ont peu de choses à voir. En réalité, nous le savons, nous avons besoin d'un certain nombre d'armes, besoin d'arguments pour organiser et mettre en œuvre un plan efficace en matière de planification comme en matière d'avortement. Je vais vous apporter tout d'abord certains arguments à l'appui du principe même de la planification. Il faut souligner chiffres en main, le fait que si cette planification ne se fait pas, on se trouve dans notre société occidentale devant des situations dramatiques, situations auxquelles il faudra tôt ou tard trouver une solution. Dans la seconde partie de cet exposé, je vous montrerai un certain nombre d'associations entre l'adoption d'une politique de planning et des variables sociales. Il est important en effet de tenir compte de ce contexte social, avant de proposer une politique ; d'autre part cette politique varie en fonction des personnes auxquelles on s'adresse. Enfin je vous apporterai un bref exposé sur un problème sorti des ordinateurs il y a à peine quelques jours. Il s'agit d'une étude sociale d'un échantillon de deux cents femmes ouvrières, interrogées dans les usines — et non pas dans les hôpitaux ou dans les consultations — quant à leurs options en matière d'avortement et de planning familial.

(*) Professeur à l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

Premier point : quelles sont les associations qu'on peut mettre en lumière entre le fait de planifier une famille et le fait social pour l'enfant ultérieurement de s'insérer, bien ou mal, à certains niveaux de la société ? La première diapositive que j'aimerais vous montrer est une diapositive déjà bien connue, qui donne en réalité des insomnies à pas mal de théoriciens et de praticiens de la population mondiale, et c'est une exponentielle extrêmement claire, puisqu'elle commence il y a quelques millions d'années, qu'elle commence au début de notre ère, et puis qu'elle monte comme ça, à une vitesse vraiment inquiétante. Cette diapositive ne doit pas être interprétée de façon simpliste. Il faut se rappeler d'une part, que dans les pays en voie de développement, et c'est essentiellement eux que ceci concerne, le problème de la limitation des naissances, du planning, se pose de façon plus subtile qu'il n'y paraît à première vue. Il se pose en fonction de données régionales, de données sociales et économiques qui varient considérablement selon les régions. Il ne faut pas sans doute adopter la même politique dans tous les pays en voie de développement, ni dans toutes les zones d'un continent.

Voyons maintenant à quel point les conditions socio-économiques d'une famille sont associées à certaines variables de planification.

TABLEAU 1
Taux de mortalité infantile, Age maternel, Rang de naissance.

Age maternel	Rang de naissance				
	1	3	5	6 +	Total
< 15	56.8 (!)	—	—	—	58.7
15-19	26.1	54.7	96.9 (!)	140.0	32.8
20-24	17.2	27.3	45.2	58.7	24.2
25-29	17.5	18.9	28.5	39.7	22.4
30-34	24.1	18.2	23.6	33.5	23.7
35-39	27.7	21.0	22.0	32.0	25.5
40-44	33.4	26.8	25.0	35.3	30.6
> 45			44.6	44.9	41.1
Total	21.3	23.7	28.9	36.4	25.1

(Extraits — D'après WRIGHT, 1972)

C'est une statistique américaine qui donne le taux de mortalité infantile en fonction de l'âge de la mère et du nombre d'enfants de la famille. Cette mortalité infantile augmente régulièrement en fonction du nombre d'enfants et évolue en courbe de façon très nette. Elle atteint un niveau faible vers les 20 à 24 ans et 25 à 29 ans, puis augmente à nouveau de façon considérable. Mais soulignons à quel point en-dessous de 15 ans et de 15 à 20 ans le taux de mortalité infantile est élevé.

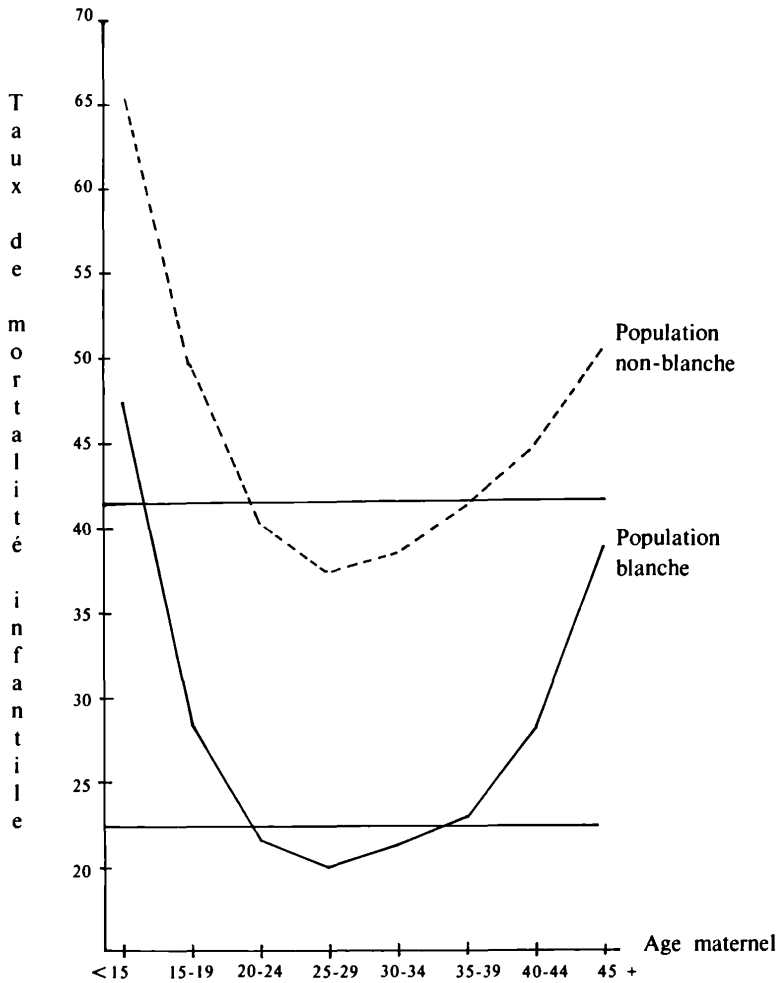


FIG. 1. — Mortalité infantile (U.S.A.). Age maternel et appartenance ethnique.
(Schéma extrait de WRIGHT, 1972).

La Figure 1 montre en résumé ce que je viens de vous montrer, mais en y ajoutant un élément très important. Aux Etats-Unis, comme dans d'autres pays du monde où la population est hétérogène, on observe des taux différents pour les populations blanches, noires, indiennes, latino-américaines, etc. Il est évident que si l'on veut organiser la planification, il est illusoire de la concevoir de façon globale, sans tenir compte des types de populations précises auxquelles on veut s'adresser.

TABLEAU 2

<i>Chef de famille</i>	<i>«Incidence of poverty»</i> (selon Harrington)	
	<i>Nombre d'enfants</i>	<i>«Poverty» (%)</i>
Père	1-2	8
Père	5 et +	36
Mère	5 et +	92

Le Tableau 2 a trait tout simplement au pourcentage de familles qui vivent en-dessous d'un seuil, disons de misère économique, que les américains appellent «poverty». Nous voyons, selon des critères plus ou moins sévères de coupure entre niveau de misère et niveau de non-misère, que le pourcentage augmente à partir du moment où le nombre d'enfants dépasse 3 ou 4. Il s'agit d'une étude qui est faite au centre des Etats-Unis. On retrouve dans un autre contexte social américain tout à fait différent des résultats identiques. En fait, une étude faite aux Etats-Unis par Harrington notamment, qui a couvert l'ensemble des Etats-Unis, montre que l'absence d'un planning familial est vraiment l'élément de base de la misère économique d'un grand nombre d'Etats de ce grand pays. Il est extrêmement improbable que ce type de conclusions ne s'applique pas aux nations industrialisées occidentales dans leur ensemble. Peut-être qu'aux Etats-Unis ce genre de paramètre est particulièrement dramatique, mais le problème fondamental est certainement le même partout.

D'autres recherches montrent une association entre nombre d'enfants et niveau intellectuel des enfants. Les auteurs Dandes et Dow ont appliqué à un échantillon d'enfants Yankees le Lorge-Thorndike intelligence-test. La corrélation fut étudiée entre le niveau intellectuel des enfants d'une part, et la densité de population au sein des logements d'autre part, c'est-à-dire du nombre d'enfants en fonction des pièces disponibles par logement. Vous savez qu'aux Etats-Unis, notamment dans la région de New-York, et pour

la population noire en particulier, on se trouve là devant des situations sérieuses. La corrélation entre la densité de population au sein du logement et le quotient intellectuel est significative à tous les niveaux.

Un autre type d'étude a été fait à Bruxelles, dans notre département. Il s'agit d'une recherche faite sur des enfants belges, tout venant. Il s'agit d'enfants recrutés dans l'agglomération bruxelloise il y a une quinzaine d'années, et que nous suivons depuis de longues années. Ce sont des enfants «normaux». Ils ne vivent pas dans la misère dans l'ensemble. Au moyen d'une droite de régression, nous avons donné la tendance des évolutions psychomotrice et intellectuelle d'enfants uniques et d'enfants non uniques. Remarquez que dans aucun de ces échantillons il ne s'agit d'enfants arriérés : il s'agit simplement d'une légère différence de rapidité d'acquisition mais différence statistiquement significative. Les familles proviennent principalement de la classe sociale moyenne. Je ne veux pas dire par là qu'il faut souhaiter que n'existent que des familles à enfant unique. Mais cet argument doit être versé au débat. En réalité les conclusions de ces diverses études sont remarquablement concordantes.

Voici maintenant un problème différent. Il s'agit non du fait que les enfants soient nombreux ou pas nombreux, mais du fait que ces enfants aient été qualifiés, au moment de leur naissance, d'enfants désirés ou d'enfants non désirés. Il s'agit toujours d'enfants recrutés à Bruxelles. Aucun rejet dramatique n'est observé dans cette étude. Les enfants se débrouillent pour la plupart fort bien dans la vie et ne présentent aucun problème grave d'adaptation. Mais curieusement ils se distinguent les uns des autres de façon statistiquement significative sur certains points. Les statistiques d'ensemble étaient claires : deux tiers des mères nous ont dit «oui» il s'agit d'un enfant désiré, un tiers «non» il ne s'agit pas d'un enfant désiré. Au bout de quelques mois ou de quelques années d'observation, on observe que les enfants qualifiés de non désirés sont allaités au sein durant moins de temps que les enfants désirés, ceci en égalisant les distributions par classe sociale. Les enfants non désirés subissent plus souvent que les enfants désirés un sevrage brutal. Ils subissent, à divers niveaux d'âge, plus souvent des punitions physiques. Ici encore il ne s'agit pas d'enfants gravement maltraités. Curieusement selon leurs propres mères, les enfants non désirés reçoivent plus souvent des coups que les autres. Ils ont aussi plus souvent des mères franchement agressives. Ici les résultats proviennent d'observations du comportement des mères au moment de leur venue

au centre d'études. Les enfants non désirés, par ailleurs, présentent plus souvent des mauvais rêves, des cauchemars. Au contraire, et de façon un peu inattendue, ils présentent *moins* souvent de l'énurésie nocturne que les enfants désirés. L'hypothèse est la suivante à ce propos : on s'occupe moins d'eux. On pourrait dire que le moyen d'avoir un enfant qui ne fasse pas pipi au lit, c'est de le laisser en paix, de le laisser devenir propre au moment adéquat à son développement physiologique. A six ans les enfants non désirés ont plus souvent des difficultés alimentaires que les enfants désirés. A cinq ans ils ont des colères plus fréquentes que les enfants désirés.

Il ne s'agit donc pas de situations graves mais seulement de curieuses associations de traits de comportement éducatifs ou de traits de comportement des enfants au fait de la réussite ou de l'échec d'un effort de planification.

Un dernier type d'informations résulte de deux études faites en Suède par, d'une part, deux auteurs qui s'appellent Forssman et Thuwe et d'autre part par C. Höök.

Les auteurs ont étudié pendant environ 20 ans, le sort d'enfants dont les avortements avaient été refusés par un conseil médico-social local. En Suède, depuis de longues années, vous le savez, on peut obtenir un avortement avec l'accord d'un groupe de médecins et d'assistantes sociales ayant étudié le problème. Pour un certain nombre de mères, une centaine, le conseil a estimé que cet avortement n'est pas justifié. Les auteurs ont comparé deux échantillons, l'un composé d'enfants «avortement refusé», l'autre d'enfants témoins de même classe sociale, de même niveau d'âge, etc. Voici les résultats de cette enquête. Bien entendu, la vie de famille des enfants non désirés, «avortement refusé», est plus instable, ils sont plus fréquemment placés, leurs mères disparaissent, elles vont en voyage, elles déménagent. Les enfants fréquentent plus souvent des consultations psychiatriques pour des problèmes divers. Il faut cependant éviter de tirer des conclusions simplistes. En effet on peut penser que puisque ces mères sont seules elles ont davantage recours à de telles consultations. On observe également plus souvent des traitements psychiatriques. Mais il faut noter un fait inquiétant : les enfants «avortement refusé» ont plus fréquemment des activités anti-sociales ! Ces observations ont été conduites de façon très rigoureuse. En Suède comme au Danemark, vous le savez sans doute, les statistiques relatives à la délinquance sont extrêmement précises et complètes. On a pu suivre les enfants pendant une

dizaine d'années. Par ailleurs, plus souvent que les autres ces mères ont recours à l'assistance publique. Un autre point à souligner concerne le niveau d'études moyen des enfants «avortement refusé». A classe sociale égale il est moins évolué. Ils arrêtent leurs études plus tôt, s'intègrent dans la vie professionnelle de façon moins satisfaisante et continuent à perpétuer un cycle de mauvaise intégration sociale. Le dernier point concerne essentiellement les filles. Celles-ci semblent vouloir fuir leur foyer familial plus précocement. Elles se marient tôt. Une nouvelle fois on voit se refermer un cercle vicieux de maladaptation sociale au moins relative.

L'étude de Christina Höök donne des résultats à peu près semblables.

Notre second grand thème de réflexion concerne la corrélation qui existe entre un certain nombre de variables sociales, et la connaissance et l'application des techniques contraceptives. Une étude française, de COUDRAY, montre que 14% seulement des femmes ayant suivi la section primaire sont informées de ce qu'est le planning familial et de ses techniques. Pour les femmes d'instruction secondaire le taux atteint 40%, 75% pour les femmes d'instruction technique et les femmes d'instruction supérieure. Ce que je voudrais ajouter à ce niveau-ci, c'est que l'attitude vis-à-vis de la sexualité aussi est fort différente manifestement selon la classe sociale à laquelle on s'adresse. Les études de Friedmann et d'autres aux Etats-Unis montrent qu'un certain nombre de techniques contraceptives sont difficilement utilisables avec des populations peu cultivées, et que notamment le sentiment de pudeur dont font mention les mères de famille de ces niveaux sociaux empêche ou rend contre-indiquée l'utilisation de méthodes contraceptives pendant les rapports sexuels ou juste avant ceux-ci. Ainsi l'utilisation de la pilule ou du stérilet est plus indiquée pour ces niveaux de population.

Un autre type d'étude a trait tout simplement au nombre d'enfants que les familles souhaitent avoir à certains niveaux sociaux. Et ce que nous trouvons là, c'est que ce nombre d'enfants, très curieusement, évolue à l'inverse de ce que l'on pense souvent, et évolue de la façon suivante. On garde souvent l'idée qu'aux Etats-Unis les femmes noires souhaitent avoir un grand nombre d'enfants, ou plus d'enfants, que les populations blanches. Une étude récente, faite par Kohler et Riessmann il y a quelques années, montre que les femmes noires en moyenne souhaitent avoir 2,9 enfants, tandis que les femmes blanches, dans les mêmes contextes sociaux, souhaitent avoir 3,3 enfants. Il y a donc là une sorte d'inversion courante qu'il est assez intéressant de rappeler. Selon les études de Morsa

les mères belges souhaitent en moyenne avoir 2,5 enfants, en Wallonie 2,3, à Bruxelles 2,5 et en Flandre 2,6 à 2,7.

J'aimerais pour terminer vous donner une petite idée d'un travail qui a été réalisé récemment en Belgique. L'étude porte sur un échantillon de 171 ouvrières qualifiées, semi-qualifiées ou non qualifiées, interrogées par des équipes de jeunes soigneusement préparés, sous la direction d'un assistant du laboratoire de Médecine Sociale. Ce qu'on a observé chez ces ouvrières, c'est d'une part une connaissance assez juste de beaucoup d'aspects du problème social de l'avortement y compris des statistiques relatives à la fréquence d'avortement. Nous avons demandé par exemple si elles pensaient que les avortements correspondent à la moitié du nombre des accouchements, à ce nombre, etc. Eh bien, les statistiques qu'elles nous proposent sont proches des statistiques réelles. D'autre part, sur 200 femmes, 40 % nous ont dit connaître au moins une femme qui a avorté. Nous ne leur avons pas demandé personnellement si elles s'étaient fait avorter. 40 % d'entre-elles connaissent 3 à 10 femmes qui se sont fait avorter, et 20 % soit près de 10 % de notre échantillon, connaissent plus de 10 femmes, en Belgique, en 1973, qui se sont fait avorter récemment. Quant à l'attitude vis-à-vis de la loi, une majorité de ces femmes (les trois quarts) estiment que la loi devrait être moins sévère, mais curieusement il y a là des associations : les femmes qui souhaitent avoir encore des enfants, donc celles qui manifestement n'utiliseraient pas de telles techniques, sont principalement en faveur de l'adoucissement de cette loi.

Pour terminer, la grande majorité, 92 % des femmes, connaissent des techniques contraceptives diverses. On cite la pilule, le stérilet, mais on l'utilise beaucoup moins souvent : la connaissance est plus importante que ne l'est l'utilisation réelle. 92 % des femmes connaissent l'une ou l'autre méthode, mais seulement les trois quarts disent qu'elles les utiliseraient au cas où elles pourraient en avoir besoin. Et l'utilisation réelle est de l'ordre de 60 %. Elle varie selon la religion et selon le niveau social. Et il est certain — nous retrouvons ici des statistiques déjà familières — que les classes les moins cultivées, utilisent davantage de mauvaises méthodes : le coït interrompu, l'injection vaginale, etc. En fin de compte, globalement, 37 % de ces femmes utilisent la pilule, 27 % le coït interrompu, et 20 % la méthode Ogino. Ceci est intéressant parce qu'on observe un progrès par rapport à certaines statistiques plus anciennes. Il s'agit d'un échantillon tout venant, de femmes interrogées dans des usines. Je pense que nous devons conclure que progressivement, un certain nombre des arguments de notre information passent dans l'ensemble de la population.

Je termine ici. J'aurais voulu vous donner quelques idées sur certains aspects théoriques du planning familial. J'aimerais vous rappeler en fin de compte qu'il ne faut pas simplifier les statistiques que je vous ai proposées. Je vous rappellerai une étude faite en France pour l'Institut démographique, étude qui montre les incidences finales d'une planification «parfaite», c'est-à-dire de techniques contraceptives à 100% efficaces, appliquées à tous les niveaux de la population. Supposons donc, et c'est ce que nous souhaitons obtenir, que nous puissions faire accepter par toutes les femmes de toutes les couches sociales, une méthode sûre à — mettons — 99%. On assisterait à ce moment-là, et les statistiques sont concordantes aux Etats-Unis et en France, à une baisse globale du taux de natalité de l'ordre de 2‰. Le taux de natalité en Belgique se situe entre 14 et 15‰, en France il est encore de 16‰. Si ce taux descend jusqu'au niveau de 12‰ cela implique des conséquences auxquelles il faut être attentif. Je ne veux pas simplifier en allant dans un sens opposé aux arguments que je viens de citer précédemment, je veux simplement attirer votre attention sur la complexité du problème. Dans la mesure par exemple où une pyramide de population finit par ressembler à un arbre de Noël, il existe un problème qu'il faut prendre en considération.

En conclusion on pourrait dire qu'à l'heure actuelle, pour promouvoir une politique de santé efficace, une politique sociale et économique réaliste, une action énergique doit être entreprise, empreinte de la volonté de réussir mais aussi adaptée aux réalités de chacun des groupes de population que l'on veut aider sur ce plan.

Perspectives juridiques en matière de contraception et d'interruption de grossesse

par M. Franchimont ()*

Très schématiquement, on constate que face au problème de l'avortement volontaire d'une femme qui y a consenti, les législateurs nationaux peuvent prendre trois attitudes.

D'une part la répression, c'est-à-dire l'interdiction formelle sous réserve de l'avortement thérapeutique, c'est le cas de notre article 351 du Code Pénal, mais vous savez qu'à l'heure actuelle en Belgique il y a très peu de condamnations de femmes qui se sont fait avorter volontairement. C'est également le système français, italien, autrichien, et officiellement le système hollandais.

Le deuxième système c'est la dépénalisation totale. L'interruption de grossesse n'est plus une infraction. C'est le système de certains pays de l'Est et de certains états des Etats-Unis.

Et enfin il y a le troisième système, qui est l'interdiction de l'avortement avec l'extension des avortements licites, pour des causes et suivant des modalités qui varient d'Etat à Etat : c'est le système qui existe en Suisse, au Danemark, en Suède, en Norvège et c'est aussi le cas de la loi anglaise de 1967.

Depuis que ce problème est à l'avant-plan de l'actualité, quelle est la position du législateur belge ?

D'abord, constatons que les remous provoqués par le problème de l'avortement ont eu une conséquence heureuse, c'est la loi du 19 juillet 1973, qui a abrogé les trois derniers alinéas de l'article 383 du Code Pénal

(*) Chargé de cours à la Faculté de Droit de l'Université de Liège.

qui visaient la propagande anti-conceptionnelle. On croit rêver lorsqu'on réalise que jusqu'au 19 juillet 1973, il était punissable d'exposer ou de distribuer des objets spécialement destinés à empêcher la conception.

En ce qui concerne le problème de l'avortement, il y a eu une série de propositions de loi :

- il y a eu la proposition Callewaert, déposée le 18 février 1971 et redéposée après une autre dissolution des Chambres le 15 août 1971 ;
- il y a eu la proposition de Madame Dinant, du 21 décembre 1973 ;
- il y a eu la proposition de Monsieur Pierson du 7 novembre 1973 ;
- la proposition de Monsieur Risopoulos du 20 février 1973, qui vient après l'affaire du Docteur Peers, et qui demandait la suspension des poursuites pendant un an,
- et il y a l'avant-projet gouvernemental, qui n'a jamais été déposé, mais qui a été discuté en Conseil des Ministres.

Ces propositions et cet avant-projet se situent entre d'une part la dépénalisation pratiquement totale, comme le projet de Madame Dinant, et d'autre part la solution moyenne dont nous avons parlé.

Mon propos n'est pas d'examiner le contenu de ces différentes propositions, qui sont d'ailleurs toutes frappées de caducité en raison de la dissolution des Chambres, mais d'essayer de réfléchir avec vous sur le point de savoir quel est le critère d'intervention du législateur dans un domaine comme celui-ci.

Et le problème est plus vaste, me paraît-il, que le problème spécifique de l'avortement ; aussi avant d'examiner ce problème, je voudrais, en tant que juriste, examiner cinq propositions qui me paraissent devoir être admises pratiquement par tout le monde.

PREMIÈRE PROPOSITION :

LE DROIT ET LA MORALE NE COÏNCIDENT PAS

Le droit et la morale ne coïncident pas, car le droit est fait pour régir les hommes vivant en société, et doit par conséquent tenir compte des faiblesses de l'humanité. Nous connaissons tous les effets catastrophiques de la loi sur la prohibition aux Etats-Unis, parce qu'on a voulu suivre un idéal qui était peut-être trop exigeant. Cela ne veut pas dire que la morale et le droit puissent être sans dommage en conflit, et que le droit puisse être en opposition ou en porte-à-faux avec la morale. Ce genre de conflit se

résout pratiquement toujours en faveur de la morale. C'est le vieil exemple d'Antigone.

Un autre élément est que le droit doit avoir un aspect éducatif, et, dans le domaine qui nous occupe, c'est essentiel. Par exemple l'omission de porter secours, infraction créée par une loi de janvier 1961, répond à l'objectif moral de solidarité entre les hommes. L'ensemble de la législation sociale est incontestablement une législation qui tend à promouvoir une morale sociale, c'est-à-dire un idéal de solidarité. Les rapports entre la morale et le droit sont donc des rapports complexes, d'interdépendance, mais il faut quand même souligner que leur domaine ne se superpose pas. Et on peut donner des exemples nombreux : il est certain, par exemple, que la prescription est le plus souvent d'ordre public ; mais si je dois quelque chose à quelqu'un, il est malhonnête de ma part d'invoquer la prescription. Il y a une série de faits immoraux qui ne sont pas punissables : la tentative d'escroquerie n'est pas punissable, la tromperie sur la qualité de la chose vendue n'est pas punissable, l'homosexualité entre adultes n'est pas punissable en Belgique, elle est punie de mort dans certains états des Etats-Unis. Vous voyez que finalement la conception et les rapports du droit et de la morale sont extrêmement variables.

DEUXIÈME PROPOSITION :
DANS UNE SOCIÉTÉ PLURALISTE,
IL EST IMPOSSIBLE À UNE PARTIE DE LA POPULATION D'IMPOSER,
PAR LA LOI, SA CONCEPTION DE LA VIE,
SON IDÉAL, SA MORALE, À L'ENSEMBLE DE LA COLLECTIVITÉ

Je crois qu'il y a ici une différence extrêmement importante entre le fait, dans la loi, d'interdire et d'autre part le fait de permettre. Il serait incontestablement scandaleux d'interdire par exemple la liberté des cultes. Il serait même, éventuellement, dans une certaine conception, inadmissible d'interdire des écoles libres, une université libre. Mais d'un autre côté, autre chose est de permettre. La loi belge permet le divorce, ce qui ne veut pas dire qu'on est obligé de divorcer, mais on ne conçoit pas qu'une législation, dans un état comme la Belgique, interdise le divorce. Et personnellement, je suis extrêmement choqué, même en tant que catholique, lorsque je vois intervenir le Vatican dans un problème de cet ordre, en faisant pression sur le législateur d'un Etat.

TROISIÈME PROPOSITION :
LA FONCTION SPÉCIFIQUE DU DROIT PÉNAL

La fonction du droit pénal est incontestablement de défendre la société, la collectivité et ses membres contre les agissements qui lui sont nuisibles.

Le droit pénal a aussi comme fonction de défendre les personnes contre la société, et cela devient de plus en plus urgent ; ce sont les règles de garantie, ce sont les droits de l'homme, etc.

Il y a un troisième-élément qui est plus discutable, et qui peut d'ailleurs avoir des incidences sur le problème de l'avortement, c'est le problème de savoir si le droit pénal a pour mission de défendre l'individu contre lui-même. Incontestablement, il existe certaines règles du droit pénal qui sont faites pour défendre l'individu contre lui-même. Par exemple les interdictions des jeux de hasard : elles sont créées pour défendre la personne contre sa passion du jeu. En ce qui concerne la drogue, il est certain que si quelqu'un — pour prendre le langage à la mode — se «défonce» tout seul, il ne fait de tort à personne, mais le droit pénal a le droit d'intervenir pour défendre cette personne contre elle-même. Mais dans quelles limites ? Par conséquent, pour l'avortement, le problème est de savoir si on doit défendre les personnes contre elles-mêmes ne serait-ce que dans les modalités d'une libéralisation.

QUATRIÈME PROPOSITION :
LA LOI EST L'EXPRESSION DE LA VOLONTÉ D'UNE NATION
ET NON PAS LA JURISPRUDENCE

Il y a effectivement des pays très démocratiques où le droit est jurisprudentiel, mais dans les pays latins c'est la loi qui est l'expression de la volonté populaire.

Si j'invoque cet argument, c'est parce que dans des débats de ce genre j'ai été plusieurs fois pris à partie par des personnes qui tenaient le raisonnement suivant : la jurisprudence est là précisément pour atténuer la rigueur de la loi, et il est certain qu'à partir du moment où l'on admet l'avortement thérapeutique, on peut l'accepter d'une façon beaucoup plus large ; par conséquent il n'est pas nécessaire de modifier la loi.

Ceci présente deux inconvénients. Le premier point c'est que ce n'est pas au juge de faire la loi mais de l'appliquer. En second lieu, il n'est pas très agréable d'attendre un an ou deux, de subir les rigueurs de la correctionnelle pour savoir si on a bien fait ou si on a mal fait. Par ailleurs la

jurisprudence varie très fort d'un Tribunal à l'autre, et récemment encore j'ai vu appliquer une peine de deux ans à un médecin qui n'avait même pas fait d'avortement mais qui avait simplement trouvé l'indication d'une personne qui pouvait pratiquer l'avortement.

En conclusion, il faut donc chercher la solution du problème dans la loi et non pas dans la jurisprudence.

DERNIÈRE PROPOSITION :
IL N'Y A PAS DE GRAND PRINCIPE EN DROIT
QUI NE SOUFFRE DES EXCEPTIONS

Puisque nous parlons du respect de la vie, il faut reconnaître que s'il y a bien un grand principe qui est sujet à des exceptions, c'est effectivement celui-là. Je cite la guerre, la résistance, la peine de mort, la légitime défense, les risques excessifs que fait courir à chacun notre civilisation par les accidents, les sports dangereux, les courses automobiles, etc. Je crois qu'à partir du moment où l'on admet l'avortement thérapeutique, on admet déjà une exception à ce principe sacré du respect de la vie, et par conséquent ce qui est en cause c'est les limites, le contour des exceptions aux principes du respect de la vie.

* * *

A partir de ces cinq propositions, voyons quels sont les critères d'une intervention du législateur au point de vue général, mais surtout au point de vue des mœurs.

J'excluerai tout d'abord le droit naturel. On nous a enseigné dans le temps le droit naturel et on nous a dit que le droit positif devait être l'expression du droit naturel. L'expérience nous a montré que le droit naturel a tellement évolué, ou plus exactement la notion du juste et de l'injuste a tellement évolué au cours des siècles, et au cours des dernières années, qu'il me paraît difficile de faire encore référence à un droit naturel préexistant.

Je ne crois pas que l'on puisse affirmer que le critère de l'intervention du législateur ne peut être que la volonté politique. Certes si nous imaginons qu'une majorité vote une loi qui est sanctionnée par le roi, qui déclare que l'on peut tuer des enfants malformés, ce serait une loi. Mais il est incontestable que ce genre de loi, dans la mesure où elle ne répond qu'à une volonté politique, surtout si c'est une volonté politique d'une majorité faible, ne peut aboutir qu'à l'anarchie, parce que lorsqu'il y aura un ren-

versement de la majorité, cette loi sera abrogée ; d'autre part cette loi sera fréquemment violée, et rien n'est plus préjudiciale à la moralité d'une nation que les lois qui sont systématiquement violées. Je crois donc que ce n'est pas uniquement la volonté politique d'une fraction de la population qui peut, en matière de mœurs, être un critère d'intervention du législateur.

Quel sera le critère ? C'est un critère extrêmement flou, que l'on peut appeler celui de la conscience sociale. De même qu'un individu a une conscience, il y a la conscience d'une société à un moment donné. Cette conscience sociale est ce qui est ressenti comme juste par un peuple à un moment donné de son histoire ; c'est l'expression profonde de l'idée qu'il se fait de sa civilisation, de la vie et des mœurs. La conscience sociale est, bien entendu, différente de l'émotivité de l'opinion publique. La conscience sociale me paraît être orientée d'une part par l'évolution des faits qui précède presque toujours l'évolution du droit, et ensuite par l'évolution des idées, orientées par les philosophes, les moralistes, les écrivains, les journalistes, les syndicalistes, qui ont justement pour mission de former et d'affiner cette conscience sociale. Et je constate que cette conscience sociale fait qu'à l'heure actuelle il y a une évolution extrêmement profonde du droit, dont on parle peut-être beaucoup moins, notamment en matière de divorce, où incontestablement il y a une libéralisation (de plus en plus, notamment dans les projets et les propositions qui sont déposés, on passe de l'idée de divorce sanction, c'est-à-dire la sanction du manquement de l'un des conjoints, à l'idée de divorce remède, et on facilite le divorce par consentement mutuel). Cette évolution se fait également en matière de la protection des enfants naturels et adultérins ; de plus en plus, et la législation française est à ce point de vue là tout à fait significative, où l'on donne à l'enfant naturel exactement les mêmes droits qu'à l'enfant légitime, précisément parce que la conscience sociale considère comme injuste la situation qui était préexistante.

A partir de ces propositions et de ce critère de conscience sociale, le problème qui se pose en matière d'avortement est de savoir ce que pense la conscience sociale. Je crois qu'à partir du moment où la conscience sociale est en faveur d'une dépénalisation de l'avortement suivant certaines modalités et dans certaines conditions, il est absolument insensé et même extrêmement dangereux, même si une majorité faible s'opposait à la modification de la loi, de maintenir la situation actuelle.

Mais comment peut-on savoir comment réagit la conscience sociale ? Dans un domaine comme celui-ci, et dans la mesure où un tel procédé pourrait exister, je ne suis pas du tout opposé à un referendum, qui ne devrait pas être sottement passionnel, mais qui devrait être une interpellation à l'ensemble de la population.

Réflexions morales à propos de la contraception et de l'interruption de grossesse (1)

par P. de Lochet ()*

C'est en tant que moraliste, et moraliste chrétien, qu'on m'a invité ici. Je pourrais vous donner mon appréciation morale sur la contraception et l'interruption de grossesse. Je ne suis pas sûr que ce soit utile. On l'a déjà fait tant de fois. Si j'oriente de la sorte mon exposé, je vais satisfaire les uns, ceux qui pensent comme moi, et mécontenter les autres. Et ces derniers se diront que je profite de la parole qui m'est donnée pour privilégier indûment une des thèses.

Je voudrais essayer une autre approche : me demander avec vous pourquoi on fait appel à la morale ou à l'éthique et quelle est l'utilisation qu'on en fait, dans les débats sur des questions difficiles comme celle qui nous réunit aujourd'hui.

Certes il m'est impossible de ne pas être impliqué, de ne pas avoir un avis personnel. Déjà dans ma façon de présenter la question, mon point de vue personnel apparaîtra nécessairement. Mais, je voudrais, non tant défendre une thèse qu'essayer de voir ce que pourrait être en ceci le rôle de la morale.

Je vous soumetts six réflexions ou interrogations.

1. SERVIR OU ASSERVIR LA MORALE

Il faut bien constater qu'au lieu d'interroger la morale, on a surtout tendance à se servir de la morale. Est-ce dans le but de voir plus clair qu'on

(*) Maître de Conférences à l'Université Catholique de Louvain.

(1) Ce texte a fait l'objet d'une publication par le Centre d'Education à la Famille et à l'Amour (Document CEFA n° 35, pp. 29-39).

fait appel à elle, ou bien pour prouver (se prouver à soi-même et prouver aux autres) qu'on a raison et que ceux qui ne pensent pas comme soi ont tort.

La plupart du temps la morale sert d'arme de combat pour pourfendre les autres. Ne devrait-elle pas au contraire amener chacun à critiquer ses propres évaluations, à mieux percevoir la complexité des questions, la diversité des approches possibles et à entrer davantage dans la confrontation et le dialogue?

Or, je crains que, soi-disant au nom de la défense de la morale, on adopte une attitude tout-à-fait immorale de non-écoute. Et cela pour se convaincre de sa propre thèse et caricaturer la pensée des autres. La victoire est trop facile.

Ainsi, je suis toujours étonné de la manière dont certains prétendent avoir le monopole de la défense de la vie et dénie à ceux qui pensent autrement la possibilité d'être eux aussi, quoique différemment, soucieux des valeurs de la vie.

2. LE DÉBAT PORTE NON SUR LES VALEURS MAIS SUR LES PRIORITÉS

On échappe à toute recherche morale lorsqu'on classe les thèses, et a fortiori les personnes, en deux catégories : les bons et les mauvais.

Si, à propos de l'avortement par exemple, il y avait d'un côté ceux qui sont pour la vie et de l'autre ceux qui sont contre la vie, qui sont donc pour la mort, le débat serait résolu d'avance. N'est-il pas plus exact de penser que les uns et les autres sont attentifs à de vraies valeurs, mais qu'ils évaluent en partie différemment les priorités à donner?

Reprenons l'exemple de l'avortement. Les uns mettent avant tout en évidence la vie du fœtus à protéger comme valeur essentielle et primordiale. D'autres seront très soucieux de la vie de la femme et du couple, des possibilités de mener suffisamment à bien la mise au monde complète (qui implique toute la tâche d'éducation) ; ils seront aussi particulièrement attentifs à la liberté responsable de la décision des générateurs.

Par conséquent, ce qui distingue ces deux orientations, ce n'est pas le souci des valeurs morales chez les uns et l'absence de ces mêmes valeurs chez les autres. De part et d'autre on est attentif aux valeurs, mais on élabore en partie autrement l'échelle des valeurs.

Si on veut une confrontation véritable, il est indispensable de reconnaître que le débat se situe non sur l'acceptation ou le refus des valeurs, mais sur l'appréciation différente des priorités à donner, et cela

dans les cas nombreux où il n'y a pas moyen de concilier actuellement toutes les valeurs en cause.

Les débats seraient plus sereins et plus vrais si on les abordait ainsi. Sans cela, de chaque côté, on met l'accent sur une valeur que l'on amplifie pour la défendre à outrance, au risque de négliger les autres. On se trouve alors en présence d'une escalade dans la majoration d'un aspect, en laissant dans l'ombre d'autres valeurs. La vérité plus complète ne serait-elle pas dans la prise en considération de ce qui, de part et d'autre, paraît important, primordial? En durcissant, comme on le fait actuellement, l'opposition entre deux principales tendances, on appauvrit la perception de ce qui se vit dans la réalité concrète.

Le pluralisme suppose un fonds commun : des valeurs auxquelles on est attentif de part et d'autre. J'ai la conviction que ce fonds commun existe, beaucoup plus qu'on ne le pense. Mais le climat passionné empêche souvent de s'en rendre compte. Peut-être même ne désire-t-on pas s'en rendre compte?

3. PRINCIPES ET VIE

Une troisième difficulté vient des conceptions différentes que l'on a de l'application des principes à la vie.

La morale doit rendre attentif à «la» vie, ou plus exactement à ce qui se vit, à ce que vivent et ont à affronter concrètement des êtres vivants, humains.

Pour les uns, les principes s'appliquent immédiatement aux situations réelles, concrètes, vécues. D'autres pensent que les principes indiquent des orientations fondamentales (par exemple respect de la vie, souci des autres, attention particulière aux plus démunis ...), mais qu'ils ne suffisent pas à rendre compte du réel. Et cela d'autant plus que dans chaque situation concrète plusieurs valeurs et principes interviennent et sont dans plus d'un cas en partie inconciliables. Le rôle de la conscience et de la responsabilité serait d'apprécier comment concrétiser au mieux, dans telle situation précise, les valeurs et principes en cause. Il y a donc une évaluation à faire, un jugement à porter, une décision morale à prendre.

Adopter une attitude morale, ce n'est pas seulement avoir des principes, c'est aussi prendre la responsabilité de la solution concrète afin d'y incarner le moins mal possible l'ensemble des valeurs en cause.

Il est vrai qu'il faut protéger la vie du fœtus ; mais il est vrai aussi que la décision des parents est importante, que l'équilibre et la santé de la mère

et du couple ne peuvent être négligés ; il est vrai qu'on porte une responsabilité quant à la qualité de la vie qu'on transmet ; il est vrai également qu'il n'est pas humain d'imposer à une femme une maternité contre son gré, etc.

La réalité vécue est souvent beaucoup plus complexe que ce qui s'énonce en théorie, précisément parce que de multiples valeurs interviennent et ne sont pas de soi immédiatement harmonisables.

Alors je me demande ce que veulent dire exactement des expressions comme «respect absolu de ...». En insistant sur *absolu*, on veut éviter la responsabilité et l'insécurité d'une décision morale.

Quand il y a un choix difficile à faire, on voudrait éviter de devoir trancher. On souhaiterait qu'une règle extérieure à nous-mêmes nous évite ces débats de conscience et ces responsabilités difficiles, douloureuses. Ainsi, on disait jusqu'il y a peu chez les catholiques que s'il y avait un choix à faire il importait de préférer l'enfant à la mère. Qu'est-ce qui justifie une telle préférence donnée en principe à l'enfant, et cette subordination de principe de la femme à l'enfant ? Par de telles normes, on échappe à la responsabilité morale, et on impose des solutions dans bien des cas inhumaines. Car les principes sont inhumains si on en fait le tout de l'évaluation morale, si on les isole du réel, si on veut mettre coûte que coûte un principe en avant, si on néglige la responsabilité de la conscience qui fait le lien vital entre les principes et la réalité concrète.

Dans cette même ligne, je me demande si la médecine ne risque pas aussi de se retrancher derrière des absolus unilatéraux, pour échapper à des responsabilités et des décisions difficiles. Je pense aux malades dont on prolonge parfois une vie purement végétative au détriment d'une vérité humaine, ou à des situations dans lesquelles l'hygiène est techniquement parfaite mais dans des conditions déshumanisantes. N'accepter que les indications médicales biologiques, ne serait-ce pas éviter de s'engager sur un plan humain plus complexe, où la médecine doit partager avec d'autres instances la responsabilité de la vie ?

4. RESPONSABILITÉS DIFFÉRENTES DE LA MORALE ET DU DROIT

Une partie importante de l'impasse actuelle, entre autres sur le plan politique, tient au fait qu'on n'attribue pas à la morale et au droit leur rôle spécifique.

Il incombe au droit d'organiser au mieux la vie communautaire, de promouvoir les conditions qui permettent la meilleure co-existence et

collaboration possible des multiples libertés. Il est essentiel que ces lois soient observables et généralement observées. Des lois habituellement non-respectées sont destructrices de l'ordre social.

Le droit exprime ce fonds commun sur lequel s'accorde la grande majorité des citoyens : fonds commun qui concerne la vie communautaire, et vers lequel on peut converger, même si on a des conceptions morales, philosophiques, religieuses différentes. Il n'est pas nécessaire d'avoir les mêmes options ultimes sur l'existence pour pouvoir se mettre d'accord sur l'organisation de la société et son progrès au profit de tous.

Le rôle de la morale n'est pas du même ordre. Je dirais presque qu'il est du domaine de l'utopie : en prenant ce mot, non dans sa signification d'illusion, mais de sens ultime, d'objectif dernier, de pôle d'attraction qui oriente et aimante le cheminement. La morale aide à percevoir les valeurs qui se dégagent progressivement de l'expérience humaine. Et les normes qu'elle propose sont d'ordre prudentiel : elles indiquent quels sont les comportements qui, dans les conditions concrètes d'aujourd'hui, semblent le mieux promouvoir les valeurs.

Les lois civiles doivent être obligatoires pour rendre possible la vie communautaire. Il faut des magistrats et bien d'autres instances pour en imposer le respect. Il n'en va pas de même de la morale. Les valeurs morales ne s'imposent pas par voie disciplinaire. Si on peut parler d'obligations morales, c'est dans un tout autre sens. Au plus, par exemple, je perçois combien l'attention aux marginaux, aux démunis, est essentielle pour que notre monde soit humain, au plus cette valeur s'impose à moi, devient pour moi une exigence profonde, une véritable obligation intérieure. Et ce sont les obligations intérieures qui sont les plus impérieuses.

On n'impose pas aux autres des valeurs. On les vit et, par sa vie d'ailleurs plus que par ses discours, on les exprime et on les offre en quelque sorte à la découverte des autres.

Or, trop souvent la morale, probablement parce qu'elle n'est pas suffisamment vécue en profondeur, a tendance à vouloir s'imposer impérativement à tous et à se servir du bras séculier pour forcer la conscience d'autrui.

Ainsi, quand j'entends dire que les gouvernants ou les hommes politiques se réunissent pour discuter des problèmes éthiques, je crois qu'on est en pleine confusion. Le gouvernement n'a pas à se préoccuper des problèmes éthiques ; il a à organiser la vie communautaire, en tenant compte des devoirs et des droits légitimes de tous les citoyens. Le gouvernement ne peut permettre que la liberté des uns lèse les droits de l'autre ;

mais il n'a nullement à intervenir dans les consciences et à promouvoir une échelle morale de valeurs plutôt qu'une autre. Il y a des valeurs morales propres à l'exercice du pouvoir ; celles-la lui incombent. Mais on ne peut se servir du pouvoir pour imposer des choix moraux qui n'interfèrent pas comme tels dans l'équilibre de la société.

Je ne veux nullement dire que l'interruption de grossesse est à renvoyer purement et simplement à la conscience personnelle. Je veux dire qu'à propos de cette question, le gouvernement de la cité ne doit pas s'occuper de trancher un problème moral ; il doit agencer au mieux la vie communautaire en tenant compte de la réalité et du pluralisme des options philosophiques.

Si l'avortement est devenu une impasse politique insoluble, c'est dans la mesure où l'on attend de l'Etat qu'il donne une consécration officielle à telle échelle morale et condamne les autres. Le débat politique tourne à la guerre sainte.

La morale doit avoir assez confiance dans ses possibilités et son rôle spécifique. Elle ne doit pas vouloir se servir des armes du droit pour imposer des valeurs qu'elle n'est pas assez capable de faire découvrir par le dynamisme, le rayonnement et la joie de ceux qui les vivent avec conviction personnelle. C'est pourquoi je pense que même ceux qui sont profondément convaincus que l'avortement est immoral, ne renoncent pas à leurs convictions si, sur le plan du gouvernement de la cité, ils collaborent à une législation qui lutte contre le fléau de la clandestinité et veille à donner un autre statut légal aux situations nombreuses et souvent dramatiques de grossesses non voulues.

5. LA FOI NE SUPPRIME PAS LA RECHERCHE MORALE

Dans cette même ligne, je voudrais ajouter que la foi chrétienne, moins encore que la morale, n'a à s'imposer à quiconque par voie disciplinaire ou par tout autre moyen de pression. L'Évangile comporte un certain nombre d'appels. Pour moi, ils sont essentiels à ma vie et à ma tâche humaine. Mais ces appels, s'ils m'indiquent quelques grandes orientations à poursuivre (respect d'autrui, attention aux plus démunis, refus des structures de pouvoir, non-jugement sur les personnes ...), ne m'apportent de solutions précises à aucune question humaine. La foi ne dicte pas une morale. Celle-ci est à élaborer en dialogue avec tous les humains. Or ici encore, faute de garder suffisamment à la foi chrétienne son rôle spécifique, on en fait une morale surtout marquée d'interdits et de méfiance en l'être humain. Et

d'autre part, pour donner plus de poids à des options morales discutables et fort liées à un contexte culturel en partie dépassé, on est tenté de les référer directement et indissolublement à l'Évangile ; ce qui paralyse et la morale et la foi.

6. ELITE OU MASSE ?

Enfin, une dernière exigence morale me paraît la suivante : ne pas s'orienter vers des solutions qui réservent les décisions à des experts, à des spécialistes, établissant une catégorie de sages qui seraient, eux seuls, aptes à prendre des responsabilités, la masse n'en étant soi-disant pas capable.

Il est apparemment valorisant de se situer dans une catégorie qui se croit au-dessus de la mêlée, au-dessus des passions humaines. C'est une fausse valorisation. En outre, et c'est plus grave encore, cela entretient une méfiance à l'égard de la responsabilité des autres. Et tout cela entraîne effectivement une démission de la responsabilité chez beaucoup.

Il faudrait analyser pourquoi, dans un problème comme celui de l'avortement, ce sont les corps constitués (la magistrature, le corps médical, l'Église) qui se veulent répressifs. Certes, il y a de nombreuses exceptions dans chacune de ces catégories. Mais en tant que corps, on tend à avoir davantage confiance dans des mesures coercitives et dans les décisions confiées à quelques spécialistes, que dans le bon sens et la responsabilité de tous.

Il faut se demander également si le sexe masculin ne refuse pas de laisser les femmes assumer les responsabilités principales d'une réalité qui les engage le plus profondément et le plus directement.

Sommes-nous sûrs qu'à travers les solutions prônées, ce n'est pas, plus qu'on ne le pense, le statut de certains corps constitués et de bien des structures de pouvoir que nous protégeons, au détriment de la véritable liberté et responsabilité de tous. Liberté qu'il faut aider et éduquer : on ne peut le faire que si on a vraiment confiance en chaque personne humaine.

Je tiens à dire que la distinction entre élite et masse me paraît humainement inacceptable car «démoralisante», en ce sens qu'elle est moralement démobilisante pour un grand nombre. Et j'ajoute, en tant que chrétien, qu'elle est profondément anti-évangélique.

* * *

Je ne suis pas entré dans une analyse détaillée des problèmes moraux que pose l'avortement. J'ai voulu montrer que les recherches et débats sur l'avortement ont des exigences morales auxquelles il faut être attentif.

Il y a des manières immorales de partir en guerre pour la moralité. Si on veut que des questions comme l'avortement n'entament pas le capital moral de notre génération, il importe d'abord de se soucier de la vérité et de la qualité des tensions et des débats qu'il suscite.

Sexualité et fonction reproductrice

par Fr. Duyckaerts (*)

Dans ce que je vais énoncer devant vous et proposer à votre réflexion critique, je m'efforcerai de ne pas confondre vocabulaire idéologique, appréciation morale et terminologie savante, de me limiter par conséquent, autant que j'en serai capable, à l'analyse du fonctionnement psychique et à une présentation des résultats de celle-ci en des termes assez clairs et précis pour que vous puissiez vous-mêmes y faire la part entre ce qui est objectif et ce qui relève d'options personnelles.

1) Ma première remarque est de nature plutôt sociologique. Parmi les composantes les plus neuves et les plus spécifiques de la conscience contemporaine (en prenant ici le terme de conscience au sens où Paul Hazard l'entendait quand il intitula un de ses livres : «*La crise de la conscience européenne*»), il en est une qui concerne l'expérience du corps : aujourd'hui notamment sous l'influence des théories psychanalytiques, de plus en plus de gens font la distinction entre la sexualité et la fonction reproductrice. La sexualité, comme recherche de plaisir physique, est antérieure à la fonction reproductrice. Liée à toutes les fonctions de la vie de relation, elle ne se confond avec aucune d'elles en particulier. Inversement, la fonction reproductrice peut s'exercer sans aucune participation du plaisir sexuel. La fonction organique de reproduction et l'expérience érotique sont relativement autonomes dans la nature des choses, et peuvent le devenir encore davantage par des moyens artificiels.

2) La position des individus devant la relative autonomie de la sexualité par rapport à la fonction reproductrice est variable. Il y a ceux qui ont

(*) Professeur Ordinaire à l'Université de Liège.

pour principe que le sexualité ne peut se justifier qu'en se soumettant à la fonction reproductrice et qui se conforment à ce principe. Il y a, sans doute plus nombreux, ceux qui adoptent ce principe, mais en accordant à leur faiblesse des écarts qu'ils ne cessent de répéter et de déplorer. Il y a ceux qui donnent à l'érotisme une valeur en soi, mais estiment que son meilleur développement est assuré dans une relation à caractère hétérosexuel et à finalité procréatrice générale. Il y a enfin — et ceux-là sont peut-être beaucoup plus nombreux aujourd'hui qu'autrefois — ceux qui détachent l'érotisme de tout rapport de dépendance à l'égard de la fonction reproductrice. Je viens d'énumérer un certain nombre d'options majeures. Il en est certainement d'intermédiaires. Il est certainement aussi des individus qui n'arrivent pas à se fixer et qui oscillent de l'une à l'autre. Enfin, il me semble qu'il n'y a pas ou qu'il n'y a plus, dans nos sociétés, un *consensus* général sur l'une ou l'autre de ces options.

3) Venons-en maintenant à des analyses psychologiques, en particulier aux sentiments de honte et de culpabilité. Le plus généralement, ceux-ci portent sur la recherche du plaisir sexuel et non sur l'exercice de la fonction reproductrice, ce que la plupart des gens trouveront normal, alors qu'en réalité, la mise au monde d'un enfant est une affaire autrement grave, où notre responsabilité est bien plus sérieusement engagée. Laisser la reproduction livrée aux hasards biologiques est une démission dont on peut malheureusement camoufler la légèreté derrière de nobles spéculations sur la confiance qu'il faut faire à la nature.

4) Quand une femme décide d'interrompre dès les premières semaines une grossesse non souhaitée, alors qu'elle est en psychothérapie ou en psychanalyse, j'ai parfois été étonné du peu de place qu'occupe dans ses préoccupations et ses associations cet avortement lui-même. La décision qu'elle a été amenée à prendre et à exécuter semble si éloignée des conflits pour lesquels le traitement a été demandé, qu'on ne peut s'empêcher de penser qu'elle relève de la zone psychique où se prennent les décisions réalistes et raisonnables. D'autres problèmes, en apparence ou en fait bien plus anodins, occupent davantage le champ de l'attention, sans qu'on ait par ailleurs l'impression qu'ils servent à camoufler la culpabilité de décisions plus importantes.

5) Mais il faut tout de suite nuancer la remarque qui vient d'être faite. Même si la décision d'avorter semble souvent située en dehors de la zone conflictuelle profonde, elle ne manque pas d'intervenir, à la manière dont les restes diurnes contribuent à l'élaboration des rêves nocturnes, dans le

système des fantasmes qui forment l'infrastructure des désirs et des craintes de l'être humain. Le psychanalyste peut alors apercevoir certaines raisons ou certains mécanismes psychiques inconscients qui expliquent que le débat sur la dépénalisation de l'avortement tourne si vite à la discussion passionnée et aboutit si souvent à un dialogue de sourds, qui n'a rien ou pas grand-chose à voir avec un amour sincère et tempéré de la vie. Qu'on me laisse le temps de donner quelques exemples.

- a. L'avortement peut être vécu comme une mutilation de la femme. Pourtant, faut-il le dire, il n'en est pas une, sinon dans un sens métaphorique, exploité par tous ceux qui luttent contre la dépénalisation de l'avortement. Un embryon n'est pas un organe. Son expulsion n'est pas une diminution. Je ne joue pas sur les mots. Je crois plutôt que certaines personnes en jouent comme pour augmenter l'anxiété, comme pour renforcer des barrières. Or, si on peut comprendre la morale de celle qui se refuse à tout avortement au nom du respect de la vie qu'elle sent en elle, on ne peut accepter qu'on use d'arguments faux pour apporter à une option morale l'appui suspect d'une angoisse de castration.
- b. Un autre mécanisme mental qui peut expliquer l'anxiété ou la culpabilité devant des formes, même raisonnables et inoffensives, de l'avortement, consiste dans l'annulation des différences qu'il y a, en dépit d'une continuité biologique évidente, entre un simple ovule fécondé et un nouveau-né, entre un embryon incapable de vie séparée et un fœtus doté d'une viabilité autonome. Alors que l'histoire montre que l'élaboration morale des conduites va dans le sens d'une différenciation toujours plus fine des situations, des problèmes et des solutions, on sait aussi qu'il y a des troubles psychopathologiques qui proviennent d'une méconnaissance, d'un déni d'importantes différences objectives. Le temps n'est pas loin où l'on inculquait l'idée que l'émission de sperme qui ne visait pas à fertiliser un ovule équivalait à un assassinat d'une vie. Aujourd'hui, certains veulent nous faire croire qu'il n'y a aucune différence entre expulser un embryon de quelques jours ou de quelques semaines, et tuer un enfant. On transfère sur un acte l'horreur d'un autre acte, alors que l'un n'est pas l'autre.
- c. Il arrive aussi que l'avortement soit perçu comme une révolte contre une puissance supérieure, chargée de défendre la vie. Cette assimilation peut conduire à deux effets contraires. Chez celui ou celle qui ont le goût de la soumission, l'avortement sera réprouvé par une sorte

d'obéissance rigide qui ne tiendra compte d'aucune circonstance et qui l'entretiendra dans l'illusion d'être du côté de la puissance créatrice et conservatrice de l'univers. Mais, par un effet contraire et pourtant tout aussi logique, cette assimilation pourra conduire une autre personne, plus encline à la révolte qu'à la soumission, à vouloir l'avortement rien que pour exprimer son désir d'éviter toute subordination transcendante. L'exemple de cette dernière attitude me porte à croire que dans un monde où l'on estimera que le problème de la continuation d'une grossesse doit se poser et se résoudre dans un esprit réaliste, en supputant raisonnablement les chances de vie et de bonheur, la fréquence de certains avortements, ceux que j'appellerais névrotiques, aura tendance à diminuer.

- d. On connaît la tendance archaïque de l'esprit humain à séparer le sacré du profane, à délimiter deux territoires, l'un où les choses et les actes ont une valeur religieuse qui inspire un respect inconditionnel, l'autre où tout est laissé à la spontanéité mobile des individus et des groupes. La ligne de démarcation entre les deux domaines varie avec les sociétés et avec les époques. Dans notre civilisation, on tend à la supprimer ou à la dépasser en faveur d'une raison moins dualiste, pour laquelle, tout étant indifféremment profane ou sacré, les problèmes de conduite deviennent, tous, des problèmes d'amélioration. Cependant, la tendance archaïque reste vivace. Dans les discussions sur l'avortement, on devine encore la présence d'une ligne de démarcation, située entre le domaine profane des choses inanimées et des êtres vivants non-humains, où tout à peu près semblait permis jusqu'il y a peu, et le domaine sacré de la vie humaine où les choses doivent se passer d'une manière traditionnelle, rituelle, sans égard pour ce qui est de nature à améliorer la qualité de la vie des individus et des groupes.
- e. De cette mentalité dualiste, il faut rapprocher la peur de porter atteinte, fût-ce par un acte isolé, à un prétendu ordre universel, physique et social. Elle ressemble à la panique qui saisit le primitif quand il lie les catastrophes naturelles à l'inobservance d'un rite ancestral ou à un acte anti-social commis par un membre de la communauté, ou encore à l'angoisse que le malade obsessionnel de nos sociétés éprouve quand il n'est pas sûr d'avoir exécuté tel acte protecteur. La dépénalisation de l'avortement peut terrifier certains de la même manière. La plus grande facilité donnée aux femmes d'accepter ou de refuser la maternité dans les premières semaines de la grossesse les fait imaginer la généralisation

de l'infanticide, de l'euthanasie, et de proche en proche, la destruction de tout notre ordre social et familial, comme si celui-ci n'était pas le résultat d'un grand nombre de facteurs en interaction réciproque et pouvait être mis en danger par une transformation isolée et limitée d'un code pénal historiquement déterminé.

- f. Un problème plus délicat est celui qui procède à l'assimilation spontanée, dans l'esprit de certains, entre l'embryon expulsé et leur propre personne. Quand quelqu'un souffre de vifs sentiments d'infériorité et se considère comme un «avorton», comme un être mal réussi par la nature, il pense que dans un temps de législation plus libérale, sa mère ne l'aurait peut-être pas mis au monde. Rien d'étonnant que celui-là ait des réactions violemment hostiles à l'idée d'une interruption volontaire de la grossesse! L'argument est pourtant sentimental et narcissique. A ce compte, chacun de nous, quelle que soit la valeur de son être physique et moral, devrait s'opposer à tous les nouveaux moyens de contraception parce que ceux-ci, connus plus tôt, auraient pu être employés par nos parents et avoir eu pour effet d'interrompre la série des opérations biologiques dont nous sommes issus. A vrai dire, toutes les questions qui tournent autour de l'avortement nous replacent on ne peut plus brutalement, devant notre radicale contingence, cette contingence que notre orgueil a toujours de la peine à accepter.

6) Ma sixième remarque porte sur le caractère accidentel de certaines maternités. Au niveau du conscient, telle femme ne veut pas avoir d'enfants, mais il arrive que cette volonté explicite et déterminée se laisse perturber, infiltrer par des raisons inconscientes en sens contraire : peur de désobéir à la loi, angoisse obsessionnelle, désir assez suspect de se soumettre à un homme qu'on veut retenir ou reconquérir. Alors se produit comme une distraction dans l'application des moyens contraceptifs. La grossesse qui s'en suit, on peut à bon droit la considérer comme une espèce d'acte manqué, en contradiction avec le refus conscient de la maternité. On devine les conflits que cela suscite à l'intérieur de la femme, conflits qui peuvent aussi à longue échéance avoir une répercussion funeste sur le destin de l'enfant, fruit de cet acte manqué. J'ai pu observer, dans un exemple de ce genre, que la mère ne résista pas, l'enfant devenu plus grand, à lui dire qu'elle n'avait pas souhaité de maternité. L'enfant supporta mal la terrible confidence. Au sentiment de sa contingence vint s'ajouter le sentiment de n'avoir pas été souhaité ni accepté par sa propre mère. Des révélations de ce genre ne seraient pas rares, s'il faut en croire

les autres psychanalystes. En tout cas, on peut comprendre facilement que pour avoir le désir et le goût de vivre, un enfant doit sentir que la mère elle-même a commencé par désirer qu'il vive et aime vivre. Heureusement, il est de nombreux exemples où ce désir de la mère, très faible au début de la grossesse, se développe progressivement et atteint son degré idéal au moment de la naissance. Le drame, c'est quand la grossesse ne fait qu'accroître des puissances de refus. Légitimes ou non, celles-ci seront de mauvais augure pour l'enfant, qui ne devra son existence qu'à la peur de sa mère d'enfreindre une loi.

Pour conclure, j'aimerais vous livrer une pensée que me vient souvent à l'esprit quand je lis les textes de ceux qui s'opposent farouchement à une raisonnable dépénalisation de l'avortement. Ces auteurs semblent attribuer aux hommes et aux femmes un désir d'enfanter tellement faible, tellement fragile, qu'ils estiment que morale et loi pénale ne sont pas de trop pour assurer la survie de l'espèce. Sans cette rigide conjonction d'impératifs externes et internes, ils appréhendent la souveraineté d'une pulsion de mort.

D'autres, parmi lesquels j'ose me ranger, croient, sans verser dans un optimisme naïf, que les pulsions de vie existent aussi, que le désir d'avoir des enfants a des racines biologiques et psychiques profondes et vivaces. La vérité est sans doute qu'en chaque adulte humain, désir et réticence se mêlent. Il faut donner à chaque couple le moyen de les équilibrer.

ASPECTS MÉDICO-TECHNIQUES

Président de séance : A. GOVAERTS, Président de la Faculté de Médecine — Université Libre de Bruxelles.

Recherche sur les indications d'interruption de la grossesse pour raisons de santé (Note préliminaire)

*par P. O. Hubinont, J. Cornez-Vanden Eynde, M.-J. Deguent-Bruyns,
J. de Lombaert, C. Fastenaekens, J. Hologne, J. Nokin, et C. Picard (*)*

1.00. INTRODUCTION

1.10. Si une littérature précise, abondante et documentée existe, qui traite de la manière dont se pose le problème de l'interruption volontaire de grossesse dans de nombreux pays, qu'il s'agisse d'avortement clandestin ou d'avortement légal, ce domaine est pratiquement inexploré en Belgique.

En 1967, lors d'une enquête portant sur l'Europe de l'Ouest et du Sud, quelques données fragmentaires avaient été rassemblées, dont il ressortait que la majorité de gynécologues ayant répondu à un questionnaire très limité était en faveur d'une modification dans l'attitude professionnelle et légale vis-à-vis de ce problème. Mais il faut préciser qu'en Belgique une minorité importante de gynécologues n'avait pas répondu, même par un accusé de réception, au questionnaire, bien que des garanties de discrétion sinon d'anonymat leur eussent été données : ceci est une première indication.

La carence de données objectives sur ce problème a été particulièrement évidente lors de récentes et louables tentatives gouvernementales d'apporter des modifications aux textes législatifs, tentatives qui furent précédées d'une vaste consultation, ce qui fit apparaître que les jugements

(*) Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Universitaire Saint-Pierre et Centre de Recherche Clinique sur la Reproduction Humaine de l'Organisation Mondiale de la Santé — Université Libre de Bruxelles.

exprimés étaient sentimentaux, passionnels, à base philosophique et (ou) religieuse, et ne reposaient en général sur aucun argument scientifique.

La nécessité d'une argumentation dans la défense en justice d'un médecin inculpé pour avortement n'a pas été étrangère enfin, à notre motivation d'entreprendre la recherche dont le présent travail apporte les tout premiers résultats.

2.00. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.10. *Mise en place d'une structure d'accueil.*

Les caractéristiques principales de la candidate à l'interruption de grossesse sont fréquemment la solitude et l'abandon, ou même le rejet ⁽¹⁾.

Telles sont les bases de la panique qui conduit aux solutions extrêmes inadéquates et clandestines dont les risques sont énormes sur le plan de la santé individuelle, actuelle et future, et sur celui de la santé familiale.

La femme est le plus souvent seule devant la prise de responsabilité qu'implique l'avortement clandestin sur le plan somatique, sur le plan psychologique, sur le plan social, sur le plan judiciaire. Il est admis que les conséquences de l'avortement clandestin sont en prise directe sur ces divers éléments et sont aggravées précisément par la clandestinité où l'interruption de grossesse est confinée par les usages, par les préjugés et par les lois.

D'autre part, toute étude scientifique de l'avortement clandestin est également rendue impossible par la situation hors la loi des avorteurs (euses) et des avortées.

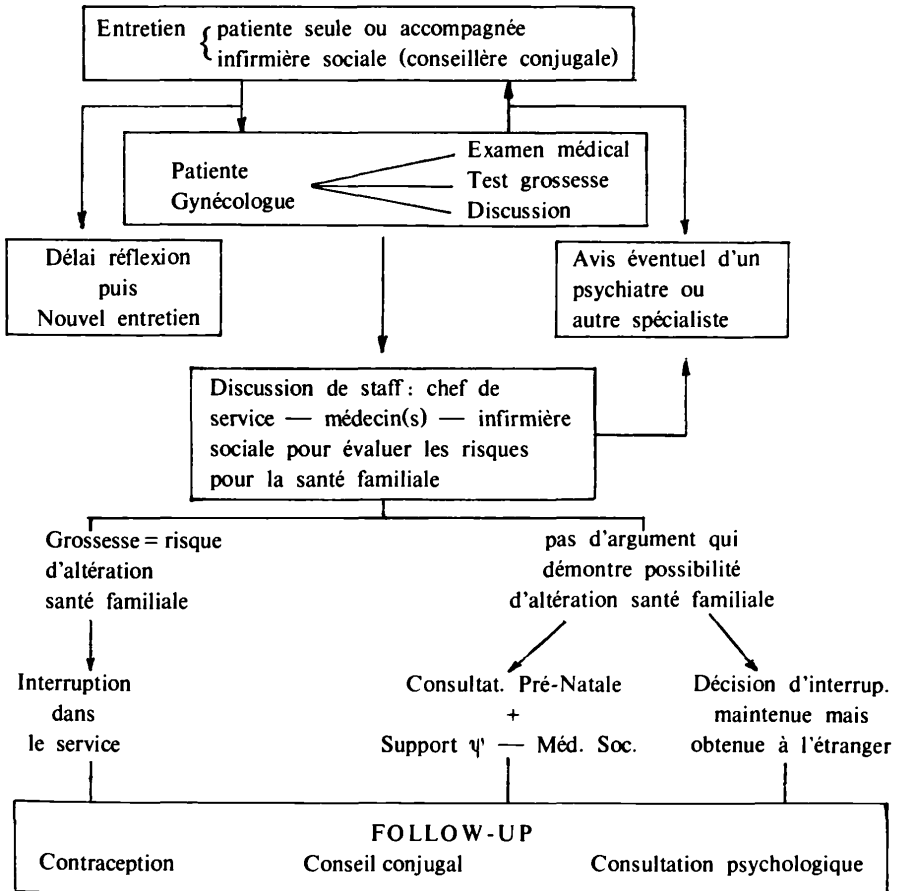
La seule solution qui permette d'aborder scientifiquement le problème consiste donc dans ce pays à se placer dans des conditions de recherche.

Ce premier pas étant franchi, le premier but à atteindre était d'apporter une solution aux problèmes de la solitude et de l'abandon en créant une structure auprès de laquelle la femme (ou le couple) confronté(e) à un problème de grossesse non désirée, non désirable, inopportune, rejetée avec plus ou moins de vigueur et de persistance, puisse être reçu(e) et puisse discuter de la situation avec une équipe sanitaire correctement préparée (matériellement, intellectuellement et affectivement) à une telle dialectique jusque dans ses conséquences ultimes.

(1) Rejet par le géniteur, par le groupe familial, par la société, par la loi.

Une telle structure fut donc mise en place dans le cadre des consultations externes de la Clinique de Gynécologie et Obstétrique. Elle est schématisée dans la figure 1.

FIGURE 1
Structure d'accueil



2.11. La femme (ou le couple) est reçu(e) par une infirmière d'hygiène sociale (formée en conseil conjugal) et par un gynécologue. Un premier bilan est fait des éléments de santé physique, psychologique et sociale.

2.12. Le cas est ensuite discuté dans une réunion avec le Chef de Service. D'éventuels recours à des avis spécialisés (en particulier des avis psychiatriques) sont demandés. Cette période ne peut en principe excéder une semaine.

2.13. Une décision est prise en tenant compte du risque d'altération de la santé dans le sens le plus large, sur le plan individuel et sur le plan familial.

2.14. En tout état de cause, la décision aboutit ou veut en tout cas aboutir à des conseils conjugaux et une planification des grossesses ultérieures.

2.15. A noter enfin que toute décision est assortie d'une protocole circonstancié signé par les membres de la structure d'accueil responsables du cas, et du consentement écrit et signé par la patiente, le géniteur et (ou) le cas échéant, la personne ayant qualité pour consentir, au nom d'une mineure par exemple.

2.20. *Méthodologie statistique.*

Chaque cas est examiné selon un même schéma dont les données furent établies arbitrairement en fonction d'une série d'hypothèses de travail qui transparaissent dans le code de dépouillement des informations.

Il est clair que l'absence de toute donnée concrète préalable fut à l'origine d'hypothèses de travail assez vagues et au fait que l'information fut codée et dépouillée rétrospectivement. Un travail prospectif n'est possible qu'à partir de là.

Les informations furent reportées sur des fiches comportant une possibilité de 122 items différents (figures 2 à 7).

FIGURE 2

Age de la femme

1. ≤ 16 ans
2. 17-20 ans
3. 21-25 ans
4. 26-30 ans
5. 31-35 ans
6. 36-40 ans
7. 41 et plus

Age du partenaire

8. ≤ 16 ans
9. 17-20 ans
10. 21-25 ans
11. 26-30 ans
12. 31-35 ans

- 13. 36-40 ans
- 14. 41 et plus
- 15. âge inconnu
- 16. pas de partenaire régulier

Contexte familial de la grossesse

- 17. Femme célibataire
- 18. Séparée, Divorcée, Veuve ☐ seule
- 19. Mariée légalement
- 20. Mariée «de facto»
- 21. Grossesse adultérine (à cocher en même temps que 19 ou 20).

FIGURE 3

La femme s'est présentée

- 22. Seule
- 23. Accompagnée du géniteur
- 24. Accompagnée d'une autre personne
- 25. Autre (à préciser) :
-

Nationalité de la femme

- 26. Belge
- 27. Etrangère (écrire la nationalité)

Gestité

- 28. 1
- 29. 2
- 30. 3
- 31. plus de 3 (écrire combien) :

Parité

- 32. 0
- 33. 1
- 34. 2
- 35. 3
- 36. plus de 3 (écrire combien) :

Domicile

- 37. Bruxelles et Brabant
- 38. Autre :

FIGURE 4

Revenus

- 39. A charge des parents
- 40. \leq 10.000
- 41. 11-15.000
- 42. 16-20.000
- 43. 21-25.000
- 44. 26-30.000
- 45. 31-35.000
- 46. 36-40.000
- 47. 41-50.000
- 48. $>$ 50.000
- 49. inconnu et variable (écrire)

Profession de la femme

- 50. Agriculture
- 51. Profession libérale
- 52. Commerçante et Indépendante
- 53. Employée
- 54. Ouvrière qualifiée
- 55. Ouvrière non qualifiée
- 56. Enseignante
- 57. Etudiante primaire ou secondaire
- 58. Etudiante universitaire ou 3^e cycle
- 59. Dépendante de la société
- 60. Sans (ménagère)

Profession du partenaire

- 61. Agriculteur
- 62. Profession libérale
- 63. Commerçant et indépendant
- 64. Employé
- 65. Ouvrier qualifié
- 66. Ouvrier non qualifié
- 67. Enseignant
- 68. Etudiant primaire ou secondaire
- 69. Etudiant universitaire ou 3^e cycle
- 70. Dépendant de la société
- 71. Autre et inconnu (à préciser) :

.....

FIGURE 5

72. *Avis psychiatrique*

73. *Acceptation*

Décision pour raison

74. sociale

75. économique

76. psychologique

77. somatique

78. psychiatrique

79. eugénique

80. autre :

Destination

81. Refus

82. Refus ici mais envoi ailleurs

83. Consultation prénatale

84. Etranger

85. Fausse couche spontanée

86. *Trace perdue*

FIGURE 6

Terme à la 1^e consultation

87. \leq 7 semaines

88. 8-10 semaines

89. 11-12 semaines

90. 13-15 semaines

91. 16-20 semaines

92. 21 et plus

93. terme imprécis

Mode d'intervention

94. Aspiration

95. Salting-out

96. Brindeau

97. Autre :

Durée d'hospitalisation

98. \leq 1 jour

99. 2 jours

100. 3 jours

101. 8 jours

102. plus de 8 jours

103. plusieurs séjours

104. *Erreur de terme*

FIGURE 7

Complications

- 105. Compl. immédiates : au moment de l'intervention :
-
- 106. Compl. tardives :
-
-

Méthode contraceptive avant la demande d'avortement

- 107. Ogino ou assimilé
- 108. Mécaniques masc. ou fém.
- 109. Hormonaux
- 110. Intra-Utérin
- 111. Stérilisation
- 112. Aucun

Cause de l'échec de la méthode contraceptive

- 113. Pas de méthode contraceptive
- 114. Echec de la méthode ou échec d'utilisation
- 115. Echec dans l'attitude

Méthode contraceptive après l'interruption de grossesse

- 116. Ogino ou assimilé
- 117. Mécaniques masc. ou fém.
- 118. Hormonaux
- 119. Intra-Utérin
- 120. Stérilisation
- 121. Aucun

2.30. *Méthodologie clinique.*

2.31. Diagnostic de la grossesse et de son terme.

En dehors du diagnostic clinique habituel, il fut fait souvent appel à l'échographie pour déterminer avec plus de précision le terme de la grossesse.

2.32. Techniques d'interruption.

- 2.321. En principe et jusqu'à la fin de la dixième semaine qui suit les dernières règles, la méthode de choix fut l'aspiration du contenu utérin. De rares curetages conventionnels (6) furent pratiqués.

- 2.322. Après la douzième semaine, la méthode de choix fut le «salting out» à seize semaines, utilisant une amniocentèse à l'aiguille, l'introduction d'un cathéter en nylon dans le sac amniotique et le remplacement d'un certain volume amniotique par un volume équivalent d'une solution hypertonique à 20% de NaCl.
- 2.323. Dans de rares cas où l'interruption volontaire de la grossesse de plus de douze semaines devait d'accompagner de stérilisation tubaire, l'hystérotomie selon Brindeau fut préférée au «salting out».

3.00. RÉSULTATS

Les résultats reportés dans le présent travail portent sur l'activité entre le 1/4/1973 et le 30/11/1973 de cette structure d'accueil et de la clinique, dans le domaine précis de la pratique d'interruption de la grossesse sur indication de santé.

Pour la simplicité de compréhension et pour permettre un jugement objectif des données du problème, les résultats sont exposés sous la forme de tableaux.

Mais auparavant il faut situer le problème par rapport à la pratique antérieure — bien étudiée par C. Fastenaekens (1973) dans son mémoire de licence.

Si de 1948 à 1970 la proportion d'interruptions volontaires de la grossesse se situa entre 5 et 10‰ accouchements, dès 1971 et 1972, les chiffres passèrent à 17,9 et 32,3‰. La dernière année de référence (1972), 59 interruptions furent faites (C. Fastenaekens, tableau II). Cette élévation fut en partie occasionnée par deux épidémies de rubéole, et d'autre part liée à la prise en considération de facteurs psychiatriques et sociaux (C. Fastenaekens, tableau IV, figure 4).

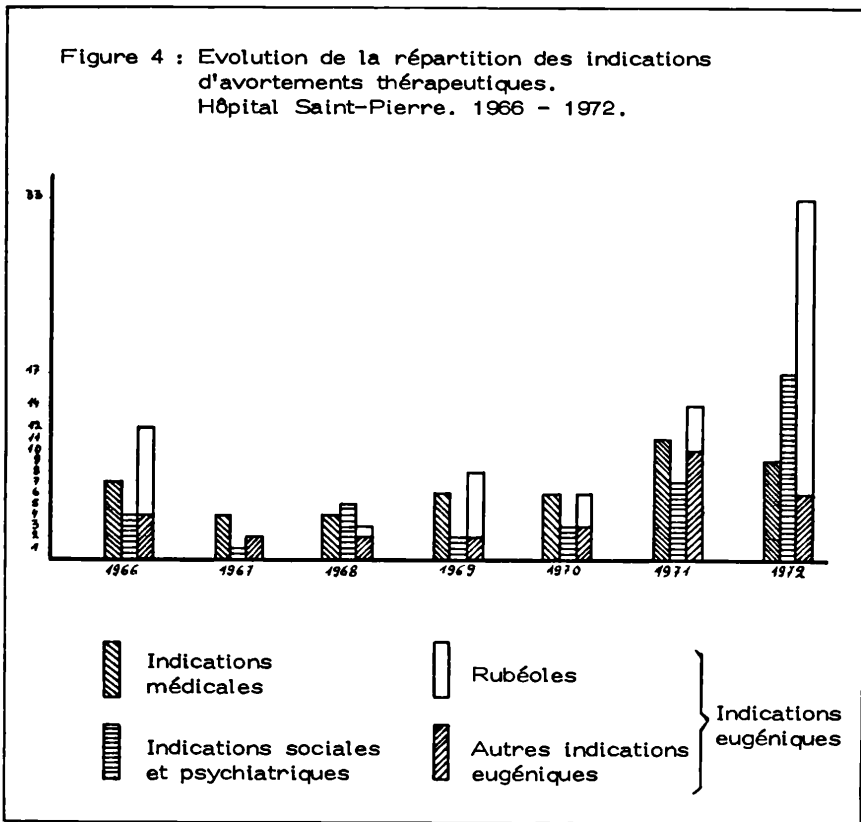
TABLEAU II
Avortements thérapeutiques et accouchements.
Hôpital Saint-Pierre. 1948-1972.

Année	Avort. Thérap.	Accouchements	Avort. Thérap.
			Accouchements
1948	3	987	0.0030
1949	6	903	0.0066
1950	8	969	0.0082
1951	4	876	0.0045
1952	6	966	0.0062
1953	11	1.064	0.0103
1954	3	1.058	0.0028
1955	7	1.228	0.0057
1956	2	1.355	0.0014
1957	15	1.368	0.0109
1958	8	1.362	0.0058
1959	7	1.418	0.0049
1960	10	1.419	0.0070
1961	10	1.585	0.0063
1962	8	1.639	0.0048
1963	15	1.833	0.0081
1964	18	2.013	0.0089
1966	23	1.898	0.0121
1967	7	1.738	0.0040
1968	12	1.764	0.0068
1969	16	1.768	0.0090
1970	15	1.812	0.0082
1971	32	1.785	0.0179
1972	59	1.825	0.0323

TABLEAU IV
Evolution des indications d'avortements thérapeutiques.
Hôpital Saint-Pierre. 1966-1972.

Indication Année	Médicale	Sociale et psychiatrique	Eugénique		Total
			sans les rubéoles	avec les rubéoles	
1966	7	4	(4)	12	23
1967	4	1	(2)	2	7
1968	4	5	(2)	3	12
1969	6	2	(2)	8	16
1970	6	3	(3)	6	15
1971	11	7	(10)	14	32
1972	9	17	(6)	33	59

Figure 4 : Evolution de la répartition des indications d'avortements thérapeutiques.
Hôpital Saint-Pierre. 1966 - 1972.



3.10. La mise en place de la structure d'accueil et l'application de ses conséquences ont conduit à examiner 541 demandes (soit une moyenne de 68 par mois), à mettre en évidence 307 indications de santé (38 par mois) et à pratiquer 281 interruptions (35 par mois) (tableau A.1).

A.1. NOMBRE TOTAL DE DEMANDES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE (1.4.1973-30.11.1973)			
547			
Avril	69	Août	62
Mai	72	Septembre	57
Juin	62	Octobre	75
Juillet	84	Novembre	66
Moyenne mensuelle 68.38 demandes.			

Ces deux derniers points seront commentés plus loin.

3.20. L'étude de la pyramides des âges a montré que les géniteurs ont tendance à être plus âgés que les femmes. L'étude détaillée cas par cas montre que ceci est vrai surtout pour les mineures et pour les femmes de 31 à 40 ans. Un fait intéressant : il n'y a que 29 femmes dont le partenaire n'était pas régulier. Il faut certes une étude sociologique plus approfondie pour estimer la tranche de ce groupe qui résulte de la promiscuité et la prostitution ⁽²⁾, mais cela veut dire que dans 95 % des cas, la grossesse résultait d'une relation sexuelle suivie avec un seul partenaire (tableau A.2).

A.2. CONTEXTE GENERATIONNEL					
Age	Femme		Partenaire		
	N	%	N	%	
≤ 16	16	} 18.84	1	} 8.41	
17-20	87		45		
21-30	255	46.62	170	31.08	
31-40	147	26.87	122	22.30	
≤ 41	38	6.95	75	13.71	
Non mentionné	4	0.73	105	19.20	
Pas de partenaire régulier			29	5.30	
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
	547	100.01	547	100.00	

3.30. Pour ce qui concerne le statut de fait, 55 % des femmes vivaient avec le géniteur dont 50 % était un conjoint légal. Par contre, 43 % des femmes étaient seules (tableau A.3).

⁽²⁾ En effet, 17 cas sur 29 étaient des grossesses survenues après un rapport sexuel unique, soit un viol technique, soit une contrainte morale, etc.

A.3. CONTEXTE FAMILIAL ET AFFECTIF		
	N	%
Célibataires	170	31.08
Solitude veuves, divorcées, séparées	61	11.15
union (*) légale	276	50.46
« <i>de facto</i> »	28	5.12
Pas de renseignement	12	2.19
	<u>547</u>	<u>100.00</u>

(*) Géniteur \neq conjoint : 14/304 soit 4.61 % d'adultère.

La femme s'est présentée			
Seule	269	49.18	} 59.42
du géniteur	165	30.17	
Accompagnée	57	10.42	
d'une autre personne	56	10.24	
Pas de mention dans le dossier (seule?)	56	10.24	
	<u>547</u>	<u>100.00</u>	

Cette notion se retrouve d'ailleurs dans le fait que de 50 à 60 % des femmes qui se présentaient en demandant un avortement le faisaient non accompagnées.

3.40. Ajoutons que le taux de grossesses adultérines était très bas (4,61 %).

3.50. Nous passerons rapidement sur les premiers éléments du contexte sociologique, sauf à dire que s'il ne reflète pas exactement la situation générale de nos consultations externes pour ce qui concerne la nationalité, l'on observe par ailleurs une proportion nettement plus élevée (dans la population candidate à une interruption de la grossesse) de non brabançonnaises. Ceci est lié au fait que bon nombre de patientes sont référées spécifiquement à notre Service par des collègues ou confrères des autres universités et (ou) des autres provinces, ou même de l'étranger (Nord de la France) (tableau A.4).

A.4.		CONTEXTE SOCIOLOGIQUE (1)	
		N	%
Nationalité	Belge	411	75.14
	Etrangère	135	24.68
	Pas de mention	1	0.18
		<hr/>	<hr/>
		547	100.00
Domicile	Brabant	397	72.58
	Autre	137	25.05
	Pas de mention	13	2.38
		<hr/>	<hr/>
		547	100.00

3.60. Une bonne partie des patientes qui nous consultent appartiennent aux classes les moins fortunées de la société, 38 % ayant un revenu mensuel inférieur à 20.000 FB, très souvent pour des familles relativement nombreuses (tableau A.5).

A.5.		CONTEXTE SOCIOLOGIQUE (2)	
REVENU (Frs/mois)		N	%
A charge des parents		79	14.44
≤ 10.000		60	10.97
11 à 20.000		148	27.26
21 à 30.000		73	13.34
31 à 40.000		17	3.11
≥ 41.000		11	2.02
Variable		18	1.46
Pas de renseignements		151	27.61
		<hr/>	
		547	

Il est à noter que dans un nombre appréciable de cas, l'absence de renseignements sur les revenus de la famille traduit un refus de répondre à cette question (environ 1/4 des cas : 27, 61%). Dans 79 cas, soit 14,44 %, il s'agissait d'une fille mineure à charge de ses parents.

3.70. Une étude des professions offre également un intérêt dans la définition du problème. Du côté des candidates à l'interruption de

grossesse, on constate que l'ordre décroissant de fréquence des professions va des employées (28,15%), en passant par les ménagères (femmes au foyer, 25,05%), les ouvrières non qualifiées (15,17%), les étudiantes (13,89%) pour arriver en fin de compte aux chiffres très bas concernant les agriculteurs.

En ce qui concerne les géniteurs, lorsqu'ils sont connus, il y a 20% de professions «autres» que celles où ont pu être classées les femmes, puis 19,24% d'employés, 17,19% d'ouvriers qualifiés, 10,37% d'ouvriers non qualifiés, 10,32% d'étudiants, pour terminer par 0,91% d'agriculteurs (tableau A.6).

A.6. CONTEXTE SOCIOLOGIQUE (3)				
Profession	Femme		Partenaire	
	N	%	N	%
Agriculteur	4	0.73	5	0.91
Profession libérale	6	1.10	25	4.57
Indépendant	28	5.12	35	6.40
Employé	154	28.15	105	19.20
Ouvrier qualifié	17	3.11	94	17.19
Ouvrier non qualifié	83	15.17	60	10.97
Enseignant	13	2.38	10	1.83
Etudiant 1 ^e et 2 ^e cycle	40	7.31	20	3.66
Etudiant 3 ^e cycle	36	6.58	37	6.76
Pas de profession, assisté	12	2.19	11	2.01
Pas de profession, ménagère	137	25.05	—	
Pas de renseignement	17	3.11	—	
Autre (*) et inconnu (**)			145	26.51
	547	100.00	547	100.01

(*) Service militaire, officier de gendarmerie, policier, pilotes, etc.

(**) Dont 29 femmes sans partenaire régulier.

Certes ces classements sont parallèles, mais aucune conclusion ne peut en être tirée quant aux caractéristiques des couples. Ce dépouillement-là des données fait partie d'une étude de corrélations qui est en cours et fera l'objet d'une publication ultérieure.

3.80. Nous avons étudié enfin (tableau A.7) les caractéristiques de la fonction de reproduction en termes de gestité, c'est-à-dire le nombre de grossesses antérieures y compris la grossesse actuelle et en termes de parité, à savoir le nombre des naissances antérieures. On constate que le nombre de femmes n'ayant pas eu d'enfant est légèrement supérieur à celles dont la grossesse actuelle est la première. Ceci traduit le fait que six nullipares avaient déjà été enceintes auparavant et conduit à la conclusion qu'elles avaient déjà subi au moins un avortement.

A.7.	FONCTION DE REPRODUCTION			
	Gestité		Parité	
	N	%	N	%
0			187	34.19
1	173	31.63	100	18.28
2	93	17.00	116	21.21
3	106	19.33	65	11.88
> 3	160	29.25	69	11.70
pas de rens.	15	2.74	15	2.74
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	547	100.00	547	100.00

Il en va de même et à un moindre degré pour les primi- et secondipares, mais la proportion se renverse chez les mères de trois enfants et plus si on les compare aux femmes ayant eu trois grossesses et plus. En d'autres termes, ceci retrouve une notion déjà ancienne que la multiplication des avortements va de pair avec la fécondité.

4.00. Ayant ainsi esquissé les grandes lignes du contexte dans lequel cette étude a été menée, sur le plan de la pyramide des âges, sur le plan du statut social, sur divers plans sociologiques et sur le plan de la fécondité exprimée en grossesses et en naissances, nous donnerons en quelques tableaux et commentaires les conséquences cliniques de notre attitude.

4.10. Sur 547 demandes, on l'a déjà vu, nous avons reconnu dans 307 cas une indication de santé en nous basant sur la définition admise, du bien-être physique, psychologique et social (tableau B.1).

B.1. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE		
	N	%
Indications de santé acceptée	307	56.12
Pas d'indication ou non examiné	240	43.88
	<hr/>	<hr/>
	547	100.00
Patientes dont la trace a été perdue :		
(a) Avant toute décision	29	5.30
(b) Après refus	59	10.79
(c) Après acceptation	10	1.83
	<hr/>	<hr/>
	98	17.92
Interruptions pratiquées :	281	51.37

Ceci nous a conduit à rejeter 43,88 % des demandes qui étaient pour la grande majorité basées sur des raisons de convenance personnelle. Sur les 307 grossesses où une indication de santé fut retenue, 281 (soit 51,37 % des demandes) furent interrompues. En effet, 10 patientes disparurent et leur trace fut perdue, et 16 autres décidèrent soit de garder la grossesse, soit trouvèrent une autre solution à leur problème.

4.20. Le tableau suivant se passe de commentaire (tableau B.2). Nous ne ferons que le survoler.

Si on trouve un nombre pratiquement égal d'indications somatiques (46), eugéniques (45) et psychiatriques (47), ceci est une coïncidence fortuite qui dépend de notre situation comme clinique universitaire et de l'existence d'une structure de conseil génétique.

Les indications somatiques, eugéniques et psychiatriques sont en général isolées et représentent donc 45 % du total de 307 (44,95).

Par différence, on peut donc établir que la combinaison de facteurs socio-économiques, psychologiques et autres correspond au moins à 55 % des cas.

4.31. Si l'on examine le terme de la grossesse au moment de la demande, on constate que 66 % n'avaient pas dépassé 10 semaines depuis

B.2. INDICATIONS D'INTERRUPTION (*)		
	N	%
Sociale (**)	248	80.78
Economique (**)	72	23.45
Psychologique (**)	201	65.00
Psychiatrique (***)	47	15.71
Eugéniques	45	14.66
Somatiques	46	14.98
Autres (viols, etc.) (**)	17	5.54

(*) Les indications sont souvent associées, ce qui entraîne un total supérieur à 307.

(**) Les associations les plus fréquentes se rencontrent entre les facteurs socio-économiques, psychologiques et le groupe des facteurs divers (rapports sexuels suite à une violence physique, un abus de confiance, une pression morale, etc.).

(***) 92 consultations psychiatriques : 29,97%.

la date des dernières règles, ce qui va de pair avec la notion de plus en plus répandue dans le public que les complications augmentent avec le terme (tableau B.3).

B.3. INTERRUPTION DE GROSSESSE ELEMENTS CLINIQUES (1) TERME DE LA GROSSESSE (en semaines) A LA PREMIERE CONSULTATION					
	Au départ		En relation avec l'interruption		% Interr.
	N	%	N	%	
≤ 7	190	34.74	100	35.59	52.63
8-10	172	31.44	91	32.38	52.91
11-12	42	7.68	24	8.54	57.14
13-15	56	10.24	38	13.52	67.86
16-20	28	5.12	20	7.12	71.42
≥ 21	8	1.46	2	0.71	25.00
Imprécis	2	0.37	0	—	—
Pas de renseignements	49	8.96	6	2.14	12.24
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
	547	100.01	281	100.00	

La même statistique établie à partir des interruptions pratiquées montre deux faits intéressants et qui vont de pair également, c'est la similitude de la distribution des termes de grossesse et d'autre part, la relative constance de la proportion des cas où la grossesse a été interrompue d'une classe d'âge de grossesse à l'autre et l'augmentation de cette proportion dans les grossesses plus âgées. Ceci traduit une cohérence dans l'attitude, apparemment non influencée par l'augmentation du risque de complications en fonction de l'âge de la grossesse, bien au contraire.

4.32. Le tableau B.4 traduit l'adaptation de la technique d'interruption au terme de la grossesse.

B.4	INTERRUPTIONS DE GROSSESSE ELEMENTS CLINIQUES (2) TECHNIQUE D'INTERRUPTION	
	N	%
Aspiration	192	68.32
«Salting out»	59	21.00
Brindeau	20	7.12
Autre (*)	7	2.50
Non mentionné	3	1.07
	281	100.01

(*) 6 curettages — 1 Hystérotomie segmentaire.

Il y a un nombre sensiblement égal d'interventions par aspiration endo-utérine et curetage utérin classique (198), que de grossesses de 10 semaines et moins (191). Une bonne partie des grossesses qui se situaient presque à la limite de 12 semaines au moment de la première visite ont été interrompues soit par «salting out», soit par césarienne de Brindeau parce qu'elles avaient entretemps dépassé le moment où l'aspiration pouvait encore être faite.

Ceci apparaît clairement dans le tableau B.5 dont les chiffres n'ont pas besoin de commentaires, sauf à dire que les trois cas où la technique n'a pas été mentionnée étaient très probablement des «salting out».

4.40. Le dernier tableau enfin (B.6) résume les complications immédiates et tardives qui ont été rencontrées dans les aspirations et dans les salting out.

**B.5. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE — ELEMENTS CLINIQUES (3)
TECHNIQUE ET TERME A LA PREMIERE CONSULTATION**

Semaines	Aspiration		Salting-out		Brindeau		Autre		Non ment.		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
≤ 7	100	100.00									100
8-10	83	91.21	4	4.40	1	1.10	3	3.30			91
11-12	7	29.17	10	41.67	4	16.67	3	12.50			24
13-15	1	2.63	28	73.68	9	23.68					38
16-20			11	55.00	5	25.00	1	5.00	3	15.00	20
≥ 21			1	50.00	1	50.00					2
Non ment.	1	16.67	5	83.33							6
Total	192		59		20		7		3		281

**B.6. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE — ELEMENTS CLINIQUES (4)
COMPLICATIONS (*)**

	Aspiration 192		Salting out 59	
Immédiates				
Rétention (Curet.)	4	2.08	13	22.03
Perforation	1	0.52		
Lesion cervicale	1	0.52	1	1.70
		5.21		33.89
Secondaires				
Rétention (Curet.)	6	3.13	7	11.86
Pyrexie	5	2.61		
Paramérite	2	1.04		
Annexite	1	0.52		
Métrorrhagie	4	2.08		
Sub-involution	1	0.52		
Douleurs «sine materia»	1	0.52		
Psychologique	1	0.52		

(*) A noter { 20 Hystérotomies
 { 7 Curettages sans complications

Notons que 21 hystérotomies et 6 curetages après dilatation instrumentale du col n'ont donné lieu à aucune complication, probablement parce que les techniques étaient plus classiques et mieux connues.

Le problème majeur est la rétention des restes ovulaires ayant nécessité un curetage ou un curage digital soit immédiat, soit secondaire.

Il est clair que cette complication n'a pas la même incidence dans les deux techniques et qu'elle est bien plus fréquente lorsque la grossesse est plus âgée.

Si l'on tient compte que certaines complications sont associées⁽³⁾, le taux cumulatif de complications *dont aucune ne fut inquiétante* s'élève à 14% pour les aspirations et 36% pour les salting out.

Il n'y eut qu'un seul cas de décompensation psychologique.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1. L'étude des candidates à l'interruption de grossesse montre que les arguments généralement évoqués, à savoir la jeunesse, la promiscuité, la méconduite, la grossesse adultérine et le viol jouent un rôle pratiquement négligeable.
2. 95% des femmes vivaient une situation de couple.
55% habitaient avec leur seul partenaire.
3. 25% des femmes étaient sans profession et vivaient au foyer.
4. 25% des femmes avaient plus de deux enfants et 35% n'en avaient pas.
5. 50% des femmes avaient été enceintes trois fois ou plus.
6. La distribution statistique des indications de santé montre que dans 55% des cas au moins une menace complexe pesait sur la santé psychologique et sociale.
7. Nous retrouvons sur le plan clinique les complications minimales généralement rapportées lorsque les interruptions de grossesse sont pratiquées dans de bonnes conditions sanitaires et en sélectionnant correctement la méthode indiquée.

BIBLIOGRAPHIE

- P. O. HUBINONT, T. BRAT, J. POLDERMAN et R. RAMDOYAL, *Abortion in Western Europe*, in *Abortion in a Changing World*, R. E. HALL editor, Columbia University Press, New York and London, 1970, vol. 1, pp. 325-337.
- C. FASTENAËKENS, *L'Avortement*, mémoire de licence, juin 1973.

(³) Par exemple métrorragie, subinvolution et rétention, annexite et pyrexie.

Quelques aspects psychologiques et psychopathologiques de la grossesse et de la naissance non désirées

par J. Bobon, A. Devroye et M. Parent ()*

Aucun homme ne sait ce que signifie pour une femme une grossesse et une naissance non désirées. C'est pourquoi les gynécologues se retranchent derrière les psychiatres, seuls habilités à parler pour dire peu ou pour résoudre des questions insolubles. Au vrai, si l'homme peut vivre et rejeter la maternité, c'est uniquement dans le rêve ou le délire.

La femme, elle, est célibataire ou mariée, jeune ou en pré-ménopause ; elle est primigeste ou mère de famille nombreuse, intelligente ou débile, ignare ou cultivée, dévote ou athée, féminine ou féministe, parfois amazone aussi peu soucieuse de féminité que de beauté. Elle peut être isolée ou bien entourée, mère de famille ou femme d'action. Elle peut être déprimée, anxieuse, obsédée, phobique ou simplement psychopathe.

Face à ce tableau clinique polymorphe, le médecin doit tenter de répondre à une première question : pourquoi telle femme ne semble-t-elle pas désirer avoir un enfant ou ne veut-elle pas avoir tel enfant ? Ou mieux encore, pourquoi tel couple ne désire-t-il pas un enfant, cet enfant qui, soudain, est là ?

Si, comme l'écrit Hélène DEUTCH, «le refus de maternité hors du mariage est, dans le plus grand nombre de cas, le résultat d'une pression sociale et non de l'absence du désir de devenir mère», il n'en est pas de même au sein d'un couple marié. Mais ici encore, les facteurs en cause sont d'une telle variété !

L'apparition d'une grossesse, la naissance d'un enfant peuvent précipiter

(*) Professeur et Assistants, Chaire de Psychiatrie — Université de Liège.

la fin d'un couple mal assorti où, comme Anthime et Véronique, les héros gidiens des *Caves du Vatican*, Elle et Lui vivent l'un près de l'autre, l'un contre l'autre, mais ne se supportent qu'en se tournant le dos. D'autres fois, la grossesse perturbe des projets précis édifiés par le couple. Un jeune ménage peut désirer s'établir, se structurer, en restant seul avec lui-même pendant quelques temps, parfois si longtemps que l'aventure d'une naissance sort de ses perspectives. Telle famille ne souhaite pas s'agrandir parce que l'habitat ou les conditions économiques s'y prêtent mal ; telle autre souhaite limiter la charge et les risques qu'impliquent la recherche d'un statut social privilégié pour cet enfant. Telle épouse, sans être sufragette, souhaite vivre sa vie, son rôle, son statut de femme moderne, au sein de notre société actuelle, dans le cadre de ce qu'on appelle l'émancipation féminine. Telle femme est fatiguée, épuisée ou de santé précaire. Telle autre craint l'affreuse empreinte de l'hérédité : qu'un grand-père se soit perdu, qu'un lointain cousin du mari soit imbécile, qu'un père soit alcoolique, voilà de quoi freiner tout désir de procréation. La moindre maladie contractée avant la grossesse ou au début de celle-ci, la moindre médication absorbée peuvent engendrer la crainte de l'anormalité, — parfois à bon escient, comme on sait.

Telle autre jeune femme se sent impréparée à la maternité ; ou telle autre, qui a franchi la quarantaine et à laquelle un gynécologue renommé souhaiterait vraiment, si l'on peut dire, donner un enfant, est rongée d'ambivalence : elle se déprime en songeant que, si l'enfant naît, il aura une mère déjà vieillie et un père bientôt sénéscent.

Cependant, comme l'écrit encore Héléne DEUTSCH, «en matière de grossesse non désirée, on ne se trouve pas face à un réalisme complet, la rationalisation fût-elle la meilleure possible». Bien des motivations inconscientes ou préconscientes interviennent.

Chez l'homme, comme chez la femme, peut exister un refus, refus de s'identifier à ses propres parents. Chez d'aucuns une relation parentale déficiente, pénible, dramatique, engendre une volonté tenace de procréation («moi, si malheureuse, je saurai bien rendre mes propres enfants merveilleusement heureux»), mais la plupart se refusent à prendre risque («Je ne veux pas qu'un être, mis au monde par moi, puisse souffrir tout ce que j'ai souffert»). C'est la peur de la vie, fréquente, pour les timorées qui craignent d'être deux sinon trois, et qui sont toujours coupables : avant tout, ne pas nourrir en son sein ni mettre au monde un malheureux par identification. Les souffrances qu'il subira sont celles que la mère a subies et subira sa vie durant, dans le réel ou dans l'imaginaire.

En outre, certains sujets, incapables de franchir le stade adulte, veulent rester l'unique objet d'amour du partenaire. La femme dépendante, avide d'affection exclusive, veut recevoir beaucoup et donner peu, surtout pas donner la vie, inquiétante ou dangereuse ; l'homme, parfois, a besoin du maternage de sa compagne qu'il ne veut voir maternelle qu'envers lui-même. Pour ceux-là, si l'enfant paraît, l'amour disparaît ou risque de disparaître.

D'autres femmes refusent la maternité comme elles refusent la féminité. Elles considèrent le destin de la femme comme une servitude. Souvent frigides, elles refusent d'être *prises* et plus encore de voir se concrétiser, par une grossesse, cette possession par l'homme et, plus tard, par l'enfant.

D'autres encore ne peuvent supporter la déformation de l'image de soi. La grossesse, c'est la mainmise sur le corps, la dépossession de l'être physique. La représentation du corps déformé, du corps mutilé ou du corps souillé peut être vivace, surtout si le coït est généralement vécu, ou a été vécu comme une chose brutale et sordide, a été associé à ces images de viol et de saleté que la sexualité inconsciente brasse souvent au fond de l'être, — ce que Sartre appelle le *physiologique*, et qui donne la Nausée.

La grossesse, c'est encore l'expression durable du coït d'une femme raffinée avec un rustre, ou un ivrogne ; ou simplement une perte d'âme, d'autonomie, une mainmise de l'Autre sur l'être psychique aussi. La déformation du corps propre entraîne, non exceptionnellement, la crainte du rejet par le conjoint. Cette crainte de l'abandon peut conduire à refuser aussi l'enfantement, la femme souhaitant redevenir, ou être plus encore, amante et femme.

Parfois, le refus prend racine dans les appréhensions immémoriales et longtemps entretenues qui ont entouré la grossesse et la mise au monde. Il faut ici souligner l'importance de ce que l'on hésite à appeler l'hérédité : il existe des « lignées d'accouchées difficiles » chez qui on ne sait trop quelle est la part de l'acquis et de l'inné tant il est vrai que, trop souvent, des mères cherchent à exalter leur mérite en fabulant au sujet d'accouchements catastrophiques qu'elles ont subis ; de nos jours encore, l'évocation du sang giclant a de quoi réfrigérer des filles ardentes.

Les femmes ne sont pas seules victimes de pareille crainte : certains hommes anxieux, vite culpabilisés, vivant déjà les seuls rapports sexuels comme des marques d'agressivité envers l'Autre, veulent à tout prix éviter que, par leur faute, la partenaire ne devienne une parturiente torturée ; ces hommes, paradoxalement, entraînent le couple dans l'aventure toujours mutilante d'un avortement sauvage.

La peur, ou la phobie, ne se limite pas à l'accouchement mais s'étend parfois à l'existence elle-même : peur de la vie, peur de la mort, peur de perpétuer la vie, peur d'entraîner la mort ; peur aussi des échecs, sous toutes ses formes, ou même, plus simplement, peur des responsabilités.

Si la responsabilité de la procréation peut être prise au sein d'un vrai couple, la grossesse et la naissance symbolisant la perpétuation du couple et de son amour, cette responsabilité est bien malaisée à assumer lorsque le couple n'existe pas ou existe mal, qu'il soit illégal, ou qu'il n'existe pas vraiment sur le plan affectif. Un couple instable, conflictuel, déçu, déchiré, peut-il chercher à s'affirmer et à durer ? Une femme peut-elle vraiment se donner et donner un enfant à l'homme qu'elle méprise, qu'elle hait quelquefois ou qui, tout simplement, lui est indifférent ? De multiples statistiques, notamment suédoises, tendent à montrer la fréquence des conflits au sein des couples, légaux ou non, qui sollicitent un avortement ; ces conflits engendrent bon nombre de séparations, que l'avortement soit ou non réalisé.

Il est cependant toujours malaisé de déterminer, au sein d'un couple, la motivation ou les motivations réelles qui entraînent le refus de mettre un enfant au monde. Tel motif allégué ne répond pas toujours à la motivation profonde des intéressés.

S'il est malaisé de saisir les vrais motifs, il est plus malaisé encore d'évaluer le poids du refus. La quantification d'un affect est-elle d'ailleurs jamais possible, et importe-t-elle au regard de sa qualification ?

Si nous abandonnons le champ des motivations pour aborder celui du vécu de la grossesse intempestive, nous devons admettre qu'ici la culpabilité est dominante. Elle est larvée, ou au contraire ouvertement ressentie et exprimée. En général, après un avortement, les sentiments de culpabilité s'estompent au fil du temps ; en de rares cas cependant, la culpabilité resurgit à la quarantaine ou à l'involution et elle alimente, par exemple, les auto-accusations caractéristiques de certaines mélancolies. Parfois aussi, elle ne cède que si la femme est à nouveau enceinte et met au monde un enfant « expiatoire » (ANDERSON, 1966).

Nous croyons pouvoir dire que, dans toutes les formes d'avortement, la culpabilité existe. Certes, elle semble maximale dans les avortement clandestins. Nous devons sans doute y voir l'effet d'une sommation ou même d'une potentialisation ; à la culpabilité ressentie vis-à-vis de la société dont elle enfreint les principes et les lois. Rappelons à ce propos que la culpabilité est moins nette au Japon où la religion Shinto considère que la vie ne commence qu'à la naissance (PECK, 1968). En Europe, après

Prague en 1968, les médecins helvétiques ont été frappés par l'absence apparente de culpabilité des femmes tchèques ou slovaques réfugiées en Suisse et sollicitant tout naturellement d'être avortées.

La culpabilité existe aussi dans l'avortement thérapeutique où elle semble paradoxalement dominer dans les avortements par raison médicale ; elle existe aussi, bien que moins nette, en cas de fausse-couche spontanée (PECK et MARCUS, 1966 ; NISWANDER et PATTERSON, 1967).

Dans la genèse de cette culpabilité, doit intervenir la signification de la grossesse pour la femme : grossesse, période de reviviscence de conflits anciens, nous l'avons dit ; grossesse, concrétisation du plein épanouissement des fonctions féminines mais aussi, hélas, sanction du plaisir sexuel, parfois encore présenté et considéré comme avilissant.

La femme qui avorte va non seulement perdre l'estime d'elle-même mais perdre aussi ce fruit qu'elle porte en elle, qui est autre chose qu'elle tout en faisant partie d'elle-même ; en le rejetant, c'est une partie d'elle-même qu'elle rejette et qu'elle perd.

L'avortement constituant toujours «une perte d'objet», on comprend aussi que des réactions dépressives soient fréquentes dans le refus de la grossesse. Les avortements spontanés, eux-mêmes, entraînent souvent une réaction dépressive précoce et transitoire, semblable à la réaction de deuil. Les avortements thérapeutiques montrent souvent que, après une période de bien-être qui suit l'intervention, apparaissent des dépressions réactionnelles, dans la genèse desquelles l'avortement semble être un facteur favorisant parmi d'autres. L'avortement clandestin, quant à lui, peut s'accompagner de réactions dépressives traînantes au point que, face à une dépression au long cours survenant chez une femme jeune, il est classique pour nous d'envisager de tels antécédents.

Le risque suicidaire existe, surtout si la femme est seule ou abandonnée, si les conditions d'environnement social sont néfastes et, aussi, si elle a accepté plutôt que décidé de mettre un terme à sa grossesse (ANDERSON, 1966).

La grossesse non désirée et l'avortement qui en découle ne semblent pas, à eux seuls, créer une maladie, qu'il s'agisse d'une névrose ou d'une psychose. En d'autres termes, et sans affirmer, comme font beaucoup, que la femme apparaît, après, telle qu'elle était avant, il semble certain que l'avortement ne joue qu'un rôle déclenchant ou révélateur, rarement aggravant (KUMMER, 1963 ; SIMON *et al.*, 1967).

Sans doute certaines avortées, — comme certaines accouchées — peuvent présenter des symptômes psychotiques, développer des thèmes délirants d'allure notamment persécutive, des épisodes confusionnels, des

phénomènes phobiques mais, presque toujours, des études sérieuses montrent que la pathologie était antérieure à l'avortement ou qu'elle a surgi sur une personnalité fragile et déjà altérée. Ainsi donc, nous en arrivons à cette constatation paradoxale que c'est précisément dans les cas où une indication psychiatrique de l'avortement thérapeutique serait la plus justifiée que les risques de répercussion défavorable sont peut-être les plus grands (JANSSON, 1965). La situation de ces femmes est d'ailleurs dramatique car, comme nous allons voir, leur réaction peut être tout aussi désastreuse lorsque l'avortement qu'elles souhaitent ne peut avoir lieu ou leur est refusé.

Des auteurs suédois, notamment HOOK, ont en effet étudié le devenir de femmes auxquelles on avait refusé l'avortement. Sans que leurs résultats soient absolument superposables, ils montrent que des séquelles psychiatriques sont fréquentes, dans une proportion voisine ou même supérieure aux séquelles postabortives. Ils montrent aussi que nombre de femmes recourent alors à l'avortement illégal et que, parfois, elles se suicident, réalisant finalement de façon dramatique l'avortement qu'on leur refusait, en retournant envers elles-mêmes leur agressivité exacerbée par le refus. Ici encore, le risque d'avortement clandestin, comme le risque suicidaire, est aggravé par les conflits avec le partenaire ou par l'absence ou le départ de celui-ci.

L'homme confronté à ce problème, est moins impliqué ; il ne porte pas l'enfant et, moins directement, il en supporte les conséquences ; parfois même, peu lui importe. Il semble surtout réagir aux altérations des relations avec sa partenaire qui parfois surviennent, tant sur le plan affectif que sexuel.

L'attitude de la femme est souvent chargée d'ambivalence. Confrontée à une grossesse non désirée, elle accusera souvent son manque de liberté : comme le dit Hélène DEUTCH, «ne connaissant pas leurs chaînes intérieures inconscientes, elles rendent les circonstances extérieures responsables de leur manque de liberté». Souvent elles ne tourneront vers leur partenaire de manière agressive, rejetant sur lui la responsabilité ou souhaitant, tout au moins, partager la culpabilité. Bien des hommes paient alors leur indifférence apparente ou leur refus.

Avant d'en terminer, nous voudrions encore évoquer un aspect du problème qui nous paraît important. Nous avons dit les répercussions psychiques éventuelles de la grossesse et de la naissance non désirées, répercussions pour la femme, pour son partenaire et répercussions aussi pour l'entourage. Nous avons évoqué surtout les cas où un avortement a mis fin à ces grossesses. Pourtant, même lorsque la grossesse atteint son

terme, un certain nombre de troubles peuvent apparaître. Mais ici, un nouveau venu sera impliqué, l'enfant né de cette grossesse non désirée.

Le bon sens, comme la pratique professionnelle journalière, nous fait comprendre que l'enfant non désiré, et a fortiori l'enfant «mal-avorté», même s'il n'a été avorté que dans l'esprit de sa mère, est plus que tout autre exposé à vivre sa vie d'enfant dans des conditions déplorables : avec une mère qui fait peser sur lui sa rancœur, son agressivité ou, au contraire, le fruit de sa culpabilité, à savoir son anxiété ou son hyperprotection étouffantes. Mais, dans certains cas, cela change avec le temps et telle mère ou tel père qui refusait l'enfant comme gênant, finalement s'y attache et l'aime, à condition, bien sûr, qu'on n'ait pas affaire à des égoïsmes de béton.

Une étude comparative a été réalisée à ce propos par les suédois FORSSMAN et THUWE, en 1966, sur un groupe de 120 enfant nés après refus d'un avortement thérapeutique. L'étude comparative de ce groupe et d'un groupe témoin a permis de mettre en évidence des différences, souvent significatives, s'orientant toutes dans le même sens, défavorable pour les sujets étudiés ; on note, par exemple, chez ces enfants «non-avortés» deux fois plus souvent l'existence d'une enfance vécue dans un climat familial peu sécurisant (les données sur lesquelles les auteurs se basent sont, par exemple, les plaintes pour mauvais traitements subis par ces enfants, les prises en charge par un service de protection, les placements dans des homes ou chez des étrangers, l'existence du foyer parental dissocié, etc.). On note également près de deux fois plus de consultations ou d'hospitalisations en milieu psychiatrique, deux fois plus de comportements délinquants et deux fois plus d'enfants inéducables ou arriérés. On note aussi, chez les filles, une plus grande fréquence de maternités précoces.

Que conclure? Rien, sinon que la réalité humaine est diverse ; elle dissimule beaucoup plus qu'elle ne dévoile jamais. Méfions-nous de la vérité lorsqu'elle prend forme et se fige en idéologie. Notre fidélité c'est une fidélité au réel, à une réalité infiniment complexe et mouvante, à une réalité humaine, que les vérités, toujours partielles, ne cessent de trahir.

La douleur morale et l'angoisse de vivre ont des masques, et des visages changeants. Nous les connaissons bien peu et bien mal. Notre justification est dans notre ignorance et dans notre souci primordial : apaiser la souffrance.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON, E. W. Psychiatric indications for the termination of pregnancy. *J. Psychosom. Res.*, 1966, 10, 127-134.
- DEUTCH, H. *La psychologie des femmes*. II. Maternité, Paris, PUF, 1962, 418 pp.
- FORSSEMAN, H. and THUWE, I. One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. *Acta psychiat. Scand.*, 1966, 42, 71-88.
- HOOKE, K. Refused abortion. *Acta psychiat. Scand.*, 1963, suppl. 168.
- JANSSON, B. Mental disorders after abortion. *Acta psychiat. Scand.*, 1965, 41, 87-110.
- KUMMER, J. M. Postabortion psychiatric illness. A myth? *Amer. J. Psychiat.*, 1963, 119, 980-983.
- NISWANDER, K. R. and PATTERSON, R. J. Psychologic reaction to therapeutic abortion. Subjective patient response. *Obstet. Gynec.*, 1967, 29, 702-706.
- PECK, A. Therapeutic abortion : patients, doctors and society. *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 125, 797-803.
- PECK, A. and MARCUS, H. Psychiatric sequelae of therapeutic interruption of pregnancy. *J. nerv. ment. Dis.*, 1966, 143, 417-425.
- SIMON, N., ROTHMAN, D., GOFF, J. T., SENTURIA, A. Psychological factors related to spontaneous and therapeutic abortion. *Amer. J. obstet. gynec.*, 1969, 104, 799-806.
- SIMON, N., SENTURIA, A., ROTHMAN, D. Psychiatric illness following therapeutic abortion. *Amer. J. Psychiat.*, 1967, 124, 59-65.

Les techniques modernes de l'interruption de grossesse

par R. Lambotte (*)

Les avantages et les aléas des techniques d'interruption de la gestation doivent être connus du corps médical en dépit des opinions que chacun professe à l'égard du problème qui nous préoccupe présentement. L'analyse sereine et scientifique des méthodes actuellement disponibles sera notre propos. Dans un premier temps, nous envisagerons les techniques utilisables avant et après la 12^e semaine de gestation, car c'est en effet vers cette époque qu'apparaissent les difficultés techniques. Leurs avantages et inconvénients respectifs seront soulignés à la lumière de leur mode d'action et des statistiques disponibles. Enfin, dans un deuxième temps, nous nous livrerons brièvement, avec prudence à une vision médicale prospective de notre sujet.

En début de gestation, nous avons le choix entre le *curetage conventionnel* et les *techniques d'aspiration*.

Le *curetage* classique peut être pratiqué après dilatation préalable, soit lente à l'aide de tiges de laminaires, soit rapide aux bougies d'Hégar. L'intégrité du col utérin ne peut être conservée que par une dilatation lente effectuée avec douceur. Dans la mesure du possible, il est préférable d'éviter la dilatation extemporanée aux bougies d'Hégar en lui préférant la mise en place d'un faisceau de laminaires. Cette pratique pourtant largement répandue dans le monde, ne rencontre guère d'adeptes aux Etats-Unis vraisemblablement en raison du coût élevé de l'hospitalisation dans ce pays. Aussi voit-on s'y répandre une technique mise au point en

(*) Professeur Ordinaire — Université de Liège — Clinique Gynécologique et Obstétricale.

Chine vers les années cinquante et qui remplace progressivement non seulement le curetage évacuateur mais aussi le biopsique.

L'aspiration est une méthode d'évacuation de la cavité utérine à l'aide d'une canule reliée à une source de vide. Il existe des canules en acier inoxydable de calibres différents qui sont introduites dans l'utérus à travers le col préalablement dilaté ou non. Elles sont légèrement recourbées à leur bout distal pour épouser la paroi utérine et subir aisément une rotation. L'extrémité proximale est connectée par un tube transparent à une pompe aspirante. La pression d'aspiration est réglée par un manomètre, ne dépasse pas une valeur négative de 600 mm Hg ou 0,4 kg d'eau/cm². Ce procédé est d'autant plus facile et plus rapide que l'œuf est plus jeune, mais il est employé parfois jusqu'à la 20^e semaine. La méthode a par rapport à la précédente d'incontestables avantages. Elle nécessite tout au plus une prémédication (5 ou 10 mg de valium en I.V. ou I.M.) ou une anesthésie péricervicale. L'hospitalisation n'est pas nécessaire et les risques infectieux ou hémorragiques sont nettement diminués de même semble-t-il que la perforation et le risque ultérieur de synéchies. Dans des mains inexpérimentées, il est possible d'enregistrer un plus grand nombre de rétentions ovulaires partielles.

La perte de sang semble être en relation avec le type d'anesthésie. Par voie générale sous fluothane une hémorragie supérieure à 500 ml survient chez 9 % de patientes contre 4 % sous protoxyde alors qu'elle est quasi inexistante sous anesthésie locale (STEWART, 1972). Le volume aspiré comprenant des tissus, du sang et du liquide varie entre 50 et 300 ml avant la 12^e semaine et la durée de l'intervention se situe entre 0 et 15 minutes chez 76 % des patientes. La morbidité varie avec l'âge de la gestation mais elle ne dépasse pas avant la 12^e semaine 13 % dans l'ensemble des statistiques (STEWART G. K. et coll.). Notons en outre que par cette méthode la muqueuse endométriale n'est pas abrasée jusqu'au myomètre comme dans l'emploi d'une curette tranchante et que sa régénération débute dès le 4^e jour après l'intervention (ANDREEV, 1973).

Parmi les techniques préconisées après la 12^e semaine de la gestation, on utilise encore avec succès *l'association* du faisceau de *tiges de laminaires* placées dans le canal cervical et la perfusion d'ocytocine. L'expulsion nécessite parfois 72 à 96 heures et en cas d'échec on est amené à pratiquer une *hystérotomie abdominale*. C'est évidemment une intervention chirurgicale qui n'est pas sans inconvénients. Parmi toutes les méthodes, elle est la plus lourdement grevée de complications : 31 % de pertes sanguines supérieures à 500 ml et 13 % de fièvre d'une durée supérieure à

48 heures (STEWART, 1972). Elle restreint en outre les potentialités procréatrices de la patiente. Toutefois, elle peut être préférée aux autres techniques lorsqu'une ligature de trompes doit être faite. Aussi, se tourne-t-on vers des méthodes plus médicales comme les injections *intra-amniotiques* et extra-ovulaires de *solutions hypertoniques* et de *prostaglandines*.

Différents produits ont été injectés dans la cavité amniotique, citons pour mémoire la solution de formol à 40 % selon BOERO dans laquelle le fœtus meurt en quelques heures mais son expulsion peut demander de quelques jours à plusieurs semaines. Il en est de même d'une pâte composée de savon auquel sont incorporés de l'iode, de l'iodure de potassium, du thymol et des astringents mais qui semble toutefois avoir un regain de faveur dans les pays anglosaxons. Les solutions hypertoniques de glucose (50 %) et de chlorure sodique surtout (20 %) sont les plus utilisées actuellement. Quelle que soit la solution injectée, la méthode a l'avantage d'être utilisable pour les grossesses avancées jusqu'à 20 semaines et de n'entraîner aucun traumatisme cervical.

Cette technique a été préconisée dès 1934 par ABUREL, qui injectait une solution saline hypertonique de 33 %. Elle a connu une très grande vogue au Japon après la seconde guerre mondiale pour y être abandonnée à la suite d'une morbidité non négligeable (47,6 %) et d'une certaine mortalité maternelle (0,19 %). L'analyse des statistiques de WAGATSUMA (1965) fait apparaître des erreurs de technique (solution hypertonique à 35 %) et une mauvaise sélection des patientes associées à des conditions d'hospitalisation déplorables. A nouveau utilisée dans les pays scandinaves vers les années 1960, elle connaît pour l'instant une certaine faveur aux Etats-Unis où dans le seul état de New-York SCHIFFER et coll. (1973) viennent d'en rapporter 50.000 cas environ. Une telle expérience a permis de codifier les modalités techniques. Elle est préconisée pour les grossesses dont l'âge minimum se situe à la 14^e semaine et ne dépassant pas la 20^e semaine (BALLARD, 1972). La ponction intra-amniotique est réalisée à l'aide d'une aiguille à ponction lombaire de calibre 18 chez une patiente préalablement sondée et après désinfection cutanée. Il est recommandé de n'administrer aucune prémédication susceptible de masquer les symptômes d'une injection intravasculaire accidentelle. Cette ponction est généralement bien supportée et nécessite rarement une anesthésie locale. Un cathéter en plastic est introduit dans l'aiguille et relié à une seringue, l'aiguille étant retirée de la cavité amniotique. Afin de vérifier l'origine amniotique du liquide retiré, on recherche à l'aide d'un papier indicateur le pH alcalin

et la présence de protéines et de glucose. La quantité de liquide retiré varie selon les auteurs de 50 à 450 ml et la solution hypertonique injectée oscille entre 150 et 200 ml. L'injection doit être lente et durer en moyenne 10 minutes ; elle s'effectue par fractions de 50 ml. Elle doit être interrompue immédiatement si la patiente se plaint d'une brûlure locale, de crampes, de douleurs abdominales, d'une sensation de soif et de bouffées de chaleur. Il convient alors de perfuser en IV rapidement une solution de dextrose. L'opération peut être suivie d'une perfusion d'ocytocique qui raccourcit le temps de latence d'une moyenne de 35 heures sans ocytocique à 23 heures lors de leur administration. Toutefois, les auteurs divergent quant au choix du moment et de la dose à perfuser. C'est ainsi que STEWART et coll. (1971) commencent 12 heures après l'injection alors que BALLARD (1972) n'installe la perfusion qu'après 48 heures, à la dose de 30 U/litre d'une solution de 5% de dextrose à raison de 30 gouttes/minute, durant 24 heures. En cas d'échec, il pratique une nouvelle injection de solution hypertonique. Par contre, KERENYI à New-York (1973) qui a réalisé 5000 instillations perfuse déjà l'ocytocine 4 heures après l'opération et la prolonge 1 heure après la délivrance. La dose a varié au cours de son expérience ; au début, il administrait 100 à 300 m U.I./minute avec une durée moyenne d'expulsion de 22 h 30, mais cette dose a provoqué 2 ruptures utérines et actuellement il l'a réduite à 50 m U.I./minute, ce qui n'a guère modifié la durée de l'opération puisqu'elle se situe en moyenne à 25 heures. Les contre indications habituelles des ocytociques doivent être respectées, notamment les interventions antérieures sur l'utérus. Toutes les patientes ne peuvent bénéficier de cette technique et il convient d'exclure celles qui sont atteintes de maladies hypertensives, cardiorénales et d'anémie sévère, en particulier de l'anémie à sickle cell. La durée prolongée de la perfusion pouvant provoquer une surcharge hydrique avec convulsions.

Faut-il pratiquer une révision utérine après l'expulsion ? Ce point est également discuté, mais nous devons constater que BALLARD (1972) a réduit le pourcentage des complications infectieuses en réalisant systématiquement un curetage.

Le mécanisme qui permet l'expulsion ovulaire selon cette technique n'est pas encore totalement élucidé. Certaines de ses modalités permettent d'entrevoir une explication aux complications que l'on rencontre habituellement avec cette méthode.

L'injection d'une solution salée hypertonique dans la cavité amniotique détermine un appel d'eau et une fuite de sodium vers la circulation mater-

nelle. Après 12 heures, le sodium atteint 25 % de sa concentration initiale et au moment de l'interruption 60 à 70 % du sodium est éliminé. Par contre, on n'observe guère de modification de la concentration du sodium sérique bien qu'il y ait une augmentation de l'osmolarité de 10 à 15 milliosmoles par kg. Ceci explique la sensation de soif présentée par plusieurs patientes. La masse sanguine maternelle peut varier, elle chute en général parfois de 700 ml en 2 heures avec une augmentation parallèle de la quantité de liquide amniotique. PULKKINEN et coll. (1971) ont effectué une étude radiologique de ce phénomène et ont montré une augmentation de 30 % du volume amniotique dans les six heures de l'injection. Cette variation de volume explique l'évolution de l'activité myométriale ainsi que le rapport volume/progestérone (V/P). La contractilité utérine augmente sans que la patiente le perçoive, 60 à 90 minutes après l'injection. Elle ne devient douloureuse que 2 à 3 heures avant l'expulsion. Il est intéressant de noter que l'effacement et la dilatation cervicale n'ont pas de caractère progressif mais sont au contraire explosifs. Aucun changement n'est observé une ou deux heures avant l'expulsion. La solution hypertonique exerce probablement ses effets par blocage chimique des fonctions foetales et placentaires. La mort foetale précède l'arrêt de l'activité placentaire qui maintient ainsi pendant un certain temps l'inhibition au niveau myométrial. Le dosage de l'H.C.S., hormone essentiellement placentaire dont la demi-vie est de 20 minutes, démontre que sa chute ne débute qu'au moment où commence le travail.

L'étude radiologique des placentas effectuée par HUSTIN et coll. (1972) visualise les vaisseaux placentaires jusqu'à la dichotomisation capillaire. A ce niveau, le produit de contraste se répand dans la chambre intervillieuse de façon diffuse ou focalisée au point d'obscurcir complètement l'image de l'arbre vasculaire cotylédonnaire. Cette extravasation est la conséquence de ruptures vasculaires au niveau des troncs villositaires de second et de troisième ordre. Les lésions vasculaires et trophoblastiques sont assez diffuses permettant d'importantes extravasations sanguines dans la chambre intervillieuse soit vers la circulation maternelle. De telles observations expliquent celles de BILLER et coll. (1972) selon lesquelles ils enregistrent dans tous les cas une perturbation des facteurs de la coagulation pouvant aller dans de rares cas, une fois sur 1500 (BROWN, 1971) jusqu'au tableau clinique de l'hémorragie avec hypofibrinogénémie. Bien que de telles fluctuations soient enregistrées au cours de l'accouchement normal, le processus est plus accentué après l'injection saline. L'ensemble des complications observées après infusion amniotique est actuellement faible

comparé à la statistique japonaise de WAGATSUMA mais elles sont néanmoins plus importantes que par les techniques d'aspiration. Durant le 1^{er} juillet 1970 jusqu'au 30 juin 1972, 401.584 avortements ont été pratiqués dans l'état de New-York. 49.474 l'ont été par instillation amniotique : 10 décès maternels ont été enregistrés (SCHIFFER et coll., 1973). Depuis lors, ces chiffres ont été améliorés par la stricte sélection des patientes et le respect des modalités techniques parmi lesquelles nous relevons l'abandon du glucose hypertonique en raison de sa longue période de latence, du grand nombre de seconde injection nécessaire et le taux élevé d'infection notamment à clostridium. Enfin, la patiente ne doit jamais être préanesthésiée et a fortiori anesthésiée durant l'opération. La quantité de solution saline injectée ne doit pas dépasser 200 ml et l'injection doit s'effectuer lentement en 10 minutes.

Le déclenchement médicamenteux par administration de *prostaglandines* semble représenter la méthode d'avenir. Ce produit découvert en 1930 dans le liquide séminal est doué de nombreuses propriétés, en particulier ocytotiques. Il existe plusieurs variétés de prostaglandines dont 14 sont naturelles, les synthétiques sont largement étudiées dans le monde. Ce sont surtout les variétés F2 α et E2 α qui nous intéressent pour notre sujet. Leurs voies d'administration peuvent être différentes.

Par voie intraveineuse, les PG sont rapidement inactivées et par conséquent, seule une posologie relativement élevée est efficace entraînant des effets secondaires dont l'importance réduit l'intérêt de la thérapeutique. Il s'agit surtout de nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales ...

L'administration intra-vaginale bien que particulièrement séduisante en raison de sa simplicité, présente, comme la voie intra-veineuse, l'inconvénient majeur de provoquer de trop fréquents effets secondaires gastro-intestinaux. Ces écueils ont conduit à la recherche d'une méthode qui assurerait un maximum d'efficacité pour un minimum d'effets secondaires : l'intérêt de l'administration locale extra ou intra ovulaire est actuellement démontré.

La voie extra-amniotique connaît un grand succès en Angleterre et en Suède. Le produit est délivré directement où il doit agir, la posologie est de ce fait assez faible. Les effets secondaires sont très rares, toutefois la présence d'un cathéter pendant toute la durée de l'intervention pour permettre la répétition de l'injection augmente le danger d'infection. En outre, le produit d'expulsion est souvent incomplet, nécessitant un curetage ultérieur.

L'administration intra-amniotique permet d'obtenir en une seule injection une stimulation prolongée de l'activité utérine. L'effet est purement local puisque l'injection de 25 mg de PGF 2α ou de 5 mg de PGE 2α n'entraîne l'apparition d'aucune quantité dosable de PG dans le sang maternel au cours des 10 heures qui suivent l'injection. Cette hypothèse est renforcée par la chute rapide et brutale de la progestérone et de l'oestriol plasmatique. La plus grande statistique selon cette méthode appartient à SPEROFF de Yale (1973) qui a administré la PGF 2α à 500 femmes sans échec ni complication. Dans 88% des cas, l'expulsion fut complète d'emblée. L'intervalle entre l'injection et l'avortement est de 22 heures en moyenne. Cette méthode semble devoir remplacer prochainement l'injection saline, car même en cas d'injection IV accidentelle, le produit est rapidement métabolisé en une demi-heure et les troubles secondaires disparaissent. Par ailleurs, l'injection myométriale ne provoque aucune nécrose locale. Dans notre pratique, l'injection intra-amniotique de 5 mg de PGE 2α a permis d'obtenir l'expulsion ovulaire complète dans 10 cas dans un laps de temps variant entre 4 et 12 heures.

Cette technique ouvre des perspectives dans le domaine qui nous préoccupe et nous amène à envisager la possibilité d'un *avortement hormonal*. Son principe est basé sur l'action des substances antiprogestatives s'opposant aux propriétés de la progestérone. L'injection d'un sérum antihormone lutéinique à un animal gravide provoque un avortement dans certaines conditions d'expérience. Ces substances antiprogestatives ont encore une toxicité telle que toute utilisation chez la femme est impossible.

Toujours dans le domaine de la recherche, on étudie les possibilités de réaliser un avortement par une action immunologique. Bien que ces recherches ne soient pas nouvelles, il apparaît que l'injection d'anticorps antiplacentaires à la femelle gravide, entraîne des réactions toxiques souvent mortelles, non seulement pour le fœtus mais pour la femelle elle-même. L'objet de tous ces travaux est de purifier l'immun-sérum de manière à le débarrasser de ses effets toxiques tout en conservant l'action léthale pour le fœtus.

L'analyse des risques et des complications des méthodes abortives actuelles permet de choisir en fonction des différents paramètres cliniques la mieux adaptée à chaque cas. D'une manière générale, pour une grossesse de moins de 14 semaines, la voie basse reste la plus utilisée : curetage ou mieux aspiration. Si la grossesse est plus avancée, la voie haute soit sous forme d'injection saline hypertonique ou d'hystérotomie sont applicables. La dernière étant préférée dans les cas où une ligature tubaire est indiquée.

Dans un avenir proche, ce schéma devra être revu. D'une part, les PG se révéleront peut-être comme le moyen idéal d'interrompre une grossesse, quel que soit son âge, d'autre part, il est toujours possible d'espérer qu'une pharmacologie évolutive en progrès constant remplacera sans doute demain, l'intervention du médecin. L'auto-avortement pharmacologique fera alors que toutes nos considérations en ce domaine n'auront plus qu'un intérêt historique et scholastique.

BIBLIOGRAPHIE

1. NEUBARDT S., SCHULMAN H. *Techniques of Abortion*, Ed. Little Brown and C., 1972.
2. STEWART G. K., GOLDSTEIN Ph. *Obst. and Gynecol.*, 40, 539, 1972.
3. ANDREEW D. *Contemporary Methods for Artificial Termination of Pregnancy* XPNCTO T. AHOB MMOB DNB 1973.
4. ABUREL E. *Comunicare la Societatea Stiintelor medicale (IASI)* 1934.
5. WAGATSUMA T. *Amer. J. of Obst. and Gyn.*, 93, 743, 1965.
6. SCHIFFER M. A., PAKTER F. J., FACOG J. C. *Obst. and Gyn.*, 42, 759, 1973.
7. BALLARD C. A., BALLARD F. E. *Amer. J. of Obst. and Gyn.*, 114, 575, 1972.
8. KERENYI T. D., MANDELMAN N., SHERMAN D. H. *Amer. J. of Obst. and Gyn.*, 116, 593, 1973.
9. PULKKINEN M. O., KIVIKOSKI A. *Acta Obst. Gynec. Scand.*, 50, 149, 1971.
10. HUSTIN J., GASPARD U., BALLERIAUX J. P., LAMBOTTE R. *Revue suisse Gyn. et Obst.*, 3, 103, 1972.
11. BELLER F. K., ROSENBERG M., KOLKER M., DOUBLAS G. W. *Amer. J. of Obst. and Gyn.*, 112, 534, 1972.
12. HORTON E. W., *Prostaglandins*, Ed. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New-York 1972.
13. CRAFT I. L., FERGUSSON I. L. C., SMITH B., YOUSSEFNEJADIAN E. *J. of Obst. and Gyn. of British Cwlth*, 80, 1095, 1973.
14. SPERROFF, L. *OB and GYN. Observer*, 12, n° 6, p. 2, 1973.

ANNEXES

Outre les différentes communications, trois médecins ont fait état de leurs statistiques personnelles. Nous les reprenons ci-dessous.

Docteur Jo BOUTE, Maternité de la Clinique Louis Caty, Baudour.

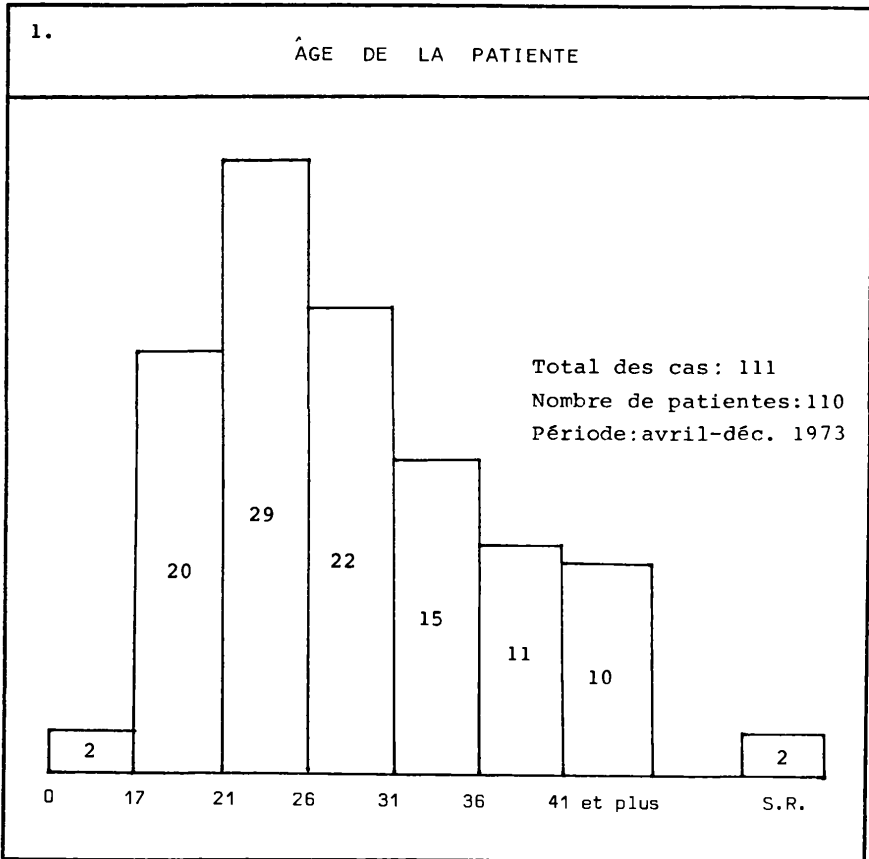
Je voudrais vous présenter les statistiques d'interruptions de grossesse dans le service dans lequel je travaille. Nous avons commencé ce travail scientifique, en parfait accord avec l'Université Libre de Bruxelles dont je suis maître de stage, le 1^{er} avril et la statistique qui vous sera présentée porte sur la période du 1/4/73 au 31/12. Il y a des distinctions assez importantes, et c'est je crois l'intérêt de la communication que je vous fait, entre ce qui s'est passé à la Maternité de Baudour, où je travaille, et à l'Hôpital Saint-Pierre. La première distinction, c'est que dans mon service, bien qu'il y ait d'autres gynécologues, je suis le seul à avoir pratiqué ce type d'interventions et de ce fait je me suis trouvé isolé et, n'étant pas dans un hôpital universitaire où il y a du personnel nettement plus abondant que chez nous, j'ai été pendant sept mois obligé de jouer tout seul structure d'accueil, c'est-à-dire de faire à la fois le travail du gynécologue, de l'assistante sociale, de la conseillère conjugale et éventuellement du consultant psychologue, bien que je dispose du consultant psychiatre, d'un consultant psychologue si c'est nécessaire. Une autre différence a été le fait que j'ai considéré — pour moi c'est l'intérêt de cette expérience — que la décision d'interruption de grossesse revient à la femme et à elle seule.

Pour vous situer mieux le travail que je vous présente, je vous dirai que le schéma de rapport est exactement le même que celui qui a été utilisé à l'Hôpital Saint-Pierre, avec certaines nuances : les indications d'interruptions de grossesse sont présentées d'une manière explicite et non pas regroupées après interprétation en psychologiques, sociales, économiques, somatiques ou eugéniques.

Notre service est situé dans un hôpital général comportant une maternité où il y a 500 accouchements par an et un service de gynécologie.

Enfin, un détail, mais je pense que pour certains cela peut avoir une importance ; jusqu'à présent on vous a toujours parlé de l'âge de la grossesse en âge depuis les dernières règles, présumant la grossesse débutée deux semaines après les dernières règles, alors que pour ma part je vous présenterai toutes les données sur la grossesse en âge présumé par moi après l'évacuation avec les différentes techniques qu'on utilise pour évaluer l'âge d'une grossesse.

Fréquence absolue par groupe d'âge



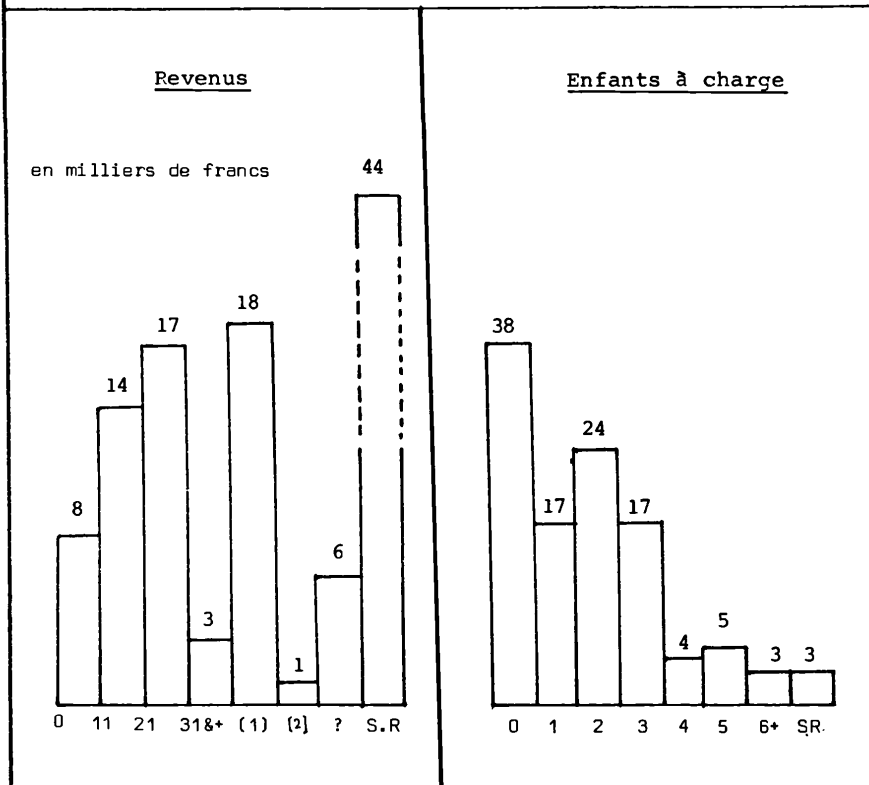
2.		LA PATIENTE	
<i>Etat civil :</i>	Célibataire	:	35
	Séparée de fait	:	3
	Séparée de droit	:	0
	Veuve	:	2
	Divorcée	:	2
	Mariée	:	68
	S.R.	:	1
			111
<i>Couple dans 94 cas</i>			
Type de couple	copains	:	4
	qui se cherche	:	5
	stable	:	66
	instable	:	17
	S.R.	:	2
<i>Pas de couple dans 17 cas</i>			
<i>Sans renseignements : 0</i>			

2bis		ÂGE DES PATIENTES	
<i>68 mariées</i>		<i>35 célibataires</i>	
0	0-17	2	
5	17-21	15	
13	21-26	12	
16	26-31	5	
14	31-36	0	
9	36-41	0	
10	41 et plus	0	
1	S.R.	1	
68		35	
30,4 ans	MOYENNE PONDÉRÉE D'ÂGE	21 ans	

3.		LA PATIENTE	
<i>Niveau d'études</i>		83 sans rens. sur 111 cas. Pas de valeur.	
<i>Profession</i>			
Moy. 34	[Enseignants (Prim. Moy.)	6
		Agriculteurs	0
		Ouvriers sup.	1
		Employés inf.	17
		Com. et indép. inf.	10
Sup. 12	[Etudiants	11
		Enseignants sup.	0
		Employés sup.	1
		Com. et indép. sup.	0
Inf. 55	[Dépendants soc.	3
		Ménagères	32
		Ouvriers inf.	20
		Petits agriculteurs	0
10		Sans renseignements	10
			111

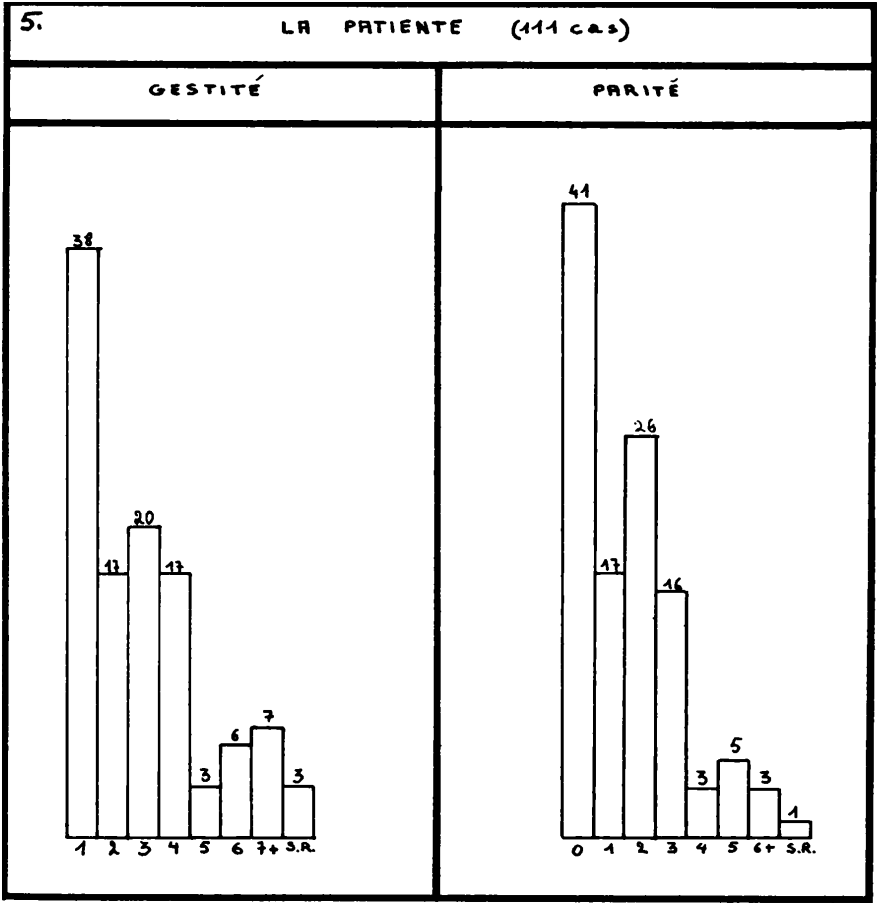
4.

LA PATIENTE OU LE COUPLE



(1) à charge parents.

(2) variables.



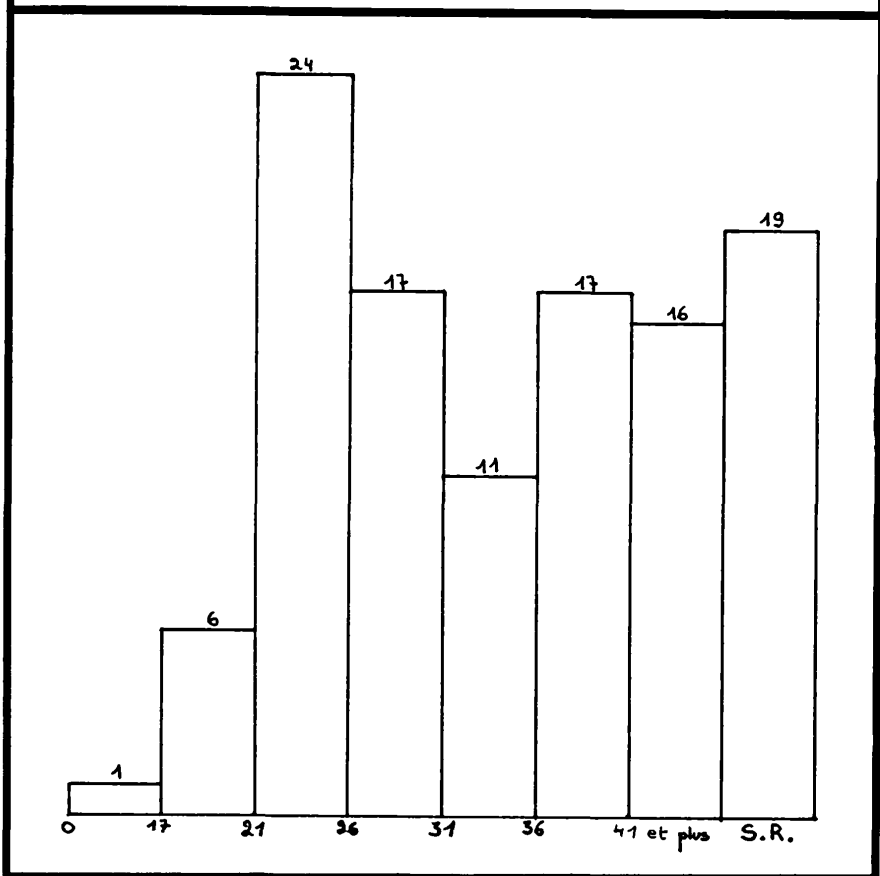
5bis NOMBRE D'ENFANTS PAR FEMME MARIÉE

0 enfants	5
1 »	12
2 »	21
3 »	17
4 »	4
5 »	5
6 » et plus	1
S.R.	2
	—
	68
MOYENNE PONDÉRÉE 2,36 enfants	

6.

LE PARTENAIRE OU LE GÉNITEUR

AGE



7. LE PARTENAIRE OU LE GÉNITEUR																
<i>Niveau études</i> : 94 sans renseignements sur 111 cas. PAS DE VALEUR.																
<i>Profession</i>																
Inf. 40	<table border="0"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Dépendants société</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ouvriers inf.</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Petits agriculteurs</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>	{	Dépendants société	6		Ouvriers inf.	32		Petits agriculteurs	2						
{	Dépendants société	6														
	Ouvriers inf.	32														
	Petits agriculteurs	2														
Moy. 42	<table border="0"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Moyens agriculteurs</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ouvriers sup.</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Employés inf.</td> <td style="text-align: right;">25</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Com. et indép. inf.</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enseignants (prim. et moy.)</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>	{	Moyens agriculteurs	0		Ouvriers sup.	11		Employés inf.	25		Com. et indép. inf.	4		Enseignants (prim. et moy.)	2
{	Moyens agriculteurs	0														
	Ouvriers sup.	11														
	Employés inf.	25														
	Com. et indép. inf.	4														
	Enseignants (prim. et moy.)	2														
Sup. 14	<table border="0"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Etudiants</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enseignants sup.</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Employés sup.</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Commerçants et indép. sup.</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> </table>	{	Etudiants	11		Enseignants sup.	2		Employés sup.	1		Commerçants et indép. sup.	0			
{	Etudiants	11														
	Enseignants sup.	2														
	Employés sup.	1														
	Commerçants et indép. sup.	0														
15	Sans renseignements	15														
		111														

8. LE PARTENAIRE OU LE GÉNITEUR		
<i>Etat Civil</i>	Célibataire	28
	Séparé de fait	1
	Veuf	1
	Divorcé	0
	Marié	72
	S.R.	6
		<hr/>
	108	
Inconnu de la femme	3	
	<hr/>	
	111	
Géniteur	= Partenaire du couple	92
	= Pas partenaire	19
	connu 16	
	inconnu 2 (viols)	
	indét. 1 (mari ou amant)	
	S.R.	0
	<hr/>	
	111	
6 Partenaires (du couple ou non) ont enfants en dehors du couple :		
3 × 1 enfant 1 × 2 enfants 1 × 3 enfants		

9. DEMANDE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

La patiente est envoyée par :

Elle-même	62		
Médecin	46	sans mot	26
		avec mot	20
S.R.	3		
	<hr/>		
	111		

La patiente s'est présentée :

Seule			31
Avec le partenaire du couple			45
Avec le géniteur (ext. Couple)			4
Autres personnes			
Parents	3	}	
Mère	6		9
Tante	1		
S.R.			22
			<hr/>
			111

10. INDICATIONS DES I.G. (Total > Nombre cas)		
Eugéniques	4	} 14
Somatiques	7	
Psychiatriques (1 débile mentale)	3	
Parents âgés	18	} 45
Grossesses rapprochées	7	
Nombreux enfants	20	
Refus enfant	23	} 26
Veut élever elle-même son enfant	3	
Couple qui se cherche	2	} 20
Immaturité dans le couple	7	
Mésentente du couple	9	
Séparation du couple	2	
Viol	2	} 19
Femme seule et/ou mère célibataire	17	
Nécessité travail femme et promotion	37 (étudiantes)	} 59
Situation économique	20	
Logement	2	
Autres	14	

10bis INDICATIONS DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE	
<i>Indications «autres»</i>	
Mari alcoolique	2
Santé du mari	3
Parents infirmes à charge	1
Sévérité des parents	1
Grossesse antérieure très pénible	1
Grossesse adultérine certaine ou possible	2
Crainte enfant anormal	1
Enfant gravement handicapé	1
Famille refuse remariage	1
Craintes pour équilibre familial	1
	—
	14
Pour 101 Interruptions de grossesse : 197 indications absolues ou relatives.	

11. INDICATIONS D'INTERRUPTION DE GROSSESSE	
<i>Facteurs eugéniques (4 cas)</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rubéole maternelle à 8 semaines 2. Mari sous traitement cytotoxique (IMUREX) pour cirrhose hépatique post hépatite 3. Mongolisme familial (3 atteints) + 1 enfant à chromosome acrocentrique G. Femme 37 ans, homme 42 4. 3 garçons dont 2 décédés malformation cardiaque. 	
<i>Facteurs somatiques (7 cas)</i>	
<p>2 cas maladie urinaire grave 1 cas néphrectomie pour Tuberculose 1 Epi. Baso. préauriculaire en récidence locale. Affection cardiaque : troubles rythme post. op. C.I.V. Paralysie faciale séquelle de grossesse précédente Lobectomie gauche pour tuberculose pulmonaire</p>	

11 bis INDICATIONS DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE		
En nombres absolus	68 femmes mariées	68 femmes célib.
Parents âgés	16	0
Nombreux enfants	19	0
Grossesses rapprochées	7	0
Refus enfant(s)	19	3
Femme seule	0	13
Travail ♀ et promotion	21	16
Problèmes économiques	13	5

12. AGE PRÉSUMÉ DE LA GROSSESSE AU MOMENT DE LA DÉCISION	
Age présumé dans	108 cas
Age imprécis dans	1 cas
Sans renseignement dans	1 cas
Grossesse non prouvée (viol) dans	1 cas
	111 cas

<i>Nombre de cas</i>	<i>Semaines depuis la date probable de conception</i>
16	moins de 5 semaines
4	5-6 semaines
62	6-8 semaines
11	9-10 semaines
6	11-13 semaines
1	13-14 semaines
7	14-18 semaines
1	19-22 semaines
108	

13. DÉLAIS DEMANDE — DÉCISION	
Le même jour	55
1 à 7 jours	30
7 à 14 jours	12
Plus de 14 jours	4 (tous terminés par aspiration)
S.R.	10
	111

DISCORDANCES ENTRE TERME À LA DÉCISION ET À L'I.G.		
Âge grossesse trouvé à l'intervention égale âge prévu à la décision		
21	+ 4 semaines 5 cas	14
	+ 3 semaines 2 cas	
	+ 2 semaines 7 cas	
	— 2 semaines 4 cas	7
	— 3 semaines 2 cas	
— 4 semaines 1 cas		

14.

TECHNIQUE ASPIRATION

Ambulants

- Préparation : Atropine — Valium
- Anesthésie : Paracervicale 9¹² 3
20 cc Xyloc. 2% sans adr. + 2 U. Pitone
- Dilatation éventuelle Tiges Hégar.
- Sondes : tuyau nylon bricolées (6-8-10 mm)
- Curettes 5 et 10 mm — Pince à faux germes
- Traitement post. néant.

Hospitalisés (Grossesses supér. à 12 semaines — facteurs psychologiques — Madlener)

- Préparation : Dolosal — Atropine
- Anesthésie : Paracervicale ou Générale (si Madlener)
- Dilatation : Tiges Hégar ou Laminaire.
- Sondes : idem — Pince à faux germes.

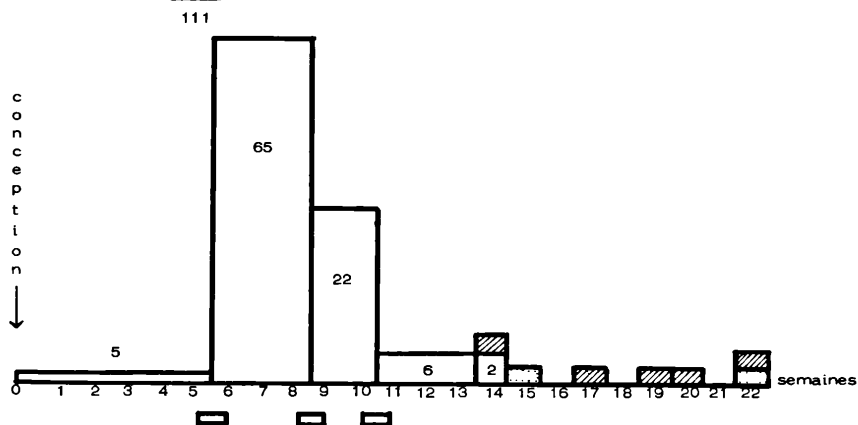
15. TECHNIQUE UTILISEE EN FONCTION DE L'AGE DE LA GROSSESSE

TECHNIQUE

Aspiration		104
Salting-out		5
Brindeau		2

AGE

L'âge de la grossesse depuis la conception est évalué après l'interruption de grossesse. Dans 1 cas il n'y a pas de renseignement concernant l'âge.



16. TECHNIQUES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE		
<i>Anesthésie</i>		
Générale	5	[3 Aspirations 2 Brindeau
Paracervicale	100	
Locale par amniocentèse	5	(Salting-out)
Sans renseignements	1	
	<hr/>	
	111	
<i>Hospitalisation</i>		
0 jour	96	Aspiration ambulatoire
1 jour	4	Aspiration
2 jours	0	
3 jours	1	Aspiration
4 à 8 jours	7	[5 Salting-out, 2 Aspirations-Madlener
Plus de 8 jours	2	
S.R.	1	Aspiration probablement + Madlener.
	<hr/>	
	111	

17. COMPLICATIONS DES INTERRUPTIOS	
<i>104 Aspirations</i>	
1 Complication immédiate :	1 Perforation.
4 Complications tardives :	1 Coalescence O.I. col. 1 Réaction anex. douteuse. 1 Endométrite sur rét. Poche. (R.V.F.) 1 Réveil Pyélite + K.O.
<i>5 Salting-out</i>	
Néant	
<i>2 Brindeau</i>	
1 Abscès pariétal — Endométrite.	
Il y a eu FOLLOW-UP 74 fois.	
Regrets exprimés 11	
Mauvais souvenir I.G. 7	

18. INCIDENTS À L'OCCASION DE L'I.G.	
<i>104 Aspirations</i>	
<i>Immédiats :</i>	3 Lipothymies vagues 1 déchirure col (1 point) 1 Atonie (Grossesse 14 semaines, aspiration 300 g)
<i>Tardifs :</i>	2 Etats dépressifs

REACTIONS À L'OCCASION DE L'I.G.			
DOULEUR — ASPIRATIONS		ÉMOTIONS NÉGATIVES POUR TOUTES I.G.	
Pas ou faibles	63	Pleurs — Regrets — Culpabilité	
Moyennes	11	Peur manifeste etc.	
Fortes	4	Oui	14
Sans renseign.	26	Non	58
		S.R.	39
	104		111

19.		MÉTHODES ANTICONCEPTIONNELLES	
<i>Utilisés avant</i>		<i>Prescrits après</i>	
72	<i>Peu efficace</i>		0
	37 Coït interrompu (C.I.)		
	10 Ogino		
	22 Ogino + C.I.		
	1 Ogino + C.I. + Spermicides		
	1 Douche		
	1 Douche + C.I.		
11	<i>Mixte efficace — peu efficace</i>		0
	7 Ogino + Condom		
	1 C.I. + Condom		
	1 Pilule + Ogino + C.I.		
	1 Pilule + Condom + C.I.		
	1 I.U.D. + C.I.		
13	<i>Efficace</i>		95
	3 Condom	0	
	0 Diaphragme	0	
	2 I.U.D.	9	
	8 Hormonale orale	74	
	0 Hormonale I.M.	6	
	0 Stérilisation	5	
	Abstinence	1	
10	Néant		7
0	Refus		2
5	S.R.		7
<hr/>			<hr/>
111			111

20. MOYENS ANTICONCEPTIONNELS UTILISÉS AVANT L'INTERRUPTION DE GROSSESSE SELON L'ÂGE DE LA FEMME			
111 cas	S.R. âge : 2		Restent 109
73 ♀ < 31 ans	M.A.C.	36 ♀ > 31 ans	S.R. Âge
60 {	8 Néant	1	31
	43 Peu efficaces	28	
	9 Mixtes	2	
	6 Hormonaux	2	
	2 Mécaniques	1	
	2 I.U.D.	0	
	0 Stérilisations	0	
	3 Sans renseig	2	
	—	—	—
73		36	2
EN NOMBRE ABSOLU			

Docteur Willy PEERS, Maternité Provinciale de Namur.

Cette étude porte sur 200 cas s'étendant entre avril 73 et octobre 73.

Age de la femme

< 20 ans : 26
 20-30 ans : 105
 > 30 ans : 69
 non précisé : 1

Contexte familial de la grossesse

Célibataire & femme seule : 64
 Mariée : 127
 Mariée «de facto» : 8
 Adultérin : 11

Accompagnement

Seule : 74
 Avec géniteur : 102
 Parents : 14
 Non précisé : 10

Gestité

1	: 62
2	: 28
3	: 38
> 3	: 72

Parité

0	: 64
1	: 32
2	: 44
3	: 24
> 3	: 36

Ressources

à charge des parents	: 22
≤ 10.000	: 24
11.000-15.000	: 26
16.000-20.000	: 22
21.000-30.000	: 26
31.000-50.000	: 11
inconnu	: 69

Profession de la femme

Employée	: 57
Ouvrière qualifiée	: 6
Ouvrière	: 16
Enseignante	: 11
Etudiante	: 21
Sans/Ménagère	: 76
Indépendante	: 6
Non précisée	: 7

Acceptation : 198

	1 étranger
2 refus	
	1 sans trace

Raisons invoquées

Sociale	: 142
Economique	: 77
Psychologique	: 47
Somatique	: 19
Psychiatrique	: 6
Eugénique	6
Autres	: 25

Terme

< 7 semaines	: 117
8-10 semaines	: 60
10-12 semaines	: 12
13-15 semaines	: 7
> 15 semaines	: 4

Mode d'intervention

Aspiration	: 188
Salting-out	: 7
Trace perdue	: 2
Etranger	: 1
FC spontanée	: 2

Hospitalisation

1 jour ou moins	: 185
plus d'un jour	: 10 (dont 7 salting-out)

Complications

- 1 endométrite non confirmée (méd. traitant)
- 1 hémorragie après 15 jours → curetage
- 3 curetages (test de grossesse positif)

Moyens anticonceptionnels

Avant

Ogino	: 33
Mécanique	: 20
Hormonaux	: 26
D.I.U.	: 17
Aucun	: 102

Après

Hormonaux	: 89
D.I.U.	: 70
Stérilisation	: 12
Aucun	: 10
Refus	: 1

Echec

Pas de M.A.C.	: 102
Echec méthode	: 76
Echec attitude	: 17

Origine

Namur	: 111
Inconnu	: 8
Autres	: 81

Professeur René LAMBOTTE, Clinique Gynécologique et Obstétricale, Université de Liège.

Age de la femme

16 ans	: 12
17-20 ans	: 41
21-25 ans	: 102
26-30 ans	: 81
31-35 ans	: 67
36-40 ans	: 61
41 et plus	: 61

Contexte familial de la grossesse

Femme célibataire	: 88
Séparée, divorcée, veuve seule	: 22
Mariée légalement	: 302
Mariée «de facto»	: 11
Grossesses adultérines (à cocher en même temps que 19 ou 20)	: 2

Gestité

1	: 126
2	: 83
3	: 85
plus de 3	
4	: 43
5	: 32
6	: 23
7	: 7
8	: 7
9	: 6
inconnu	: 2

Parité

0	: 126
1	: 83
2	: 81
3	: 55
plus de 3	
4	: 31
5	: 17

6	:	10
7	:	6
8	:	7
9	:	5
inconnu	:	3

Profession de la femme

Agriculture	:	5
Profession libérale	:	2
Commerçante et indépendante	:	7
Employée	:	32
Ouvrière qualifiée	:	28
Ouvrière non qualifiée	:	39
Enseignante	:	18
Etudiante primaire ou secondaire	:	12
Etudiante univers. ou 3 ^e cycle	:	28
Dépendante de la société	:	9
Sans (ménagère)	:	245

Avis psychiatrique : 164

Acceptation : 329

réalisé	:	326
non réalisé	:	3

Décision pour raison

sociale	:	30
économique	:	
psychologique	:	13
somatique	:	68
psychiatrique	:	33
eugénique	:	107
Autre		
échec contrac.	:	6
viol	:	1
inconnu	:	8
raisons mult.	:	60

Dans 44 cas le facteur social intervient associé à un autre facteur.

Refus : 87

Trace perdue : 9

Terme à la première consultation

7 semaines	: 104
8-10 semaines	: 139
11-12 semaines	: 46
13-15 semaines	: 48
16-20 semaines	: 31
21 et plus	: 8
terme imprécis	: 6

Mode d'intervention

Aspiration	: 29
Salting-out	: 4
Brindeau	: 47
Autre	
curetage	: 224
inj. intra-amn. de	
prostaglandines	: 7
perfusion	: 10
hystérectomie	: 1

Méthode contraceptive avant l'interruption de grossesse

Ogino ou assimilé	: 15
Mécaniques masc. ou fém.	: 19
Hormonaux	: 12
Intra-utérin	: 11
Stérilisation	: 2
Aucun	: 265

Méthode contraceptive après l'interruption de grossesse

Ogino ou assimilé	: —
Mécaniques masc. ou fém.	: 5
Hormonaux	: 71
Intra-utérin	: 9
Stérilisation	: 121
Aucun	: 91

CONGRÈS DES 9-10 NOVEMBRE 1974

**L'AVORTEMENT DANS LE RESPECT
DE LA QUALITÉ DE LA VIE**

**Société Belge pour la Législation de l'Avortement
Université Libre de Bruxelles**

Samedi 9 novembre 1974

Accueil des Congressistes, par Monsieur le Recteur P. FORIERS.

M. BOLLE DE BAL : Avortement et qualité de la vie.

E. A. SAND : Aspects sociaux, psychologiques et somatiques de l'avortement provoqué.

H. GERARD : Place de la répression dans la solution des problèmes démographiques.

LA SITUATION BELGE

H. HASQUIN : Situation de l'avortement sur le plan politique en Belgique.

J. MESSINNE : L'avortement et la jurisprudence.

F. DUYCKAERTS : Le dilemme psychologique du médecin face à la demande d'avortement.

Ch. REBUFFAT : L'opinion publique devant le problème de l'avortement.

Dimanche 10 novembre 1974

LES FACTEURS D'ÉVOLUTION

G. ENKELAAR : La situation en Hollande.

G. VOGEL : La situation au Grand-Duché du Luxembourg.

A. M. DOURLÉN-ROLLIER : La situation en France.

P. O. HUBINONT et W. PEERS : Les solutions partielles en Belgique.

Accueil des congressistes

par Monsieur le Recteur Foriers

La Société Belge pour la Légalisation de l'Avortement a été constituée à l'initiative d'anciens étudiants de notre Université et de fidèles amis de celle-ci.

C'est dire ma joie de pouvoir non seulement l'accueillir dans cette Maison qui a été la leur et le reste, mais aussi souhaiter bon accueil, bon travail et bon succès à tous ceux qui, à son initiative, participent à ce Congrès consacré à l'Avortement dans le respect de la qualité de la vie, thème fondamental d'une information et d'une réflexion toujours aussi nécessaire.

Comment ne me réjouirais-je pas de voir ce travail et cette réflexion se faire et se poursuivre dans ces lieux où précisément la libre recherche scientifique et le libre-examen coexistent dans un esprit d'ouverture et de tolérance totale ?

S'agissant de définir la manière dont se pose en Belgique la dynamique d'une législation, ce Congrès vient certes à son heure immédiatement après celui de «Pro Vita».

Il pose du fait même de son thème tout autant de jugement de vérité que de jugement de valeur. Il est nécessairement engagé, mais c'est précisément parce qu'il met en cause autant de jugement de valeur que de jugement de vérité qu'il est indispensable que la réflexion soit nourrie d'une information objective, d'autant plus minutieuse et d'autant mieux vérifiée qu'elle risque d'être orientée a priori consciemment ou inconsciemment. Encore a-t-on le devoir d'affirmer qu'en pareille matière, valeur et vérité forment un couple indissociable. Je crois aussi qu'il est indispensable que dans pareille matière chacun prenne position sans ambiguïté. On ne peut en effet se réfugier dans une pure spéculation intellectuelle.

Pour moi, je vois dans l'avortement un problème où l'Université a le devoir d'affirmer sa philosophie. Reconnaisant l'existence d'un problème aigu de notre temps, son importance sociale, ses implications morales, comme aussi l'inadaptation, en tout cas incontestable, d'une législation qui ne correspond plus ni à une nécessité fondée sur des raisons impérieuses ou éthiques, l'Université ne peut rester muette ou indifférente. Elle a apporté son soutien à ceux des siens notamment qui avaient décidé en conscience de mettre leurs actes en conformité, non seulement avec leur propre vision personnelle des choses, mais avec les aspirations et les exigences d'un milieu social qui n'adhère plus à des dispositions légales aujourd'hui dépassées.

Tel est le sens des décisions du Bureau et du Conseil d'Administration de l'Université de janvier et février 1973.

Nous a-t-on assez reproché, dans notre Maison même, d'avoir pris pareille attitude à l'occasion de poursuites en cours et devant faire l'objet de décisions judiciaires, y voyant une pression inadmissible sur l'indépendance de la Magistrature?

J'ai toujours récusé cette thèse. Il n'est certes pas souhaitable à mon sens, que l'Université se prononce à propos de tout et de rien. Il est indispensable, par contre, que lorsqu'une question fondamentale se pose où elle a particulièrement vocation pour s'y intéresser, elle donne son opinion avec fermeté et objectivité sans autre considération qu'une meilleure information sociale.

Votre programme va dans le même sens puisqu'il ne néglige aucun des aspects sociologique, politique, juridique, psychologique et somatique et qu'il fera l'objet d'une investigation critique.

Il me paraît la garantie de la validité des conclusions qui seront dégagées à la fin de vos travaux.

Avortement et qualité de la vie

par M. Bolle de Bal ()*

Le futur est parmi nous. Nous en subissons tous le choc, comme s'est attaché à le montrer Alvin TOFFLER. Ce choc du futur, c'est notamment l'angoisse face à une société en changement permanent, à une société de l'éphémère, du prêt-à-jeter ...

L'émergence politique du problème de l'avortement, de nos jours, n'est-elle pas une manifestation parmi d'autres de ce choc du futur? Le futur est dans le corps de la femme, il la choque, car il est aussi l'angoisse de l'avenir incertain, éphémère, qu'attend l'enfant à naître, dans un monde désenchanté. Avorter, c'est peut-être vouloir supprimer cette angoisse, c'est en tout cas s'inscrire dans la ligne de la fabrication du prêt-à-jeter ...

Hypothèse hasardeuse, peu sérieuse? Réflexion profanatoire d'un profane? Peut-être.

Et pourtant ...

Que n'a-t-on déjà dit et écrit, de sérieux et de pas sérieux, sur l'avortement?

Cette pratique, vieille comme le monde, est aujourd'hui au centre de débats idéologiques acharnés. Les idéologues du respect de la vie (hommes en majorité) ferrailent avec les idéologues de la libre disposition des corps (femmes en majorité). Médecins et juristes échangent des volées d'arguments techniques, camouflant des systèmes de valeurs apparemment incompatibles.

Mais l'avortement n'est pas qu'un problème idéologique, médical et juridique. C'est d'abord un problème individuel, un problème de conscience personnelle. C'est aussi et surtout un problème collectif, un

(*) Professeur à l'Université Libre de Bruxelles, Directeur de Recherches à l'Institut de Sociologie.

problème d'équilibre et de dynamique sociale. Un problème profondément sociologique.

Quoi de plus naturel dès lors que notre Institut de Sociologie, et plus particulièrement son Centre de Sociologie du Droit et de la Justice, ait organisé, dès 1971, un colloque consacré à l'Avortement et à la Contraception.

Aujourd'hui, il se réjouit de pouvoir participer, en la personne de plusieurs de ses chercheurs, aux travaux que vous entreprenez sur un thème qui volontairement souligne la dimension sociologique du problème : *l'Avortement dans le respect de la qualité de la vie*. Au nom de l'ensemble de nos collègues, et plus particulièrement de notre Directeur Arthur Doucy, malheureusement empêché, j'ai le plaisir de vous dire notre sympathie, et le périlleux honneur de tenter de situer, d'un point de vue sociologique, le thème de vos travaux.

* * *

La libéralisation de l'avortement, disais-je il y a quelques instants s'est imposée depuis peu comme une idée-force politique au sein des sociétés industrielles développées. Face à ce phénomène social, le sociologue s'interroge sur les causes et les implications de cette revendication, le sens des actions possibles et les conflits de valeurs sous-tendant le débat politique, médical et juridique.

Première interrogation : comment expliquer, sociologiquement, l'émergence actuelle de cette idée-force politique ? Emergence d'autant plus remarquable que le développement et la légitimation des moyens contraceptifs rendent le problème théoriquement moins aigu, et que la diffusion prochaine de la pilule dite « pilule du lendemain » va rendre ce débat presque caduc, à plus ou moins brève échéance ... Contestation et déclin de la société patriarcale, libération culturelle dans la foulée de Mai 68, hausse du niveau de vie, développement de la conscience des groupes sociaux en général, des femmes en particulier, incertitudes quant à l'avenir, hantise de l'emballement démographique, évolution des mœurs, choc du futur : les spécialistes vous préciseront certes mieux que moi les sources du phénomène. Certains de ces spécialistes « éclairés » — réunis non loin d'ici le week-end dernier — ont clamé leur conviction qu'il s'agissait d'un complot de « forces occultes », visant à « disloquer le système de valeurs de notre civilisation ». Puis-je plus modestement avancer une hypothèse partielle : ce phénomène ne constituerait-il pas une des conséquences de l'arrivée à l'âge de procréation — conjugale ou non — de

la vague du «baby-boom» de l'après-guerre, cette vague qui a successivement fait craquer les structures des écoles maternelles, primaires et secondaires, qui a constitué le terrain de chasse lucratif des marchands de yé-yé, bref les enfants de la paix et de l'espoir, la génération du Bip-Bip et du Salut les Copains, celle qui en Mai 68 a démystifié l'université de Papa, et qui, produit d'un système éducatif relativement libéralisé, fait aujourd'hui éclater les structures traditionnelles de la famille, fait sauter les tabous du sexe et de la parenté forcée ... ?

Deuxième réflexion du sociologue face à ce problème, réflexion qui se teinte d'ailleurs d'une certaine dose d'inquiétude : à écouter les partisans et les adversaires — aussi convaincus les uns que les autres — de la libéralisation de l'avortement, on est amené à constater qu'ils ne font usage des faits sociologiques, des observations objectivement mesurées, que pour dénoncer les horribles méfaits de la thèse opposée. Dès qu'il s'agit de défendre leur propre position, ils évitent soigneusement l'investigation sociologique des conséquences des solutions proposées, la confrontation avec les faits recensés ou les expériences analysées. Or, l'avortement, problème social, exige une action sociale. Et, préalablement à celle-ci une analyse sociologique sérieuse du problème actuel et des actions potentielles. Notre Institut, depuis toujours, s'est soucié de mener des recherches pouvant déboucher sur des actions, et préparant celles-ci. Vos travaux s'inscrivent avec force et vigueur dans cette voie. C'est pourquoi, encore une fois, nous tenons à leur apporter notre meilleur soutien.

Mais ces conflits de valeurs qui tendent à obscurcir la discussion scientifique et à compliquer la recherche de solutions harmonieuses, socialement acceptées, constituent paradoxalement, pour le sociologue, une troisième source de réflexion, un troisième élément d'intérêt scientifique. Les finalités d'un système social et les valeurs des sous-systèmes ou sous-groupes au sein de ce système font partie du champ d'investigation du sociologue qui en étudie la dynamique. Vue sous cet angle, la problématique de l'avortement n'est, aux yeux du sociologue, que le révélateur d'une problématique plus large, celle de la médecine secouée aujourd'hui par des conflits de valeurs et de finalités jusque-là relativement occultés. J'aimerais, dans les quelques minutes dont je dispose, tenter d'approfondir quelque peu ce dernier point.

* * *

Respect de la vie ou respect de la qualité de la vie : cette alternative résume lumineusement le conflit de valeurs sous-tendant toutes les

discussions passionnées sur l'avortement. Ainsi ce congrès plonge-t-il directement au cœur de la dialectique de notre société.

Le respect de la vie : donner la vie, préserver la vie, telle a été, de tous temps, la noble et claire mission dévolue aux médecins, disciples d'Hippocrate. Claire, elle l'a été longtemps, mais elle l'est de moins en moins. Les progrès de la science médicale permettent aujourd'hui de préserver des vies auparavant condamnées. Mais quelles vies ? Et dans quelles conditions ? Et au prix de quelles autres vies obscurément perdues faute de l'argent consacré aux coûteux appareils permettant la survie de quelques-uns ? Le progrès scientifique, aujourd'hui, condamne le médecin à des choix douloureux, et relativement nouveaux : le progrès des sciences technologiques par le coût des techniques nouvelles et les limites des ressources matérielles, le progrès des sciences humaines par le dévoilement des contradictions jusque-là cachées ...

Le respect de la vie, soit. Mais la vie de qui, et quelle qualité de vie ? D'un corps comateux, artificiellement maintenu en vie ? D'un être souffrant, irrémédiablement condamné, qui implore qu'on lui abrège ses douleurs ?

Le respect de la vie est une norme nécessaire, ce n'est plus une norme suffisante. Respecter toutes les vies est impossible. Choisir devient inévitable. Donner et préserver une vie de qualité : telle émerge la nouvelle norme du médecin, dans la société en devenir.

* * *

Proposer cette nouvelle norme, « *le respect de la qualité de la vie* » c'est bien. Mais ce n'est pas encore suffisant. Il importe d'en creuser le sens, d'en approfondir les significations.

Pour cela, revenons à notre problème concret, l'avortement. L'envisager dans le respect de la qualité de la vie, quoi de plus tentant ? Mais tout de suite une première question : de la qualité de la vie de qui s'agit-il ? Du fœtus-futur enfant, de la mère ou du père ?

Laissons de côté, faute de temps, la qualité de la vie du père, ou de l'homme en général. Il y aurait pourtant beaucoup à dire à ce propos.

S'il s'agit de la qualité de *la vie de l'enfant* : cela signifie ne lui offrir la vie que s'il a une chance raisonnable que celle-ci soit heureuse sur tous les plans, physique (qu'il n'ait pas à souffrir de malformations graves), psychologique (qu'il ne parte pas avec le lourd handicap de n'être ni désiré, ni accepté), sociologique (qu'il ne soit pas rejeté par un milieu incapable de l'élever pour des raisons d'ordre matériel ou moral).

S'il s'agit de la qualité de *la vie de la mère* : nous touchons alors au problème — combien actuel — de la responsabilité et de l'autonomie de la femme, de son droit à prendre en charge son destin, à disposer de son corps. Le combat pour la libéralisation de l'avortement a été et est un combat pour la libération de la femme, pour l'amélioration de la qualité de sa vie. Cela doit être dit et répété. Engagés dans le développement de ce combat, d'aucuns se posent néanmoins de légitimes questions. Ainsi, se demandent-ils, l'avortement libre et inconditionnel constitue-t-il vraiment une manifestation ou une condition de cette autonomie? Cela n'est pas évident. Ce serait oublier — la sociologue Evelyne SULLEROT l'a souligné à juste titre — que l'avortement est toujours un échec : échec de la maîtrise de la fécondité, échec de la volonté, échec de la maternité. Avorter peut soulager, non rendre fière. Cela peut surtout, et c'est souvent le cas, traumatiser. Et, insiste Evelyne SULLEROT, «c'est une conduite passive qui s'apparente au laisser-aller : laisser une grossesse commencer, puis laisser quelqu'un vous en débarrasser ...». Certes aujourd'hui de nouvelles méthodes mettent l'accent sur la participation active de la femme à l'avortement. Il n'empêche. Peut-on objectivement parler d'autonomie, de responsabilité, de la qualité de la vie de la femme dans le cas d'un avortement? Oui, sans doute et à juste titre, par rapport à la situation répressive actuelle. Non, peut-être, dans l'absolu. Non, affirmeront certains, si une législation totalement laxiste favorise la fuite des responsabilités, freine la maturation des volontés ...

* * *

La libéralisation de l'avortement constitue certes un progrès nécessaire dans la voie de la libération de la condition féminine, mais en même temps elle est grosse de menaces pour cette liberté apparemment conquise.

Le sociologue ne s'en étonnera point : il sait que le progrès ne se développe pas suivant une courbe linéaire.

Ce qui est vrai pour la libération de la femme l'est aussi pour la qualité de la vie.

Jusqu'ici nous venons d'envisager celle-ci en termes individuels. En cela nous avons été conformes aux conceptions courantes. La revendication de la *qualité de la vie individuelle* est une réaction salutaire contre les exigences aliénantes de notre société productiviste, patriarcale, autoritaire, répressive, contre le principe de rendement intériorisé en chacun de nous, malgré nous, par les astuces des structures sociales de conditionnement. Le principe de «qualité de la vie», et plus particulièrement de la vie in-

dividuelle, constitue l'antithèse du principe de rendement, fondé sur la subordination des besoins de la personne à ceux d'un système social déterminé. Elle se situe dans la voie d'un progrès dialectique.

Mais au même moment, elle comporte un risque de régression idéologique, d'un retour à l'individualisme libéral : car la qualité de la vie n'est pas, ne peut pas être qu'une finalité individuelle. La somme des vies individuelles de qualité ne constitue pas nécessairement une vie collective de qualité. Or sans vie collective de qualité, point de réelle qualité de vie ... D'où ces autres idées-forces du temps présent, proches parentes de la qualité de la vie : croissance zéro, lutte contre la pollution, protection de l'environnement, revendication de l'auto-gestion, retour à la nature, etc.

Ce qu'il convient d'imaginer, c'est une synthèse dialectique entre le principe de rendement (la thèse) et le principe de la qualité de la vie individuelle (l'antithèse, sorte de version raffinée du principe de plaisir).

L'élaboration d'une telle synthèse ne paraît pas avoir fait, jusqu'à présent, l'objet de recherches approfondies. Le concept de «qualité de la vie», lui-même, demeure flou.

L'occasion est belle pour votre congrès, Mesdames et Messieurs, d'apporter ici une contribution essentielle à la sociologie de la société contemporaine et à l'action sociale au sein de celle-ci : en situant un problème particulier, celui de l'avortement, dans le cadre d'une idée-force nouvelle, vous allez aider — du moins je l'espère — à la nécessaire clarification de cette idée, à la prise de conscience de ses contradictions internes ...

* * *

Permettez-moi, pour terminer, d'esquisser quelques-unes des questions que, dans cette voie, vous aurez probablement à affronter, à éclaircir ou à approfondir.

La définition générale du concept «qualité de la vie», tout d'abord. Ce concept, si l'on n'y prend garde, ne deviendra vite qu'une version supplémentaire de la fameuse auberge espagnole ... S'agit-il de la qualité de la vie individuelle, de la qualité de la vie collective, ou d'une synthèse entre les deux ? Comment s'articulent les dimensions individuelles et collectives de la qualité de la vie ? Et plus précisément : qu'entendons-nous par «qualité de la vie» ?

L'application de ce concept au problème spécifique de l'avortement, ensuite. Ce problème ne constitue-t-il pas la vivante illustration de la lutte entre le principe de rendement et le principe de la qualité de la vie ? D'une part, une conception patriarcale, productiviste de l'enfantement (croissez et

multipliez : principe de rendement, principe de la quantité de vies), impliquant une régression, celle de l'avortement. D'autre part une conception plus féminine, moins répressive, plus responsable (principe de la qualité de la vie de la femme et/ou de l'enfant), débouchant à la limite sur la revendication de l'avortement libre et gratuit. Cette seconde conception progresse irrésistiblement : est-ce par l'action maligne d'une conspiration occulte, comme certains veulent le faire croire, ou plus simplement, parce qu'elle s'inscrit dans le mouvement général d'évolution de notre société, parce qu'elle fait écho, sous une forme particulière, à ces préoccupations actuelles : croissance zéro, lutte contre la pollution, protection de l'environnement, auto-gestion, etc.? Pratiquement quelle législation sur l'avortement assurera la meilleure qualité de vie, à la fois collective et individuelle? Comment définir ces notions et mesurer des réalités? En particulier, que signifie, en relation avec le problème de la grossesse et de l'avortement, la qualité de la vie?

La lutte nécessaire pour la libéralisation de l'avortement, menée au nom du respect de la qualité de la vie, ne risque-t-elle pas, à l'encontre des intentions affirmées de ses acteurs, d'aboutir à une dévalorisation de la grossesse et de la maternité, dimensions essentielles de la qualité de la vie pour de nombreuses femmes? Question difficile, question difficile à poser, question difficile à ne pas poser ... En d'autres termes, le «retour à la Nature», un des principes de la qualité de la vie, selon l'idéologie montante ne serait-elle pas d'application ici? Et pourquoi?

La recherche d'une synthèse, enfin. A cet égard puis-je humblement suggérer qu'entre les solutions répressives et permissives, patriarcales et matriarcales, rationnelles et affectives, sociales et individuelles, la véritable qualité de la vie, une synthèse à visage humain pourrait être recherchée dans la voie fratricarcale d'un dialogue au sein du couple, débouchant sur le choix de la parenté responsable?

* * *

Voilà, Mesdames et Messieurs, quelques réflexions et questions naïves inspirées au sociologue profane que je suis par le thème de vos travaux.

Puissent ceux-ci, consacrés à un problème chargé de tant de douleurs, de tant de passions, se dérouler dans l'esprit de tolérance et de libre-examen qui est la première raison d'être de notre Université et la condition de toute solution harmonieuse au problème de la libéralisation de l'avortement.

Ainsi le respect de la qualité de la vie de vos échanges vous permettra-t-il sans doute d'éviter l'avortement de ceux-ci ... et — rêvons un instant voulez-vous? — ne pouvons-nous espérer, d'un même mouvement, que le respect de la qualité de la vie de l'autre, au sein du couple, évitera à l'avenir la nécessité d'encore recourir, dans de nombreux cas, à ce pis-aller qu'est et restera toujours l'interruption d'une grossesse?

Aspects sociaux, psychologiques et somatiques de l'avortement provoqué

par E. A. Sand ()*

Le thème des travaux de ces deux journées est complexe et grave. Son étude ne souffre pas l'amateurisme. Son abord ne tolère pas les lieux communs, les fausses alternatives ni les slogans naïfs.

Nous vivons dans une société adulte, capable de réfléchir et de prendre ses décisions en connaissance de cause. L'étude sociologique et épidémiologique de l'avortement provoqué implique l'utilisation de chiffres, de statistiques. Je vous prie de m'en excuser, mais ce sont là les seuls vrais arguments de poids, les seuls sur lesquels on puisse baser une action sociale efficace.

Nous envisagerons successivement la fréquence, c'est-à-dire l'incidence de l'avortement provoqué en Europe et dans certaines nations d'outre-mer, ensuite les risques de mortalité et de morbidité liés à l'avortement, puis les rapports existant entre avortement et contraception, et enfin le problème de l'avortement lié à celui de la qualité de la vie.

1. NOMBRE ABSOLU ET INCIDENCE DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ

Il faut noter tout d'abord la difficulté qui s'oppose au recueil de données relatives à l'avortement. En effet, celui-ci se fait encore souvent dans la clandestinité et de telles pratiques n'apparaissent bien entendu pas dans les statistiques de morbidité.

Certains auteurs, DUPERROY notamment, estiment qu'en Belgique l'incidence annuelle de l'avortement est de l'ordre de 20 à 25.000. D'autres

(*) Président de l'Ecole de Santé Publique, Professeur à l'Université Libre de Bruxelles.

auteurs estiment que ce nombre est trop faible et proposent des nombres variant de 50 à 100 voire à 150.000 par an ce qui correspond à un avortement pour trois ou deux accouchements, voire pour un accouchement ! De tels nombres sont également cités à propos d'autres pays européens comme la Tchécoslovaquie, la Yougoslavie, la Pologne, etc.

Dans un autre pays socialiste, la Roumanie, une incidence fort élevée d'avortements a été observée à certains moments. A l'heure actuelle cette incidence est retombée approximativement au niveau de celle de notre pays. En Amérique latine, une étude à ce propos a été faite au Pérou. Dans ce pays, dont la population est passée de 6,6 millions d'habitants en 1940 à 12 millions actuellement, les autorités s'inquiètent sérieusement de la progression de cette population. Pourtant l'avortement y est condamné explicitement. Il n'est admis que pour des risques graves concernant la femme ou un risque mortel concernant l'enfant. Cependant une étude officielle estime la proportion d'avortements à 15 ou à 18 % du nombre des naissances ; une étude, plus indirecte dans sa méthodologie, observe un taux de 46,5 %. En tout état de cause dans ce pays l'hospitalisation pour avortement provoqué augmente continuellement.

Dans le monde entier, selon des études faites par le Population Council, on estime que vers la fin des années 1960-1970 l'avortement était la méthode d'interruption de grossesse comme moyen de contraception la plus largement utilisée dans le monde. Actuellement, selon cette même étude, on observerait environ 30 millions d'avortements par an dans le monde.

Rappelons que dès à présent l'avortement a été légalisé en République Populaire Chinoise, en Inde, en URSS, aux Etats-Unis et au Japon. Par ailleurs il est largement pratiqué, toutes les sources d'information le confirment, en Amérique Latine comme en Europe socialiste et en Europe de l'Ouest.

Une étude intéressante a montré la distribution par niveau d'âges des femmes se faisant avorter. Cette distribution est celle de la proportion d'avortements par rapport aux naissances. Il s'agit d'avortements légaux réalisés en Tchécoslovaquie au cours des dernières années. La courbe montre que, par rapport au nombre de naissances, le taux le plus élevé concerne des femmes jeunes de moins de vingt ans, le taux le plus faible celles du groupe d'âges de 20 à 24 ans ; les taux montent ensuite et atteignent des nombres plus élevés au niveau de 45 ans.

2. RISQUES DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ

Il existe bien entendu un certain nombre de risques liés à la pratique de l'avortement provoqué. Cependant à l'heure actuelle ces risques sont minimes quand il s'agit d'avortements réalisés dans de bonnes conditions médicales et particulièrement minimes si l'avortement est fait avant la douzième semaine de la grossesse. Par contre l'avortement illégal semble comporter dans la plupart des pays où des études furent réalisées à ce sujet, des risques notablement plus élevés. Ainsi, RHODES a montré en 1966, que le risque de mortalité était deux fois plus élevé pour les avortements clandestins que pour les accouchements.

On a montré en 1964 dans l'état de New York que l'avortement clandestin correspondait à la cause la plus importante de mortalité puerpérale, surtout dans la population non blanche et portoricaine. Il existe à ce sujet de nombreuses observations confirmant un gradient social relatif aux risques de l'avortement provoqué. Les femmes de niveaux sociaux aisés peuvent avoir recours dans la clandestinité à de bons avortements. Les femmes de milieux défavorisés auront recours à des avortements faits dans de mauvaises conditions avec un risque plus élevé de morbidité et de mortalité.

Une étude plus récente faite dans les hôpitaux du Maryland, aux Etats-Unis, a relevé une série de plus de 2.000 avortements faits dans de bonnes conditions — depuis la nouvelle législation libéralisant l'avortement — avec une mortalité nulle.

En Yougoslavie une étude approfondie a montré également une chute considérable du taux de mortalité à partir du moment où l'avortement a été légalisé. Dans ce pays, on a pu montrer que le taux de mortalité de l'avortement légal était 31 fois plus faible que le taux de mortalité des interventions clandestines.

Certains auteurs de l'Organisation Mondiale de la Santé rapportent que la meilleure méthode de contrôle des naissances consiste en la combinaison d'une méthode contraceptive sans danger et de l'avortement réalisé en clinique précocément et sous surveillance médicale (TIETZE).

Il va de soi que dans notre esprit comme dans l'esprit des responsables du planning familial que nous connaissons, il est évident que le but à viser dans toutes ces actions est l'éducation de la population en faveur d'une contraception efficace destinée à faire baisser notablement le taux des avortements provoqués.

Il faut noter à ce propos que l'avortement provoqué peut comporter

également certains dangers psychologiques pour la femme. Il a été montré clairement que ces risques psychologiques sont liés avant tout aux attitudes du médecin consulté en premier lieu et dans une mesure légèrement moindre à celle des médecins qui ont traité ultérieurement la patiente. Dans la mesure où ces médecins adoptent une attitude négative, il apparaît dans l'esprit de la femme des sentiments de culpabilité, des remords. Ici encore il importe que ce débat se fasse dans la clarté de façon à éviter l'apparition de paramètres psycho-affectifs défavorables.

Un autre problème qui peut être évoqué ici est celui des grossesses illégitimes. Une étude faite en Californie par SKLAR et BERKOV a montré que depuis l'introduction en Californie d'une loi libéralisant l'avortement en 1971, on a observé une baisse de la fécondité, mais surtout une baisse notable des naissances illégitimes.

En conclusion, avec les experts de l'O.M.S., on peut dire à l'heure actuelle que «les avortements licites provoqués avec les garanties de la médecine moderne présentent très peu de risques de mortalité et de morbidité (TIETZE, 1969)».

3. RAPPORTS ENTRE CONTRACEPTION ET AVORTEMENT

Ainsi que nous l'avons rappelé déjà, l'avortement reste actuellement le principal moyen de contraception utilisé dans le monde. Il est certain qu'il existe une association entre les deux phénomènes, contraception et avortement. Selon REQUENA (1969) l'évolution d'une société en ce qui concerne ses pratiques d'avortement et de contraception passe par trois phases. Au cours de la première phase le nombre de naissances vivantes est très élevé, l'avortement provoqué est utilisé de façon relativement fréquente, la contraception est rarement appliquée. Au cours de la seconde période, le nombre de naissances vivantes diminue, la contraception est utilisée de façon quelque peu plus importante, l'avortement au contraire a augmenté en incidence de façon considérable. Au cours de la troisième période, correspondant à une évolution sociale et culturelle avancée, l'avortement devient rare, la contraception est souvent utilisée, et le nombre de naissances vivantes s'est stabilisé. Une telle tendance semble être nettement observée à l'heure actuelle déjà au Japon. En effet dans ce pays, actuellement, l'avortement est moins souvent utilisé, tandis que la contraception est connue, ses pratiques sont diffusées et elle est utilisée de façon plus efficace et plus systématique.

4. AVORTEMENT ET QUALITÉ DE LA VIE

Il importe de rappeler la conception que se fait de la santé l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette organisation souligne l'aspect global de la santé et l'aspect global par conséquent de la qualité de la vie. La santé concerne non seulement l'état somatique, c'est-à-dire physique de l'être humain, mais également sa vie sociale et sa vie psychologique.

Le problème de la qualité de la vie se pose sous deux aspects au moins. Le premier concerne l'évolution de la population mondiale qui à l'heure actuelle, chacun le sait, se poursuit de façon inquiétante aux yeux de la plupart des spécialistes en démographie. On estime que si un effort considérable n'est pas fait dans ce domaine, l'évolution de la population mondiale risque dans peu d'années peut-être de constituer un problème insoluble pour tous les habitants de la planète.

A un deuxième niveau, à l'échelon local, voire à l'échelon familial, le problème du nombre d'enfants qu'une famille, qu'une communauté peut élever, est également étroitement associé à la santé de cette communauté et à la santé de la famille. Ici se pose le problème des enfants désirés et des enfants non désirés, des grossesses désirées et des grossesses non désirées. Ce problème comporte également des aspects sociaux, économiques et psychologiques.

Rappelons les études faites aux Etats-Unis, notamment par WRIGHT qui a montré l'association étroite entre le nombre d'enfants vivant dans une famille aux Etats-Unis et la mortalité des enfants en bas âge. Cette mortalité infantile est la plus faible pour le deuxième enfant des familles étudiées et est notablement plus élevée pour les enfants correspondant à un rang de naissance de 5, 6 ou 7.

A côté de ce problème de mortalité, fort bien connu, rappelons également les aspects économiques et familiaux de la naissance d'enfants en trop grand nombre au sein des familles. Ainsi que le rappelle HARRINGTON, «la grande famille (large family) est sans doute le constituant le plus inquiétant et le plus important de la pauvreté aux Etats-Unis». Des études montrent que quand le nombre d'enfants des familles s'élève, la proportion de familles vivant en-dessous d'un seuil bien connu d'insuffisance économique augmente significativement. On a pu montrer que cette évolution est liée d'une part à l'augmentation absolue du nombre des enfants et d'autre part au fait qu'une mère d'une famille nombreuse doit en général cesser d'exercer une activité professionnelle.

D'autres études ont montré aux Etats-Unis comme en Belgique, que le

niveau intellectuel des enfants est lié également au nombre d'enfants vivant dans la famille. Plus ce nombre s'élève, plus, en moyenne, le quotient intellectuel des enfants étudiés est faible.

Il est important de noter que le nombre d'enfants que les femmes désirent élever de façon optimale correspond, aux Etats-Unis comme en Belgique, à un nombre compris entre deux et trois enfants. En réalité, on doit estimer que cette vue correspondant au désir des mères de famille doit également être associée à la qualité de la vie que ces mères se sentent capables d'offrir à leurs enfants.

Diverses études faites notamment en Suède et en Belgique au Centre d'Etudes de la Croissance de l'Enfant normal, ont montré que dans une mesure statistiquement décelable certains aspects de la vie des enfants jeunes, adolescents ou jeunes adultes, diffère selon qu'il s'agit d'enfants planifiés ou non planifiés. Ceci ne signifie bien entendu pas que tous les enfants planifiés soient heureux ni que tous les enfants non planifiés soient mal traités. Cependant les différences observées sont statistiquement significatives.

Nous n'envisagerons pas dans notre exposé les problèmes relatifs à l'évolution démographique des populations puisque ce thème sera abordé dans quelques instants par le Professeur GERARD.

CONCLUSION

En première conclusion nous rappelons que le désir des pédiatres, des gynécologues, des travailleurs sociaux est évidemment de promouvoir l'éducation sexuelle de la population. A l'heure actuelle une telle éducation n'est pas réalisée de façon générale. Par conséquent, sans aucun doute, la contraception ne sera, pendant quelque temps encore, pas appliquée de façon heureuse ni de façon systématique. L'avortement provoqué, que nous le voulions ou non, sera encore utilisé et il est urgent de veiller à ce que de tels avortements se fassent dans de bonnes conditions.

Rappelons qu'encore actuellement environ trente millions d'avortements provoqués sont réalisés dans le monde entier par an.

Nous avons noté également que les taux de mortalité et de morbidité les plus faibles sont observés pour les avortements provoqués en milieu médical et de façon précoce.

Les composantes psychologiques de l'avortement provoqué sont associées de façon étroite aux attitudes des médecins et de façon directe également aux dispositions législatives.

Il est hors de doute également que la qualité de la vie familiale, de la vie des mères de famille est liée de façon étroite au nombre d'enfants qu'elles ont à élever.

Nous avons montré également à ce propos les études faites en Suède sur la qualité de la vie de l'enfant dont la naissance a été refusée.

En conclusion nous ne dirons pas bien entendu de façon simpliste que l'avortement doit être favorisé ni qu'il s'agisse d'une bonne solution aux problèmes de la contraception. Mais ce que nous dirons sûrement, c'est qu'il est absurde de nier l'importance du problème de l'avortement provoqué. Il est également illogique et absurde, sous le couvert de slogans simplistes et mensongers, de punir psychiquement et physiquement des femmes et leur famille, parce qu'elles ont recours à l'avortement, en raison, notamment, de leur ignorance d'une meilleure méthode de planification des naissances.

Favorisons l'éducation de la population et nous approcherons d'une solution au problème de la planification heureuse des familles.

Enfin, créons pour ces familles un monde plus humain dans lequel elles pourront élever, avec bonheur, les enfants dont elles auront désiré la naissance.

Place de la répression dans la solution des problèmes démographiques

par H. Gerard ()*

Quelle soit obligation ou répression, la contrainte est souvent considérée comme une modalité d'action des plus efficaces dans le cadre des politiques sociales en général et des politiques démographiques en particulier. Dans de nombreux pays, elle a affecté tout spécialement la pratique de l'avortement et d'aucuns sont amenés à penser que cette interdiction spécifique constitue une modalité d'action efficace dans le cadre d'une politique pro-nataliste. Que penser de cette opinion, principalement en ce qui concerne la Belgique? S'agit-il d'un argument pertinent dans le cadre de la décision à prendre à propos de l'avortement? Telles sont les deux questions essentielles qui constituent l'objet de ma communication.

I. CONTRAINTE ET POLITIQUE DÉMOGRAPHIQUE

Avant de situer la contrainte parmi les modalités d'action d'une politique démographique, précisons ce que l'on entend par *problèmes démographiques*.

Généralement, le mouvement démographique ne constitue pas une finalité en soi; par conséquent aucune situation ou évolution démographique ne peut poser problème en elle-même, qu'il s'agisse d'un accroissement de population extrêmement rapide (correspondant par exemple à un doublement de l'effectif total en moins de 25 ans), qu'il s'agisse

(*) Chargé de Cours à l'Université Catholique de Louvain, Département de Démographie.

d'un vieillissement très accentué de la structure par âge (quand, par exemple, 20 % de la population est âgée de moins de 15 ans et 15 % a 65 ans ou davantage) ou même d'une réduction en chiffres absolus de la population totale. Il ne peut y avoir problème que par rapport à la poursuite d'objectifs que la société s'est assignés que ce soit dans le domaine social, culturel, économique ou même militaire. Le problème démographique est dès lors une inadéquation de l'état ou de l'évolution de la population par rapport à la poursuite de ces objectifs.

Pour résoudre ce problème, il s'agira soit de modifier les objectifs afin de les rendre compatibles — ou réalistes — par rapport à l'état ou à l'évolution de la population, soit d'agir sur celle-ci afin de tenter de réaliser tout de même les objectifs arrêtés.

Si l'on décide *d'agir sur la population* ⁽¹⁾, il faudra nécessairement viser à atteindre et à contrôler l'un ou l'autre composants du mouvement démographique, à savoir la natalité, la mortalité et la mobilité spatiale. Ces composants sont toutefois les résultantes de mécanismes complexes sur lesquels une politique démographique devrait avoir prise.

Sans entrer dans trop de détails, retenons que ces composants dépendent d'une part de l'initiative de l'individu ou du moins d'un ensemble de variables qui le caractérisent ; c'est finalement lui qui procréé, qui migre et qui meurt. Aussi la fécondité, et partant la natalité, dépend des attitudes, des projets et des décisions des individus ou des couples, de leurs comportements en matière de relations sexuelles, de contraception ou d'avortement, ainsi que d'autres éléments qui déterminent le degré de fertilité des unions c'est-à-dire leur capacité physiologique de procréer.

S'ils dépendent de l'individu, les composants du mouvement démographique sont d'autre part tributaires dans une large mesure du *contexte socio-culturel* au sein duquel s'inscrit l'individu. Les opinions, attitudes et comportements individuels sont en effet largement déterminés par la société. Ils dépendent d'un ensemble d'éléments constitutifs du niveau collectif de la réalité, éléments structurels et conjoncturels relevant de la vie sociale, culturelle et économique ; par exemple, les idéologies religieuses et politiques, la stratification sociale, la conjoncture économique, l'infra-structure médico-sociale, les institutions concernant le

(1) GERARD, H., *La politique de population : champ d'action et priorité*, United Nations, Technical background studies to the World Population Plan of Action. Preliminary Text, 1974, 32 p. .

mariage, la famille ou la socialisation des enfants, etc. Tous ces éléments, et les uns davantage que les autres, déterminent ce que l'on peut appeler des modèles culturels. Ceux-ci relèvent pour leur grande part du niveau inconscient; ils donnent forme à la vision que les individus ont des choses et déterminent le cadre au sein duquel peuvent s'élaborer leurs opinions, attitudes et comportements. En dehors de ce cadre, l'initiative individuelle est réprouvée socialement et si elle s'en écarte trop, peut même être impensable. Finalement, les modèles culturels déterminent ce qui peut être réalité.

Cette distinction entre les niveaux individuel et collectif de la réalité permet de dégager les deux grandes orientations possibles pour une politique démographique. Au niveau collectif, il s'agit de modifier les modèles culturels en agissant sur les variables cruciales qui les engendrent et les maintiennent. En principe, ce type d'action a pour résultat de contraindre les individus à décider librement ce que l'on désire qu'ils fassent. Cette stratégie est probablement la plus efficace mais exige des connaissances dont on ne dispose généralement pas et aussi une conscience politique peu commune de la part des dirigeants. Aussi généralement, les politiques en matière de population — et dans d'autres matières également d'ailleurs — ne relèvent pas de cette orientation, de façon délibérée tout au moins, et s'attachent surtout et presque exclusivement à influencer l'individu. Dans ce cas, les chances de succès de ces politiques dépendent étroitement de l'affinité existant entre les objectifs poursuivis et les modèles culturels.

Pour influencer l'individu, une politique peut adopter l'une des trois modalités suivantes :

- (a) mettre à la disposition de l'individu l'information et éventuellement les moyens techniques nécessaires (par exemple contraceptifs en ce qui concerne la fécondité, vaccins et médicaments en ce qui concerne la mortalité) pour qu'il puisse réaliser ou éviter les comportements visés. Cette modalité d'action suppose que le manque de connaissances ou de moyens techniques constitue le seul obstacle qui empêche l'individu de se comporter comme on le souhaiterait.
- (b) persuader l'individu de son intérêt à se comporter comme on le désire. Les techniques de persuasion sont multiples et vont du simple conseil sporadique au conditionnement pur et simple, en passant bien sûr par les divers stimulants honorifiques ou matériels. L'hypothèse sous-jacente ici ne fait dépendre la modification souhaitée que du bon vouloir de l'individu.

- (c) contraindre directement l'individu à adopter (obligation) ou à ne pas adopter (interdiction) certains comportements. Cette dernière modalité constitue l'objet précis de cette communication, mais il n'était pas inutile, je crois, de la resituer parmi les autres modalités qui s'offrent à une politique démographique.

2. CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA CONTRAINTE

Si la contrainte apparaît parfois comme la manière ultime pour s'assurer l'efficacité d'une politique, il ne faut pas oublier que son efficacité repose nécessairement sur la réalisation de certaines conditions.

Tout d'abord, le droit de contraindre en la matière, que revendique ou pourrait revendiquer une autorité déterminée, doit être reconnu et accepté socialement ou, tout au moins, admis bon gré mal gré. Ensuite cette autorité doit pouvoir exercer ce droit ; ceci exige une visibilité sociale suffisante de l'objet de l'interdiction ou de l'obligation, ainsi que l'existence d'un système de contrôle permanent ou, du moins, perçu comme tel par les individus.

Prenons l'exemple de l'âge au mariage. Dans les pays occidentaux, on reconnaît généralement au législateur le droit de fixer l'âge minimal au mariage. Il s'agit en outre d'une réalité bien visible, administrativement parlant tout au moins, étant donné l'existence des registres de l'état-civil. Il existe aussi un système de contrôle tel qu'il ne paraît pas possible d'enfreindre cette règle. Par conséquent, une modification de l'âge minimal au mariage paraît a priori très réalisable. Il en va tout autrement pour la plupart des pays sous-développés. Dans ceux-ci, généralement la majorité des gens ne connaissent pas leur âge sinon de façon très approximative ; l'état-civil est pratiquement inexistant et le mariage n'exige pas nécessairement la caution de l'administration. Dans une telle situation, une élévation de l'âge minimal légal au mariage, à des fins antinatalistes par exemple, a toutes les chances de rester lettre morte hormis les cas où la population reconnaîtrait au législateur une autorité morale telle qu'elle accepte librement de répondre à son attente.

La visibilité sociale de l'objet de la contrainte est donc une condition fondamentale à l'exercice de celle-ci. Il est nécessaire que le contrevenant doive s'afficher publiquement et encourir la désapprobation sociale en conséquence. Dès lors que l'on peut enfreindre l'obligation ou l'interdiction sans que personne n'en sache rien, l'efficacité d'une telle contrainte est considérablement réduite et ne peut plus se baser que sur

l'autorité morale du pouvoir ou, ce qui est plus fréquent, sur la délation.

Si maintenant en plus des difficultés de contrôle dues soit aux déficiences du système de contrôle lui-même, soit au manque de visibilité sociale de l'objet de contrainte, la population, ou une partie socialement significative, conteste le droit lui-même de contraindre en la matière, l'efficacité de cette contrainte devient de plus en plus douteuse. Peu à peu elle ne tiendra plus qu'à l'inertie mécanique des instruments de contrôle mis en place ; ceux-ci iront d'ailleurs en tombant progressivement en désuétude avec bien sûr, quelques soubresauts d'efficacité qui socialement apparaîtront de plus en plus anachroniques.

3. EFFICACITÉ DE L'INTERDICTION DE L'AVORTEMENT

En général la visibilité sociale de l'avortement peut aisément être camouflée en grande partie. Dans la mesure où l'on maintient le secret médical — et il semblerait assez peu réalisable actuellement de le mettre en question — on voit mal comment les autorités judiciaires auraient connaissance des cas d'avortement en dehors des dénonciations ou des plaintes. Or pour être efficace, la dénonciation doit être valorisée socialement et pour cela l'avortement devrait être considéré comme une sorte de trahison par rapport au système de valeurs prôné par la société. Sans cela, la dénonciation se réduit rapidement à la délation et celle-ci ne tarde pas à devenir gênante pour le système de répression.

En fait l'interdiction de l'avortement a eu sans aucun doute et a encore une certaine efficacité. Il est toutefois malaisé d'en estimer l'impact si ce n'est de façon approximative par l'augmentation dans le nombre d'avortements, consécutive à une libéralisation à cet égard ; mais la mesure de cette augmentation rencontre aussi pas mal de difficultés ⁽²⁾. Cette interdiction, cependant, n'a pas réussi à supprimer la pratique de l'avortement, ni même à la réduire à une proportion minimale et irréductible, et ceci en dépit d'une diffusion croissante de la contraception, et d'une contraception de plus en plus efficace. Au contraire, on assiste à un mouvement

⁽²⁾ Cette mesure se base en effet sur l'estimation du nombre d'avortements pratiqués clandestinement avant la modification de la loi. Cette estimation est très malaisée et peut aboutir à des résultats très différents. Par exemple, mentionnons la controverse à propos de la Grande-Bretagne entre W. H. JAMES (*The incidence of Illegal Abortion*, dans *Population Studies*, 25, 1971, 2, 327-339) et C. B. GOODHART (*On the Incidence of Illegal Abortion. With a reply to Dr. W. H. James*, dans *Population Studies*, 27, 1973, 2, 207-233).

en faveur de l'avortement, qui gagne en ampleur et en pouvoir politique et qui revendique même publiquement l'avortement comme un «droit» au même titre que le travail, l'égalité des sexes, etc.

Actuellement, l'interdiction de l'avortement se heurte de plus en plus à une évolution sociale qui, dans plusieurs pays, l'a emporté au point que l'avortement a été très largement libéralisé, c'est-à-dire que non seulement l'interdiction a été levée mais que, en outre, des services adéquats ont été établis par la société pour permettre à la population d'avoir aisément accès à cette pratique.

S'interroger sur les causes de cette évolution dépasse bien sûr le cadre de cet exposé. Brièvement cependant, on peut retenir que ce mouvement est sans aucun doute soutenu de façon délibérée au niveau international par des organisations telles que l'I.P.P.F. (International Planned Parenthood Federation) par exemple. Néanmoins l'existence de ce soutien international et sa réussite elle-même dépendent de la réponse que ce mouvement trouve au sein des diverses populations. Ce sont les causes de cette réponse favorable qui sont les réels déterminants de cette évolution et aussi, dans une grande partie, de l'existence du soutien international.

A ce sujet, je me limiterai à reprendre une hypothèse explicative avancée par un sociologue américain. Etudiant l'évolution de la pratique de l'avortement et de la législation en la matière aux U.S.A., R. SAUER ⁽³⁾ pense que le principal facteur de cette évolution est le développement des «low fertility values» ⁽⁴⁾, c'est-à-dire d'un modèle culturel prônant une dimension familiale réduite. Il ne s'agit pas ici d'accuser l'égoïsme ou le matérialisme des couples ; la discussion se situe à un autre niveau de la réalité que le niveau individuel. C'est en quelque sorte la société elle-même qui se construit et évolue en fonction d'une dimension familiale réduite et celle-ci devient presque une condition de participation à cette société. Dans cette situation, selon l'auteur, l'avortement serait inévitable et la société se trouve dès lors confrontée à un dilemme : modifier son éthique et ses lois ou amener les couples à garder leurs grossesses non désirées. Aux Etats-Unis, comme dans d'autres pays, la société a opté pour le premier terme du dilemme et l'avortement a été libéralisé. L'auteur n'envisage pas la possibilité de réaliser le second terme, sans doute parce qu'il se rend

⁽³⁾ SAUER R., *Attitudes to Abortion in America, 1800-1973*, dans *Population Studies*, 28, 1974, 1, 53-67.

⁽⁴⁾ ID., p. 65.

compte que cela impliquerait des changements sociaux trop profonds, et jusqu'à présent les sociétés n'ont jamais suscité et programmé délibérément de tels changements.

On peut certes s'interroger sur les raisons d'une telle demande pour l'avortement alors que l'on dispose actuellement de moyens contraceptifs très efficaces. A ce propos je me demande si une cause très importante n'est pas justement liée à l'existence de contraceptifs efficaces comme la pilule et le stérilet. La découverte de ces techniques est le résultat d'un mouvement d'idées et de recherches en faveur d'une efficacité totale des comportements de planification de la fécondité. Ce mouvement s'est d'ailleurs affirmé sans distinction d'idéologie et caractérise également les recherches à propos de la continence périodique ; que l'on songe par exemple aux recherches sur la courbe de température et sur les divers symptômes qui permettraient de prévoir le moment de l'ovulation.

L'apparition de la pilule a concrétisé aux yeux du grand public la possibilité d'une contraception totalement efficace, et la signification de la contraception s'en est trouvée peu à peu changée. Auparavant, la contraception apparaissait davantage comme réduisant le risque de conception sans pour autant l'éliminer. Le projet de procréation (espacement et nombre de naissances) était dès lors élaboré en conséquence, l'enfant-accident y avait sa place. Actuellement, il existe des techniques qui éliminent, en principe, tout risque de conception, et les couples en arrivent progressivement à considérer la contraception en tant que telle, et non seulement telle méthode déterminée, comme pouvant et devant éliminer tout risque de conception. Les couples admettent de moins en moins l'éventualité d'un échec et ils réduisent considérablement la marge de variation admise dans leur projet de procréation et cela, quelle que soit la méthode de contraception utilisée. Cette faible relation entre le refus de l'accident et l'efficacité de la pratique contraceptive (due à la méthode utilisée ou à la façon de l'utiliser) expliquerait en partie tout au moins le fait que l'avortement tend à être considéré actuellement comme une nécessité.

Au total donc, si l'interdiction de l'avortement a poussé à en réduire la pratique, celle-ci n'a jamais été éliminée et tend actuellement à se répandre fortement. L'évolution des mentalités est telle que le pouvoir répressif se voit de plus en plus condamné à ne plus agir et on voit mal comment on pourrait lui rendre une efficacité perdue ou, peut-être même, jamais acquise.

4. PORTÉE DÉMOGRAPHIQUE DE L'INTERDICTION DE L'AVORTEMENT

Terminant son ouvrage consacré à l'avortement, un auteur écrit : «The study of induced abortion begins as does the alphabet — Abortion : Bias, Confusion, Diversity»⁽⁵⁾, et ceci est particulièrement vrai si l'on désire mesurer les conséquences démographiques de l'interdiction ou de la libéralisation de l'avortement.

D'une part, toutes les évaluations que l'on peut faire sont biaisées à des degrés qui ne sont pas souvent estimables ; en effet, on ne mesure pas l'effet du phénomène concerné à l'état pur mais bien l'effet d'une certaine combinaison de ce phénomène avec d'autres éléments. D'autre part les résultats sont généralement assez confus : les relations n'apparaissent pas nettement au point de ne permettre qu'une seule interprétation. Enfin ils sont également divers ; lorsque l'on observe une relation quelque part, on peut très souvent trouver autre part une absence de relation ou une relation opposée ; ce qui rend toute généralisation douteuse et souvent impossible, par conséquent particulièrement à la merci d'a priori idéologiques.

Aussi reconnaissons dès l'abord qu'il n'est généralement pas possible de mesurer l'effet démographique de l'interdiction de l'avortement. Pour cela il faudrait connaître le nombre d'avortements clandestins et pouvoir estimer le nombre d'avortements qu'il y aurait eu si ceux-ci n'avaient pas été interdits.

Néanmoins une chose est certaine : l'interdiction de l'avortement n'a pas influencé l'évolution générale de la fécondité. D'une part, elle n'a empêché aucun pays de connaître le déclin de la fécondité qui caractérise la transition démographique, c'est-à-dire le passage d'une situation où la natalité et la mortalité sont élevées à une situation où le niveau de chacune d'elles est très faible. D'autre part, elle n'a pas empêché non plus l'apparition de niveaux de fécondité parmi les plus faibles semblables à ceux des pays où l'avortement est libéralisé (cf. Fig. 1).

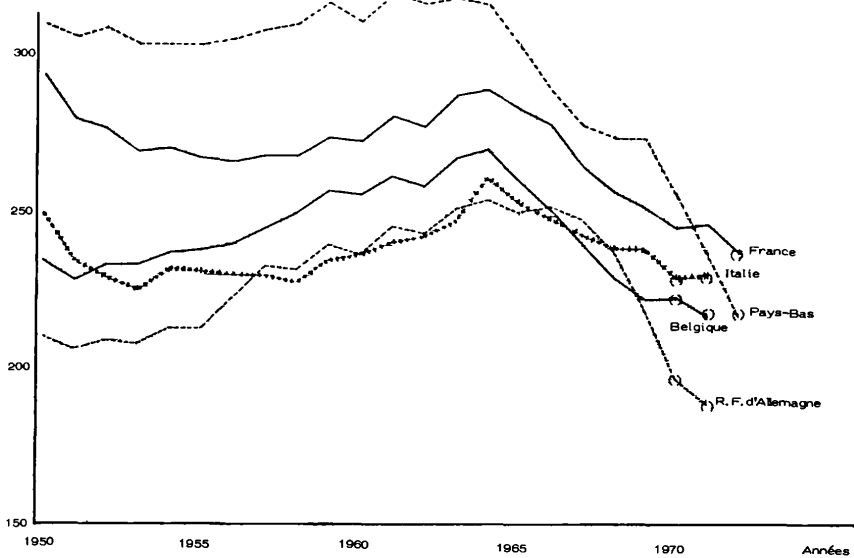
Cette toile de fond étant brossée, voyons ce qui se passe lorsque l'avortement est libéralisé plus ou moins largement. Cette approche permettra une première appréciation du rôle démographique que l'interdiction de l'avortement pourrait avoir. Comme on le devine, cette approche est entachée de plusieurs biais ; parmi ceux-ci rappelons le fait que la

(5) MOORE-CAVAR E. C., *International Inventory of Information on Induced Abortions*, New York, Columbia University, International Institute for the Study of Human Reproduction, 1974, p. 635.

Somme des taux de fécondité par âge en %

Figure 1.a

LA FECONDITE DANS DIFFERENTS PAYS EUROPEENS. EVOLUTION DE LA SOMME DES TAUX DE FECONDITE GENERALE PAR AGE EN % (1)



(1) La somme des taux de fécondité générale par âge est une mesure du niveau de la fécondité qui élimine l'effet de la structure par âge de la population. Elle ne correspond pas à une réalité concrète ; elle peut tout au plus être considérée comme le nombre de naissances issues d'une génération fictive de 100 femmes, qui de 15 à 50 ans, ne subirait pas la mortalité ni la migration mais connaîtrait à chaque âge les taux de fécondité observés au cours d'une année donnée aux âges correspondants dans la population étudiée.

N.B. Les points qui correspondent à des estimations ont été placés entre parenthèses.

Source : MARCHAL F., RABUT O., *Evolution récente de la fécondité en Europe occidentale*, dans *Population*, 27, 1972, 4-5, 839 ; X., *La situation démographique de la France en 1972*, dans *Population*, 28, 1973, 6, 1042.

libéralisation implique davantage que la simple levée d'interdiction puisqu'elle veille également à mettre en place une infrastructure médico-sociale adéquate afin de rendre l'avortement également accessible à tous.

Dès qu'un pays libéralise l'avortement, l'effet le plus visible est bien sûr une augmentation du nombre absolu des avortements légaux, de même l'apparition officielle de ce type d'avortements (6). Cette augmentation des

(6) Cf. à ce propos TIETZE C., DAWSON D. A., *L'avortement provoqué : un tour d'horizon*, dans *Bulletins de démographie et de planning familial*, 14, 1974, tab. 1, pp. 10-20.

avortements ne nous permet guère cependant de conclure à un effet de plus en plus dépressif sur la fécondité, car toutes les grossesses avortées légalement suite à la modification législative n'ont pas le même impact démographique. Parmi ces grossesses on peut en effet distinguer (7) :

- (a) celles qui auraient tout de même été avortées clandestinement ;
- (b) celles qui, en l'absence de la libéralisation n'auraient pas existé et donc n'auraient pas été avortées car elles sont la conséquence :
 - (b1) soit d'une plus grande liberté dans les relations sexuelles vu la possibilité d'avortement (ces grossesses sont donc le résultat de relations sexuelles qui n'auraient pas eu lieu) ;
 - (b2) soit d'un relâchement dans la pratique de la contraception étant donné la possibilité d'avortement ;
 - (b3) soit encore d'un temps de procréation rendu à nouveau libre par un avortement provoqué antérieur, fait dans le cadre de la libéralisation ;
- (c) enfin les grossesses qui n'auraient pas été avortées, parmi lesquelles on doit distinguer :
 - (c1) celles qui se seraient terminées par un décès intra-utérin (avortement spontané et mort-né) ;
 - (c2) celles qui auraient été menées à terme et auraient donné lieu à une naissance vivante.

Seule cette dernière catégorie d'avortements (c2) a un effet dépressif sur la fécondité, qui soit nouveau et spécifique à la libéralisation. Seulement il est malaisé de déterminer l'importance de cette catégorie d'avortements dans la mesure surtout où l'on ne connaît pas grand chose, et peut-être même rien de valable, à propos du nombre d'avortements clandestins.

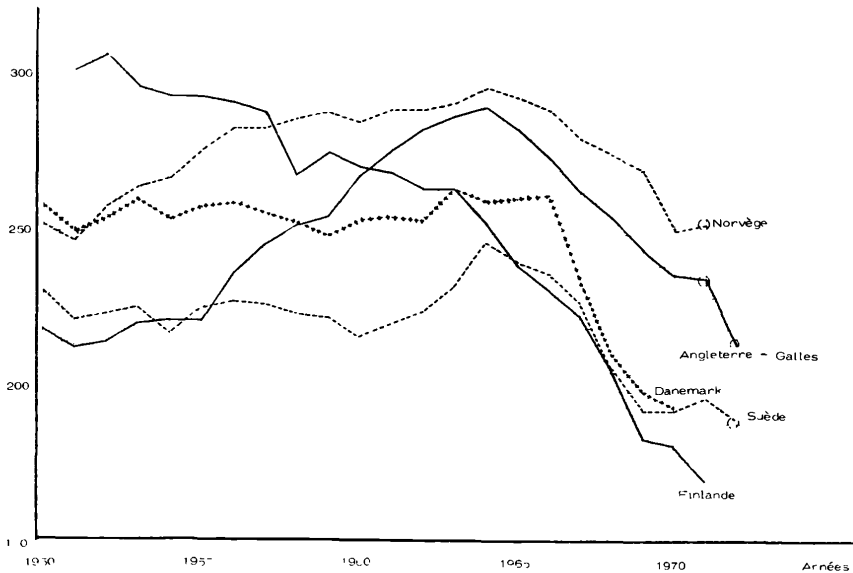
Comme l'analyse à partir de l'évolution du nombre d'avortements n'est guère aisée, on peut se reporter sur l'analyse de l'évolution de la fécondité consécutive à une libéralisation. A nouveau, cette approche ne permettra pas de dégager une conclusion indiscutable sur l'effet démographique de la libéralisation de l'avortement. En effet, même si elle est souvent accompagnée par une période de réduction de la fécondité (cf. Fig. 1), la libéralisation ne paraît pas affecter la tendance fondamentale de la fécon-

(7) En nous inspirant de la classification élaborée par TIETZE C., *The demographic significance of Legal Abortion in the United States*, dans *International Population Conference, Liège 1973*, IUSSP, Liège, 1974, vol. II, p. 334.

Somme des taux
de fécondité par
âge en %

Figure 1.b

LA FECONDITE DANS DIFFERENTS
PAYS EUROPEENS. EVOLUTION DE
LA SOMME DES TAUX DE FECON-
DITE GENERALE PAR AGE EN % (1)



(1) La somme des taux de fécondité générale par âge est une mesure du niveau de la fécondité qui élimine l'effet de la structure par âge de la population. Elle ne correspond pas à une réalité concrète ; elle peut tout au plus être considérée comme le nombre de naissances issues d'une génération fictive de 100 femmes, qui de 15 à 50 ans, ne subirait pas la mortalité ni la migration mais connaîtrait à chaque âge les taux de fécondité observés au cours d'une année donnée aux âges correspondants dans la population étudiée.

N.B. Les points qui correspondent à des estimations ont été placés entre parenthèses.

Source : MARCHAL F., RABUT O., *Evolution récente de la fécondité en Europe occidentale*, dans *Population*, 27, 1972, 4-5, 839 ; X., *La situation démographique de la France en 1972*, dans *Population*, 28, 1973, 6, 1042.

dité. Comme généralement la libéralisation intervient au cours d'une période de déclin de la fécondité, celui-ci se maintient sans marquer d'accentuation particulière consécutive à la modification de la loi. C'est le cas notamment de la plupart des pays de l'Est : la Pologne, la Roumanie et la Hongrie qui libéralisèrent l'avortement en 1956, la Tchécoslovaquie qui le fit en 1957 et la Yougoslavie en 1960. Seules la Bulgarie et récemment l'Allemagne de l'Est, qui libéralisèrent l'avortement respectivement en 1956 et en 1972, ont marqué une accentuation du déclin de la fécondité

immédiatement consécutif à la libéralisation⁽⁸⁾ ; en ce qui concerne la Bulgarie d'ailleurs, cette accentuation ne fut que passagère. Notons aussi qu'aucun effondrement de la fécondité n'est survenu en URSS après la libéralisation en 1955 et que certains pays, comme la Tchécoslovaquie, la Suède ou la Norvège par exemple, ont même connu des regains de la fécondité en dépit du fait que l'avortement était libéralisé.

En conséquence, même si elle doit avoir des effets plutôt dépressifs, la libéralisation de l'avortement ne paraît pas entraîner nécessairement un effondrement de la fécondité, ni même une accentuation marquée persistante d'un déclin préexistant. Les conséquences démographiques d'une libéralisation paraissent dépendre étroitement de certaines caractéristiques de la situation du pays au moment de la libéralisation : niveau de la fécondité, diffusion de l'avortement clandestin, importance et efficacité de la pratique de la contraception, et opinions de la société à l'égard de l'avortement⁽⁹⁾. Ainsi, certains pays comme la Russie par exemple, semblent avoir libéralisé l'avortement davantage pour des raisons idéologiques que pour répondre à une demande réelle d'une part importante de la population. D'autres, par contre, ont répondu avant tout aux attentes de la population qui voulait, ou se trouvait dans la nécessité de réduire la fécondité sans pour autant disposer déjà d'une pratique de la contraception suffisante et efficace. D'autres enfin ont pu libéraliser l'avortement en cédant finalement aux pressions de plus en plus grandes de la population qui, bien que recourant à la contraception, en arrive à refuser de plus en plus les échecs dus à sa pratique et veulent un moyen pour pouvoir non plus seulement les éviter mais aussi les réparer. Enfin comme le remarque un auteur, les conséquences démographiques vont aussi dépendre «de l'incitation à l'avortement provoqué qu'entraîne la législation adoptée, chez les femmes qui sans cela auraient mené leur grossesse à terme»⁽¹⁰⁾. A ce propos, il y aurait pas mal de choses à dire sur les conséquences fâcheuses que peut susciter notamment la controverse actuelle sur l'avortement en Belgique. Partisans et opposants se braquent sur leur optique à un point tel

(8) FESTY P., *La situation démographique des deux Allemagnes*, dans *Population*, 29, 1974, 4-5, 795-824.

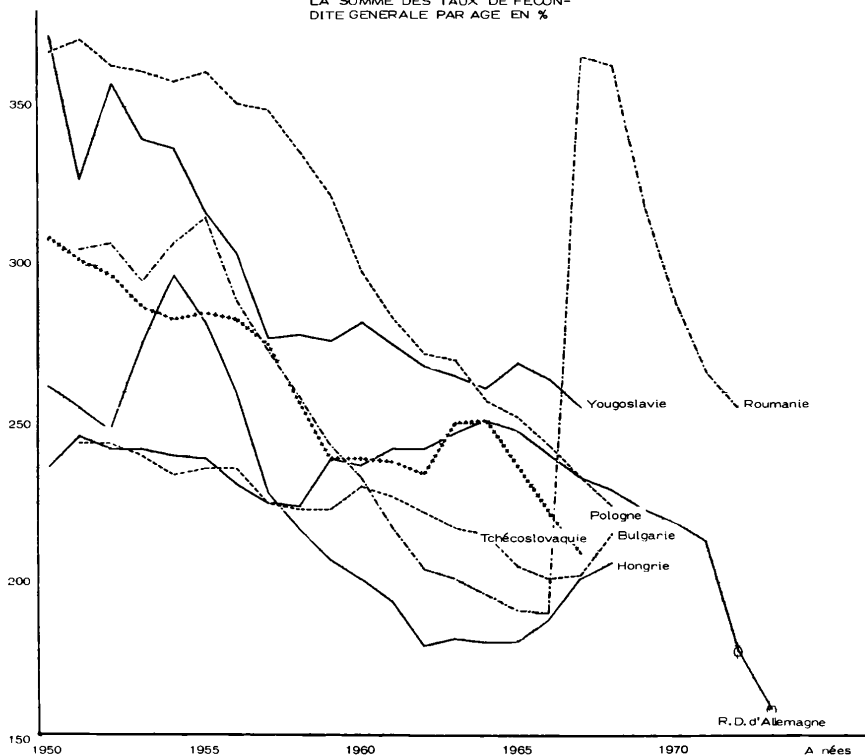
(9) KLINGER A., *Incidence of Abortion : Methodology of Assessment and Impact on Fertility*, dans *Organizer's paper*, IUSSP's International Population Conference, 1973 (ronéo), p. 8.

(10) *La situation démographique en France en 1972*, dans *Population*, 28, 1973, 6, p. 1053.

Somme des taux de fécondité par âge en %

Figure 1.c

LA FECONDITE DANS DIFFERENTS PAYS EUROPEENS. EVOLUTION DE LA SOMME DES TAUX DE FECONDITE GENERALE PAR AGE EN %



(1) La somme des taux de fécondité générale par âge est une mesure du niveau de la fécondité qui élimine l'effet de la structure par âge de la population. Elle ne correspond pas à une réalité concrète ; elle peut tout au plus être considérée comme le nombre de naissances issues d'une génération fictive de 100 femmes, qui de 15 à 50 ans, ne subirait pas la mortalité ni la migration mais connaîtrait à chaque âge les taux de fécondité observés au cours d'une année donnée aux âges correspondants dans la population étudiée.

N.B. Les points qui correspondent à des estimations ont été placés entre parenthèses.

Source : BLAYO C., *Fécondité, contraception et avortement en Europe de l'Est*, dans *Population*, 25, 1970, 4, 846 ; FESTY P., *La situation démographique des deux Allemagnes*, dans *Population*, 29, 1974, 4-5, 822 ; RETEGAN G., PĂCURARU I. (dir. par), *La population de la Roumanie*, Bucarest, Ed. Méridiane, CICRED Series, 1974, 18.

qu'ils en arrivent à dire des «bêtises» pour prouver qu'ils ont raison. Le malheur veut qu'une «bêtise» dite par une personnalité scientifique ou morale peut être comprise comme une vérité sûre par l'homme de la rue!

Une autre approche pour apprécier l'impact démographique de l'interdiction de l'avortement consiste à analyser l'évolution de la fécondité quand, après avoir été libéralisé pendant toute une période, l'avortement se trouve à nouveau frappé par des mesures restrictives. C'est notamment le cas de la Roumanie qui libéralise très largement l'avortement en 1956 mais y met des restrictions assez importantes en 1966⁽¹¹⁾. Toutefois comme celles-ci furent accompagnées de mesures résolument pronatalistes, nous risquons de surestimer l'augmentation de fécondité qui pourrait découler des restrictions mises à l'avortement.

En 1966, le taux brut de natalité de la Roumanie⁽¹²⁾ était de 14,3‰, niveau le plus faible qu'il n'ait jamais atteint ; l'année suivante il passait à 27,4‰ soit une augmentation brutale de 92% dont la majeure partie sinon l'entièreté, semble devoir être attribuée aux restrictions qui furent établies en octobre 1966. Après ce point culminant de la seule année 1967, le taux de natalité se réduit de façon continue pour atteindre 18,8‰ en 1972, soit une réduction de 31% en cinq années, et rien ne permet de croire que le déclin ne s'accroîtra pas encore. Une variation identique se retrouve quand on mesure la fécondité en éliminant les effets perturbateurs introduits par la structure par âge (cf. Fig. 1c), et des variations plus impressionnantes encore apparaissent pour la fécondité de certaines catégories d'âges. Ainsi en est-il par exemple pour les femmes âgées de 30 à 39 ans où la fécondité augmente de plus de 130% de 1966 à 1967 mais est déjà réduite de plus de 30% en 1972 (cf. Fig. 2).

On en arrive par conséquent à penser que si la législation à l'égard de l'accessibilité à l'avortement peut parfois entraîner des effets nuisibles à court terme, elle ne modifie pas nécessairement la fécondité des individus à plus long terme⁽¹³⁾. Après tout, comme le faisait remarquer un auteur, l'avortement est seulement une méthode dont l'emploi dépendra du libre

(11) En dépit de ces restrictions, l'avortement y reste cependant d'accès nettement plus aisé qu'en Belgique.

(12) TEITELBAUM M. S., *Fertility Effects of the Abolition of Legal Abortion in Romania*, dans *Population Studies*, 26, 1972, 3, 405-417.

RETEGAN G. et PĂCURARU I. (dir. par) *La population de la Roumanie*, Bucarest, Ed. Méridiane, CICRED Series, 1974, pp. 18-20.

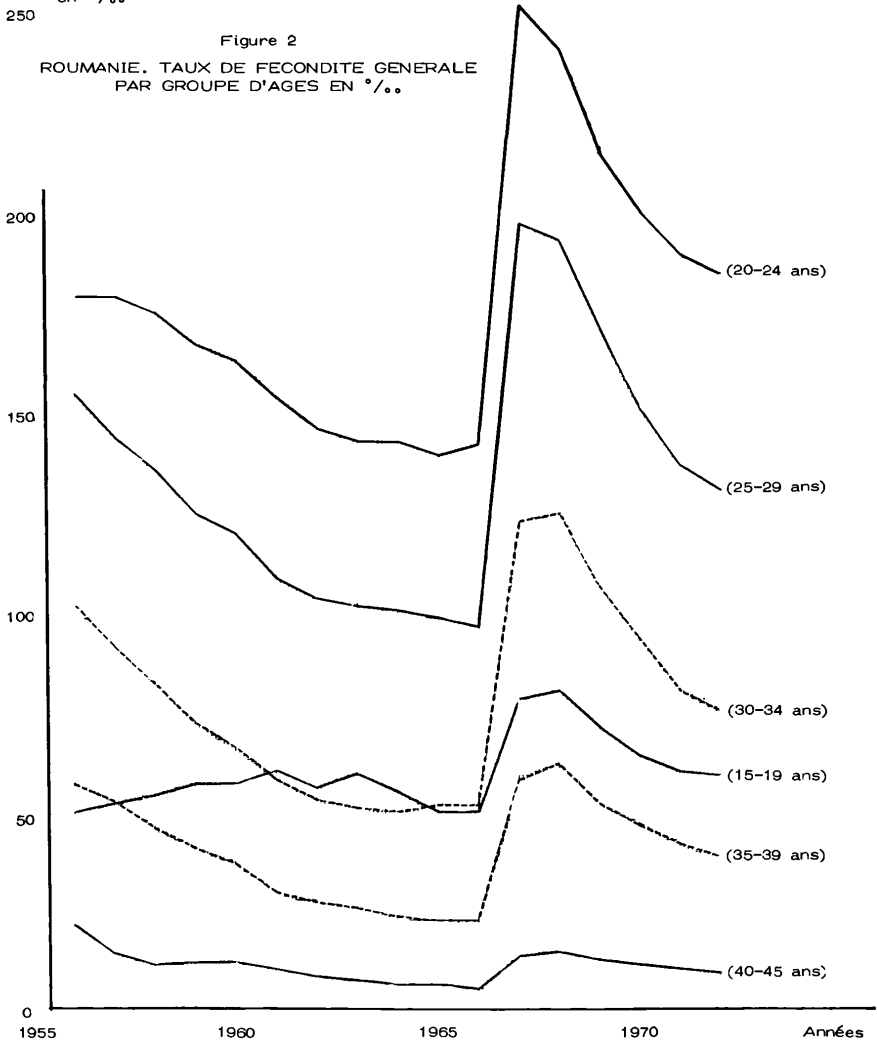
(13) Cf. KLINGER A., *op. cit.*, p. 11.

Taux de fécondité
par groupes d'âge
en ‰

250

Figure 2

ROUMANIE. TAUX DE FECONDITE GENERALE
PAR GROUPE D'AGES EN ‰



Source : RETEGAN G., PĂCURARU I. (dir. par), *La Population de la Roumanie*, Bucarest, Ed. Méridiane, CICRED Series, 1974, p. 18.

choix de l'individu ⁽¹⁴⁾ et sera lié à ses aspirations en matière de fécondité. La libéralisation donne un moyen supplémentaire et efficace pour ne pas procréer des enfants non-désirés ; sans cette libéralisation ou si on restreint l'accès à l'avortement antérieurement libéralisé, les couples finissent bien par trouver des moyens de remplacement.

Ceci ne nous permet donc pas de conclure de façon nette et univoque sur les conséquences démographiques de l'interdiction ou de la libéralisation de l'avortement. Néanmoins deux résultats peuvent être dégagés qui me paraissent fondamentaux et très utiles.

Tout d'abord, libéraliser l'avortement n'entraîne pas nécessairement un déclin marqué ou une accélération nette du déclin de la natalité. Corrolairement, l'interdiction de l'avortement n'empêche pas nécessairement le déclin brusque et accentué de la fécondité.

En second lieu, l'évolution de la fécondité ne paraît guère déterminée par la législation en matière d'avortement, mais plutôt par d'autres éléments culturels et sociaux. Finalement on peut penser que le déclin de la fécondité, le recours à l'avortement et la libéralisation de cette pratique sont tous trois les conséquences d'une évolution socio-culturelle plus profonde ; il serait donc vain de vouloir établir entre eux des liens de causalité suffisante.

Dès lors si l'on veut freiner le déclin de la fécondité et surtout renverser cette tendance, ce n'est pas sur la disponibilité de l'avortement et de la contraception qu'il faut agir. Outre son efficacité plus que douteuse, cette stratégie revient également à baser une politique démographique sur les erreurs et l'ignorance des individus. Une telle option ne devrait-elle pas être justifiée par l'urgence du problème à résoudre ? De plus comment la concilier avec l'affirmation de la nécessité de l'éducation à la maîtrise de la fécondité ? N'est il pas aberrant d'invoquer l'argument démographique pour interdire ou réduire l'accès à l'avortement dès lors que l'on admet et encourage parallèlement les recherches pour trouver le moyen de réaliser un contrôle parfait de la fécondité ? Ce contrôle parfait, c'est-à-dire totalement efficace et acceptable ⁽¹⁵⁾, ne devrait-il pas amener un déclin de la

⁽¹⁴⁾ BRACKETT J. W., *Demographic Consequences of Legal Abortion*, in NEWMAN S. M. et al., *Abortion, Obtained and Denied, Research Approaches*, New York, The Population Council, 1971, p. 104.

⁽¹⁵⁾ Cf. BUMPASS L., WESTOFF C. F., *The «Perfect Contraceptive» Population*, dans *Science*, 169, 1970, 3951, 1177-1182 ; UDRY J. R., BAUMAN K. E., CHASE C. L., *Population Growth Rates in Perfect Contraceptive Populations*, dans *Population Studies*, 27, 1973, 2, 365-371.

fécondité nettement plus grand que la libéralisation de l'avortement? Il en irait ainsi si l'on suppose que la fécondité actuellement réalisée est dans l'ensemble supérieure à celle qui est désirée ; hypothèse sur laquelle se base l'argument démographique que l'on oppose à la libéralisation de l'avortement.

Si donc on veut arrêter le déclin de la fécondité, voire même augmenter celle-ci, il est indispensable d'agir sur ce qui amène les couples à limiter leurs naissances plutôt que sur les moyens pour le faire. Ce sont les aspirations des couples vis-à-vis du nombre d'enfants qui doivent être modifiées et pour cela il ne suffit pas de s'adresser directement à l'individu en essayant de le persuader. Il est indispensable de créer une société accueillante à l'enfant et aux parents, de modifier les modèles culturels relatifs à la procréation, et à la famille, aux relations entre profession et famille, au rôle de la femme dans la société et de l'homme dans la famille, etc., bref, il est nécessaire de transformer la société de telle sorte que les couples se trouvent contraints de décider librement d'avoir plus d'enfants.

5. A PROPOS DE LA BELGIQUE

Dans notre pays, la situation démographique est plutôt stagnante et les projections de population⁽¹⁶⁾ suggèrent la possibilité d'une réduction prochaine de la population en chiffres absolus et, bien sûr d'une accentuation du vieillissement.

Sans doute, cette crainte est-elle déjà apparue à d'autres moments de notre histoire, par exemple autour des années trente, et plus récemment autour des années soixante où elle a donné lieu au «Rapport Sauvy» et au «Rapport Delpérée». En dépit de cela la population belge s'est maintenue et s'est même accrue très légèrement. Pourtant, il ne faudrait pas prendre à la légère la situation actuelle dans la mesure tout au moins où l'on veut la continuation de la Belgique et où l'on refuserait de s'en remettre plus ouvertement à l'immigration pour peupler notre pays⁽¹⁷⁾.

⁽¹⁶⁾ DAMAS H., WATTELAR C., *Prévisions de population par province pour la période 1971-1980, à partir des données provisoires du recensement belge de 1970*, dans *Population et Famille*, 1973, 3, 133-156 ; WATTELAR C., DAMAS H., *Perspectives de population par arrondissement, par sexe et par âge (1971-1985). Extrapolation des tendances récentes (à paraître)*.

⁽¹⁷⁾ Cf. notamment les résultats de la journée d'études consacrée à la population wallonne organisée par le C.E.R.W. : *Wallonie 74*, 5, 95-357 ; et *L'entreprise et la société*

Nous ne savons pas grand chose du rôle que l'avortement clandestin a joué dans cette évolution de la population. Certains le disent important, d'autres tendent à le minimiser. Quoi qu'il en soit, son rôle se réduit presque totalement à être un moyen permettant d'éviter la procréation. Sur le plan d'une politique, l'élément essentiel à influencer est la volonté d'éviter la procréation plus que les moyens utilisés pour y parvenir, et l'analyse qui précède ne fait qu'étayer cette opinion.

Par conséquent, pour la Belgique comme pour les pays qui ne cherchent pas à réduire leur fécondité⁽¹⁸⁾, la décision sociale à l'égard de l'avortement : libéraliser ou interdire, ne relève pas de considérations démographiques. Cependant si l'argument démographique ne paraît pas pertinent, cela ne signifie aucunement que les aspects démographiques ne doivent pas être envisagés, quelle que soit d'ailleurs la décision prise à l'égard de l'avortement. Dans cette optique et en ce qui concerne l'avortement, la meilleure voie me semble être celle qui vise à rendre cette pratique inutile. Pour ce faire, il ne s'agira pas tellement de persuader l'individu de ne pas recourir à l'avortement en le sensibilisant au caractère « horrible » de cette pratique. Cette sorte de conditionnement idéologique ou sentimental est éphémère et résiste peu à la confrontation avec le vécu quotidien sauf s'il est intégré dans un vaste mouvement de réaction ou de renouveau global aux niveaux éthique, culturel, social et politique. Il s'agira plutôt de le rendre inutile par la suppression des causes réelles relevant par exemple du manque d'éducation sexuelle, des problèmes liés aux conditions économiques ou sociales de vie (logement, revenus, légitimité, horaire de travail, etc.) et surtout, dans le cadre d'une politique pro-nataliste des modèles culturels prônant une dimension familiale réduite⁽¹⁹⁾.

Si l'interdiction n'a pas réussi à supprimer l'avortement, une politique visant résolument à éliminer les causes qui conduisent à y recourir, réussira sans doute à réduire considérablement cette pratique qui, pour beaucoup, reste non souhaitable et n'est certes pas un progrès humain même si elle peut paraître actuellement nécessaire.

belge d'aujourd'hui, Deuxième rapport annuel de la FEB, juin 1974, 116 p. (consacré aux problèmes démographiques).

(18) Quand il s'agit de réduire la fécondité, libéraliser l'avortement peut être une condition très utile même si elle n'est aucunement suffisante.

(19) LOHLÉ-TART L., GÉRARD H., *Contraception et avortement en Belgique. Points de vue sociologiques et démographiques*, (ronéo 14 p.), in *Jeunes Sociaux Chrétiens, Commission Nationale sur les Libertés Nouvelles*, 1973.

LA SITUATION BELGE

Situation de l'avortement sur le plan politique en Belgique

par H. Hasquin (*)

Pour comprendre la situation politique telle qu'elle se présente en matière de problèmes éthiques, il importe de remonter aux premiers jours de 1973. Le pays traversait alors une crise politique qui s'éternisait depuis la démission du gouvernement Eyskens-Cools intervenue à l'automne 1972. C'est sur ce climat tendu que se greffa «l'affaire Peers» (1) qui donna plus d'acuité encore au problème de l'avortement qui avait pourtant déjà été l'objet de nombreuses controverses dans les milieux parlementaires à l'occasion de la proposition de loi déposée par le sénateur socialiste W. Calewaert (2). L'ambiance était donc fiévreuse en janvier 1973. Les passions s'exacerbèrent et ce fut dans ce contexte que le 21 janvier, le Congrès du parti socialiste qui allait quelques heures plus tard se prononcer en faveur de la participation gouvernementale, adopta par acclamations une motion présentée par W. Calewaert : elle affirmait la sympathie du P.S.B. au docteur W. Peers, emprisonné, tout en réclamant que des mesures soient prises en vue de régler le problème de l'avortement (3).

Un gouvernement tripartite — socialistes, sociaux-chrétiens (P.S.C.-C.V.P.) et «libéraux» (P.L.P.-P.V.V.) — fut enfin constitué sous la houlette du socialiste E. Leburton (25 janvier 1973). Ce qui frappa dans

(*) Chargé de Cours à l'Université Libre de Bruxelles, Faculté de Philosophie et Lettres.

(1) Le gynécologue namurois Willy Peers, maître de stage à l'Université de Bruxelles, fut arrêté sous l'inculpation d'avoir pratiqué des avortements en milieu hospitalier.

(2) Documents parlementaires, Sénat de Belgique, session 1970-1971, 18 février 1971 (n° 280).

(3) *Le Peuple*, 22 janvier 1973.

les semaines qui suivirent, ce fut l'extrême timidité socialiste ; la déception était d'ailleurs vive dans les rangs du parti dans la mesure où, contrairement à l'attente, M. Calewaert n'avait pas hérité du portefeuille de la Justice ; on lui avait confié celui de l'Education nationale (secteur flamand).

La première initiative marquante fut le fait du groupe communiste de la Chambre : M^{me} Noëlla Dinant déposa le 22 février 1973 une proposition de loi libéralisant l'avortement dont la teneur était la suivante :

- abrogation de l'article 351 et des alinéas 5 et 6 de l'article 383 du Code pénal
- remplacer l'article 353 de ce Code par des dispositions stipulant que l'interruption de grossesse ne constituait pas une infraction dans le cas où elle était pratiquée
 1. dans les douze semaines de la conception
 2. en milieu hospitalier
 3. à la demande de la femme
- ces actes d'interruption de grossesse étaient assimilés à des actes médicaux ; ils devaient par conséquent «être effectués au tarif fixé par la sécurité sociale et remboursés par celle-ci (4).

En fait, ce fut au sein du P.S.C.-C.V.P. que les événements les plus marquants allaient se dérouler (5). Le 28 février, en effet, les sociaux-chrétiens francophones et flamands rendaient publique une déclaration commune qui s'inscrivait en partie d'ailleurs dans le sillage des résolutions du congrès qu'avait tenu le P.S.C. à Binche en octobre de l'année précédente. Se distançant en cela des positions officielles de l'Eglise (6), les dirigeants du P.S.C.-C.V.P. se déclaraient partisans

1. d'une légalisation de l'avortement thérapeutique
2. d'une information en matière de contraception et de planning familial.

Sur ce dernier point notamment, les responsables politiques catholiques étaient en effet acculés à lâcher du lest sous peine d'être taxés d'un manque d'esprit de conséquence : comment pourraient-ils encore s'opposer à la

(4) Documents parlementaires, Chambre des représentants, 483 (1972-1973) n° 1.

(5) Sur ces épisodes, cf. H. HASQUIN, *Les milieux catholiques belges, la contraception et l'avortement principalement depuis Humanae Vitae*, Problèmes d'histoire du christianisme, t. IV, 1973-1974, pp. 79 et sv. et pièces justificatives publiées en annexe à cet article.

(6) Exprimées dans l'encyclique *Humanae Vitae* (août 1968).

libéralisation de l'interruption de grossesse en affirmant qu'il fallait prévenir l'avortement alors que dans le même temps on interdisait l'information en matière de contraceptifs? Ce réajustement des positions sociales-chrétiennes déboucha quelques mois plus tard sur l'abrogation des trois alinéas du Code pénal relatifs à la publicité pour les contraceptifs (loi du 9 juillet 1973).

Mais l'évolution de l'opinion sociale-chrétienne ne s'arrêta point là. Les Jeunes sociaux-chrétiens (Binche — mai 1973) se déclarèrent bientôt en faveur d'une libéralisation de l'avortement à condition

1. que l'interruption de grossesse soit pratiquée dans les douze semaines qui suivaient la conception
2. que la décision appartienne soit à la femme, soit au couple
3. qu'aient toutefois été consultées au préalable des *structures d'accueil* (médecins, psychologues, conseillers, assistants sociaux).

C'est à une position relativement identique que se rallièrent peu après les Femmes sociales-chrétiennes (septembre 1973) : l'avortement n'était pas punissable

1. si la vie de la mère était en danger
2. s'il était motivé «par les conséquences graves et durables que la prolongation de la grossesse serait susceptible d'avoir» pour la mère
3. l'obligation de passer au plus tard dans les dix semaines de la conception par un centre d'accueil était maintenue.

Entre-temps, le 13 juillet 1973, un avant-projet de loi était présenté au Conseil des ministres par le ministre de la justice H. Vanderpoorten ; on libéralisait l'avortement dans trois cas :

- la grossesse résultait d'un acte de violence
- risque de malformation
- menace grave sur la santé de la femme.

Il était en outre bien entendu que l'opération devait être pratiquée en milieu hospitalier. Bien que modéré, ce projet fut mal accueilli par les responsables du P.S.C.-C.V.P. qui exprimèrent leur crainte qu'on ne tombât rapidement dans un laxisme condamnable⁽⁷⁾.

Pendant toute cette période qui s'étendit de février au début de l'automne 1973, l'action du P.S.B. fut empreinte de beaucoup de réserve et

(7) H. HASQUIN, *op. cit.*, p. 80.

l'observateur ne put se dégager de l'impression selon laquelle la question de l'avortement était essentiellement considérée comme un moyen de pression ; c'était une carte que l'on sortait de la manche quand on estimait indispensable de durcir les positions politiques.

Or au fil du temps, le climat politique s'était détérioré. Il y eut tout d'abord le scandale de la Régie des Télégraphes et des Téléphones dans lequel fut impliqué l'administrateur général de la RTT d'opinion socialiste, les marchandages scolaires, et enfin et surtout l'affaire Ibramco⁽⁸⁾ qui ne fit que s'envenimer. Bref, le gouvernement, remanié le 23 octobre, et sa majorité battaient de l'aile. Sans être exagérément pessimiste on pouvait craindre le pire pour l'avenir. Aussi de part et d'autre commença-t-on à répreciser les doctrines, à fourbir ses armes car la perspective d'élections anticipées n'était nullement à rejeter.

Les partenaires socialistes de la majorité avaient certes trouvé l'avant-projet Vanderpoorten insuffisant ; à aucun moment cependant, ils n'avaient voulu mettre en péril l'existence de l'équipe ministérielle dirigée par E. Leburton. Mais à la rentrée parlementaire les temps avaient changé et leur pression se fit plus forte. Ainsi le 7 novembre 1973, le sénateur Pierson déposa une « proposition de loi sur l'interruption volontaire de la grossesse⁽⁹⁾, beaucoup plus radicale que les initiatives socialistes antérieures :

- libéralisation de l'avortement dans les douze semaines qui suivent la conception.
- au-delà de la douzième semaine, l'interruption de la grossesse est permise si celle-ci menace la santé *physique* ou *mentale* de la mère, ou s'il existe un risque de malformation du fœtus.
- la décision appartient à la femme⁽¹⁰⁾, et en quelque sorte, le P.S.B. s'aligne sur les positions du parti communiste.

(8) Du nom de la société anonyme belgo-iranienne à laquelle avait été confiée l'étude et la construction d'une raffinerie de pétrole dans les environs de Liège (acte de constitution publié au *Moniteur* du 31 mars). Trois des quatre représentants belges au sein de cette société étaient socialistes ; ce dossier se dégrada sans cesse et par la suite l'opposition des sociaux-chrétiens et des libéraux, fut intense surtout en Flandre où on dénonçait ce qui paraissait être un gaspillage des deniers de l'État.

(9) Documents parlementaires, Sénat de Belgique, session 1973-1974, n° 46.

(10) Le Sénateur Calewaert estimait en revanche qu'il était difficile d'admettre « que ce soit la femme seule qui prenne la décision » ; aussi devait-elle avoir reçu l'avis favorable de plusieurs médecins.

Qu'en était-il des partis communautaires?

Pour leur part le Front démocratique des francophones bruxellois et le Rassemblement wallon souhaitaient

- la dépénalisation de l'avortement dans les douze premières semaines de la grossesse
- la femme décidait, mais devait nécessairement avoir pris l'avis de deux médecins et d'un agent psycho-social
- l'avortement était autorisé au-delà de ce délai de douze semaines pour des raisons médicales sérieuses ⁽¹¹⁾.

Quant à la Volksunie, elle se contenta d'abord d'affirmer que le problème de l'avortement était une question ouverte qui relevait de la conscience de chacun (mars 1973) ⁽¹²⁾. Dans un second temps, ce parti précisa ses vues. Rappelant que le respect de la personne humaine était à la base de notre société, il concluait que l'avortement ne pouvait résulter que d'une nécessité ; mais l'appréciation de l'état de nécessité relevait de la morale individuelle (juin 1973) ⁽¹³⁾.

* * *

Le 18 janvier 1974, on apprit que l'Iran renonçait au projet Ibramco ; le lendemain M. Leburton fut contraint de remettre sa démission au Roi.

Les formations politiques se lancèrent bientôt dans la lutte électorale ; indiscutablement les problèmes éthiques furent l'une des préoccupations majeures ; les partis dits traditionnels en particulier, s'en tinrent à la ligne de conduite qu'ils s'étaient tracée en 1973 : proposition N. Dinant pour le P.C.B. ; proposition Pierson pour le P.S.B. ; le P.L.P.-P.V.V. se rallia à l'avant-projet de loi Vanderpoorten ; les dirigeants du P.S.C.-C.V.P. rappelèrent la déclaration commune du 28 février, mais ce n'était là qu'une unanimité de façade qui cachait mal une extrême diversité d'opinion ; à la lecture des déclarations de nombreux candidats du P.S.C. notamment, il apparaissait qu'en dehors du cercle restreint constitué par MM. Nothomb, Hanin et Vanden Boeynants, les idées défendues par les Jeunes sociaux-

⁽¹¹⁾ *Les Cahiers du Centre Jacques Georgin* (Centre d'Etudes du F.D.F.), 1973, n° 3 et 4, pp. 75-89 ; *La Libre Belgique*, 1-2 novembre 1973.

⁽¹²⁾ *Volksunie. Programma aktieplan* (Studiedienst), Brussel, maart 1973, p. 26.

⁽¹³⁾ *Idem*, Brussel, juni 1973, p. 26.

chrétiens et les Femmes sociales-chrétiennes avaient accompli beaucoup de chemin.

* * *

Au lendemain des élections législatives du 10 mars 1974, et après que les négociations entre socialistes et sociaux-chrétiens eussent échoué, M. Tindemans mit sur pied une coalition P.S.C.-C.V.P. et P.L.P.-P.V.V. Dans la déclaration gouvernementale, le 30 avril 1974, le premier ministre s'exprima en ces termes :

«En ce qui concerne le problème de l'avortement, le gouvernement propose de créer une Commission nationale, composée de personnalités éminentes choisies dans les milieux scientifique, judiciaire et politique.

Cette Commission recevra pour mission de fournir au gouvernement un rapport aussi complet que possible au sujet de l'évolution la plus récente de la science, en ce qui concerne les contraceptifs, le problème de l'avortement et la revision de la législation pénale le concernant, ainsi que le problème de l'anonymat de la mère (sans porter atteinte aux intérêts de l'enfant).

La Commission déposera son rapport avant l'ouverture de la session parlementaire 1975-1976.

Entre-temps le gouvernement invitera les membres du Parlement, à quelque tendance qu'ils appartiennent, à surseoir à la discussion de toute réforme des dispositions pénales sur l'avortement aussi longtemps que le rapport de la Commission nationale n'aura pas été déposé.

Après avoir pris connaissance de ce rapport, le gouvernement précisera sa position au cours du débat parlementaire» (14).

En dépit du désir manifesté par le gouvernement de suspendre l'activité législative dans l'attente du rapport de la Commission nationale, M. Pierson déposa le 15 mai 1974 sur le bureau du Sénat une proposition de loi identique à celle du 7 novembre 1973 (15). Plus réaliste, le député socialiste Cudell demanda le 27 juin 1974 la suspension des poursuites fondées sur les articles 350, 351, 353 et 383, alinea 5 du Code pénal «jusqu'au 31 décembre 1975, à la condition que ces poursuites soient relatives à un avortement pratiqué par un médecin, en milieu hospitalier et

(14) J. DE CLERCK, *Le problème de l'avortement*, Courrier hebdomadaire du CRISP, n° 645, 17 mai 1974, p. 23.

(15) Documents parlementaires, Sénat de Belgique, session extraordinaire, 1974, n° 135 (1).

du consentement de la femme». Dans les développements qui accompagnaient sa proposition, le bourgmestre de Saint-Josse-ten-Noode faisait valoir ce qui suit :

- *une trêve ne peut être acceptée par le pouvoir législatif que si la même volonté de patience inspire le pouvoir judiciaire.*
- *le pouvoir du Ministre de la Justice de faire connaître aux plus hauts magistrats du pays sa volonté de faire suspendre certaines poursuites.*
- *la plupart des parquets ont déjà suspendu en fait les poursuites concernant les avortements pratiqués par des médecins en milieu hospitalier, et avec le consentement des femmes concernées (16).*

*
* *

L'analyse des forces politiques et des diverses prises de position telles qu'elles sont en présence actuellement n'interdit pas de penser qu'une majorité pourrait se dégager au Parlement en faveur d'une solution de compromis si, comme ce fut le cas en Angleterre en 1968 et en France en 1974 la liberté de vote et de conscience était accordée à chaque parlementaire. Ceci implique évidemment que les partis renoncent tout d'abord à parler en termes de «globalisation» (on échange l'avortement contre autre chose) et ensuite à transformer la question en problème de gouvernement.

Ce compromis (17) pourrait en effet se situer dans le cadre des suggestions avancées par les Jeunes sociaux chrétiens et les Femmes sociales chrétiennes (dépenalisation de l'avortement demandé par la femme qui a consulté préalablement une structure d'accueil non directive), et cela compte tenu en effet des thèses défendues au sein du F.D.F.-R.W., de l'éclectisme du P.L.P.-P.V.V., de la liberté de choix dont la Volksunie est partisane (18) et du nombre croissant, bien que toujours minoritaire, de

(16) Documents parlementaires, Chambre des représentants, session extraordinaire 1974, 139 (S.E. 1974) n° 1.

(17) De toute façon, lors des consultations engagées par le ministre socialiste de la Justice, M. Vranckx en 1972, un consensus général s'était déjà dégagé pour estimer que si l'avortement était libéralisé, il devrait être pratiqué en milieu hospitalier, au plus tard douze semaines après les dernières règles, sauf cas tout à fait spécial (J. DE CLERCK, *op. cit.*, pp. 11-12). Je considère donc ces points comme acquis.

(18) Ainsi Nelly Maes, député Volksunie depuis 1971, mère de trois enfants, issue d'un milieu socio-culturel catholique estime que «la femme seule (...) doit pouvoir décider

parlementaires du P.S.C.-C.V.P. séduits par les idées nouvelles lancées par les Jeunes et les Femmes du parti. Bien entendu cette solution ne rencontrerait pas les desiderata émis par les socialistes et les communistes, mais il serait assez inconcevable que la gauche belge vote contre cette position intermédiaire qui constituerait tout de même un sérieux progrès ; ces voix de l'opposition de gauche seraient d'ailleurs indispensables pour faire adopter par le Parlement la libéralisation de l'interruption de grossesse dans le sens où l'entend depuis 1973 une frange importante de l'opinion catholique.

* * *

Les quelques pages qui précèdent ont été rédigées trois mois après le Colloque et deux faits nouveaux importants sont intervenus :

I. La Commission nationale pour les problèmes éthiques à propos de laquelle j'avais regretté le retard que le gouvernement apportait à sa constitution, a finalement été créée par arrêté royal du 13 décembre 1974 ; elle a été installée le 23 janvier 1975 par le ministre P.V.V. de la Justice M. Vanderpoorten et le ministre C.V.P. de la Santé publique M. De Saeger.

La Commission doit déposer son rapport avant la session parlementaire de 1975-1976.

Composition :

Président : M^{me} Portray, épouse Kirschen, Dr. en médecine.

Premier vice-Président : M. Drion, président de la Cour du Travail de Liège.

Deuxième vice-Président : M. Storme, professeur à la Rijksuniversiteit te Gent.

Troisième vice-Président : M^{me} Fossoul, professeur à l'Université Libre de Bruxelles.

Membres : M. Angenot, Docteur en médecine ; M^{me} Beetz, épouse Van Raemdonck, Dr. en droit ; M^{me} Bonte, Dr. en médecine, gynécologue ; M. Cliquet, chargé de cours à la Faculté de droit de la Rijksuniversiteit te Gent ; M. De Clercq, Dr. en Droit ; M^{me} De Poorter, épouse Dalcq, avocat ; Dr. De Reymaeker, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université catholique de Louvain ; M. Dombrowicz, Dr. en médecine, gynécologue ; M. Elaut, Dr

d'assumer une grossesse ou de l'interrrompre» ; «jusqu'à présent, explique-t-elle, nous ne connaissons que les organes répressifs ; nous devons donc mettre en place des centres d'accueil où les femmes qui en éprouvent le besoin pourront trouver l'aide qu'elles cherchent. Mais je répète qu'il ne s'agit pas de la faire passer devant une quelconque commission tranchant à la manière d'un tribunal» (interview au journal *Le Soir*, 7 novembre 1973).

en médecine ; M^{me} Friedenreich, épouse Gepts, Dr. en médecine ; Professeur Goriely, sociologue à l'Université de Bruxelles ; M^{me} Michielsens, épouse Herman, Dr. en Droit ; Professeur Houben, ministre d'Etat ; M^{me} Klein, épouse Meulders, chargé de cours à la Faculté de Droit de l'Université catholique de Louvain ; M^{me} Knops, épouse Bande, secrétaire général de l'Oeuvre nationale de l'Enfance ; Dr. Renaer, professeur à la Faculté de Médecine de la Katholieke Universiteit te Leuven ; Dr. Thiery, professeur à la Faculté de Médecine de la Rijksuniversiteit te Gent ; Dr. Van Daele, épouse Casteels, chef de clinique adjoint de la Katholieke Universiteit te Leuven ; M^{me} Vandenheuvel, épouse Albers, Dr. en droit ; Professeur Vermeulen, ministre d'Etat et M^{me} Verrijcken, épouse Plavsic, juge de Paix.

II. A la fin de l'exposé, j'avais attiré l'attention de l'auditoire sur l'importance que revêtait pour la Belgique le débat parlementaire sur l'avortement qui allait s'engager en France. Comme le président Giscard d'Estaing avait jeté tout son poids dans la balance et avait recommandé la liberté de vote, j'avais fait part de ma conviction selon laquelle le projet de loi défendu par M^{me} Simone Veil, ministre de la Santé, serait vraisemblablement adopté grâce au concours des voix de gauche.

Or, effectivement, en novembre et en décembre 1974, la Chambre des députés et le Sénat français ont ratifié le projet de loi à une confortable majorité, grâce à l'opposition de gauche.

Conscient de l'influence énorme qu'exerce l'exemple français sur nos décisions et nos comportements, je ne puis que formuler à nouveau la conclusion qui avait clôturé mon intervention : de même que la loi française de 1920 a inspiré le législateur belge en 1923, peut-être serons-nous redevables à M. Giscard d'Estaing d'une dépenalisation de l'avortement en 1975 ou en 1976.

L'avortement et la jurisprudence

par J. Messinne (*)

1. — En dehors de l'Espagne, du Portugal, de l'Italie et du Luxembourg, presque tous les pays d'Europe ⁽¹⁾ ont adopté ou préparent une législation libérale en matière d'avortement ; en Hollande, plus aucune poursuite n'est exercée depuis plusieurs mois, voire plusieurs années ⁽²⁾ ; en France même, le gouvernement a soumis au Parlement un projet de loi qui autorise l'avortement dans les dix premières semaines de la grossesse ⁽³⁾.

En Belgique au contraire, malgré les diverses propositions de loi

(*) Chargé de cours à l'Université Libre de Bruxelles.

⁽¹⁾ On trouvera un tableau complet des législations sur la matière en vigueur en 1972 dans les divers pays du monde, dans le volume *L'Avortement*, dossier établi par Philippe TOUSSAINT avec la collaboration de divers auteurs, publié aux Editions Complexe (Bruxelles), 1973, pp. 178 et s. Voy. aussi *La Législation de l'avortement dans le monde*, dans le numéro d'octobre 1971 de *Problèmes politiques et sociaux — La Documentation française*. — Le Parlement autrichien a voté en décembre 1973 un projet autorisant l'interruption de la grossesse pendant les trois premiers mois (*Le Monde* du 4 décembre 1973) ; en Allemagne Fédérale, le Bundestag est saisi d'une proposition semblable (*Le Monde* du 7 février 1974) ; le Parlement danois a approuvé, en mai 1973, le même principe (*Le Monde* du 26 mai 1973).

⁽²⁾ Il convient toutefois d'observer qu'en octobre 1974, une clinique de Heemstede a fait l'objet d'une mesure de fermeture parce qu'on y pratiquait des interruptions de grossesse de plus de douze semaines ; cette mesure semble isolée et ne paraît pas devoir remettre en cause la politique de libéralisation aux Pays-Bas (« Notre Temps » du 31 octobre 1974).

⁽³⁾ Ce projet a été voté par l'Assemblée Nationale le 29 novembre 1974 en première lecture (« *Le Monde* » du 30 novembre 1974) ; le Sénat l'a approuvé le 15 décembre 1974 en y insérant quelques amendements (*Le Monde* du 17 décembre 1974) ; il a été voté en seconde lecture par l'Assemblée Nationale le 21 décembre 1974.

déposées depuis 1971 devant le Sénat et la Chambre des Représentants (4), l'avortement reste une infraction, non seulement dans les textes, mais aussi dans les faits, puisqu'il y a des poursuites, — rares, il est vrai, depuis quelque temps.

2. — Le Professeur Hasquin a montré ici les difficultés politiques que suscite dans notre pays une réforme législative. Mais, le législateur faisant défaut, on peut se demander pourquoi la jurisprudence n'y supplée pas. Et la question se pose avec d'autant plus d'acuité qu'à de très nombreuses reprises et dans de très nombreux domaines, les juges ont été à l'origine d'une évolution du droit en modifiant le sens d'un texte, en l'adaptant à l'évolution des idées et des mœurs, *même* en matière pénale.

Ainsi par exemple, c'est la jurisprudence qui a élaboré, avant les conventions internationales, le droit international privé en étendant le droit civil à des situations que les auteurs du Code de 1804 n'avaient pas prévues ; c'est la jurisprudence qui a étendu la règle, définie par l'article 20 du Code de commerce et suivant laquelle les livres des commerçants font preuve entre commerçants, aux relations entre un commerçant et un non commerçant (5) ; c'est la jurisprudence qui, en droit public, a défini, dans le silence de la Constitution, ce qu'il faut entendre par l'égalité de l'impôt (6) ; c'est encore la jurisprudence qui, en droit pénal, a créé des causes de justification nouvelles (7), alors que les articles 70 et 71 du Code pénal n'en prévoient que trois : ordre de la loi ou de l'autorité, démence et

(4) Proposition Calewaert et consorts du 18 février 1971 (*Doc. Parl.*, Sénat, session 1970-1971, n° 280, et mon commentaire au *J.T.* 1971, pp. 337 et s.) ; proposition Dinant du 21 février 1973 (*Doc. Parl.*, Chambre, session 1972-1973, n° 483) ; proposition Risopoulos et consorts du 20 février 1973 (*Doc. Parl.*, Sénat, session 1972-1973, n° 94) ; proposition Pierson du 7 novembre 1973 (*Doc. Parl.*, Sénat, session 1973-1974, n° 46).

(5) Cass. 23 janvier 1845, *Pas.*, 1845.I.312.

(6) Voy. à ce sujet Léon INGBER, *L'Égalité dans la jurisprudence belge*, dans *L'Égalité*, volume I (Travaux du Centre de philosophie du droit de l'U.L.B., Bruylant, 1971), pp. 7 et s.

(7) Par exemple l'erreur invincible (Cass. 6 octobre 1952, *Pas.*, 1953.I.37) et l'état de nécessité (Voy. FORIERS, *De l'état de nécessité en droit pénal*, thèse, Bruylant, 1951), voire le mobile de justice (Robert LEGROS, *Nul ne peut se faire justice à soi-même en droit pénal*, dans *Rev. Dr. Pén.* 1966-1967, pp. 527 et s.), sans parler de la contrainte morale que nous examinerons ci-dessous. Voy. aussi Jacques VERHAEGEN, *La protection pénale contre les excès de pouvoir et la résistance légitime à l'autorité*, thèse, Bruylant, 1969, et P. E. TROUSSE, *Le mobile justificatif*, dans *Rev. Dr. Pén.*, 1962-1963, pp. 418 et s.

force majeure ; c'est toujours la jurisprudence qui — en droit pénal encore — a étendu l'excuse de parenté prévue pour le vol au crime d'extorsion, alors que l'article 78 du Code pénal énonce que « nul crime ou délit ne peut être excusé, si ce n'est dans les cas déterminés par la loi » (8).

Pourquoi, dès lors, la jurisprudence se refuse-t-elle à interpréter les articles 348 à 353 du Code, qui incriminent l'avortement, dans le sens de l'évolution à laquelle nous assistons dans tous les pays voisins, dans le sens de l'évolution souhaitée par la majorité des Belges, comme le révèlent les sondages d'opinion (9) ?

Est-ce timidité ? ou y a-t-il d'autres raisons plus profondes ?

* * *

3. — En réalité — et c'est vrai dans toutes les branches du droit —, le juge est *lié* par le texte qu'il applique ou par le système juridique dans lequel il évolue. Pour reprendre les exemples que nous citions il y a un instant, la jurisprudence n'a interprété l'article 20 du Code de commerce, l'article 112 de la Constitution, les articles 70, 71 et 78 du Code pénal, qu'en restant dans le cadre fixé, soit par le texte des dispositions légales, soit par les travaux préparatoires, ou encore, mais avec davantage de prudence, dans le cadre fixé par les principes généraux du droit (10). Et cette limitation est sensible même dans les domaines où, à première vue, la jurisprudence a été la plus audacieuse : le droit international privé s'est construit dans le cadre des dispositions du Code civil concernant les personnes, les contrats ou les successions.

Ce phénomène est plus ou moins évident, en droit pénal, selon les matières et les infractions.

Selon les matières : là où la jurisprudence s'est montrée résolument extensive, c'est-à-dire, par exemple, en matière de causes de justification.

(8) P. E. TROUSSE, *Les Principes généraux du droit pénal positif belge* (in *Novelles, Droit pénal*, t. I, vol. I), n° 547 bis.

(9) Voy. Pierre GOFFIN et Chryssa TSAMADOU, *Opinions et attitudes à l'égard de la justice*, rapport polycopié publié en 1971 par le Centre de Sociologie du Droit et de la Justice de l'Institut de Sociologie de l'U.L.B.

(10) L'arrêt du 6 octobre 1952 cité à la note 7 est à cet égard frappant : « Suivant un principe général de droit pénal, dont l'article 71 du Code pénal fait application, l'ignorance, lorsqu'elle est invincible, ou la force majeure, constitue une cause de justification ». — Voy., sur la matière des principes généraux du droit et leur influence en jurisprudence, Walter-Jean GANSHOF VAN DER MEERSCH, *Propos sur le texte de la loi et les principes généraux du droit*, dans *J.T.* 1970, pp. 557 et s. et 581 et s.

Nous avons dit que les articles 70 et 71 du Code pénal n'en prévoient que trois. A partir d'elles, la jurisprudence en a créé d'autres : la contrainte morale, l'erreur et l'ignorance invincibles, l'état de nécessité, et, comme l'a montré plus récemment la doctrine, le mobile de justice ⁽¹¹⁾. Mais, en les reconnaissant et en les proclamant comme causes de justification nouvelles, la Cour de cassation a toujours rappelé qu'elles dérivent de celles qui sont énumérées par l'article 71, ou que l'article 71 du Code pénal est l'application d'un principe général de droit selon lequel on ne peut infliger de peine à celui qui n'a pas commis de faute ; le juge pourra certes appliquer ce principe à d'autres situations que celles prévues expressément par le texte, mais elles en resteront nécessairement voisines. Au surplus, la situation nouvelle étant définie, la nouvelle cause de justification étant formulée, la jurisprudence se tient à leurs termes, souvent draconiens : nous le verrons dans un instant à propos de la contrainte morale.

Selon les infractions : on peut dire qu'il y a des infractions à contenu ouvert, par opposition aux infractions à contenu fermé. Les secondes sont celles dont l'élément matériel est défini par le législateur ou par le sens usuel des mots, et les premières sont celles où cette définition n'existe pas. On voit immédiatement que le rôle de la jurisprudence sera plus grand dans les unes et réduit dans les autres.

4. — Un des exemples les plus frappants d'infraction à contenu ouvert est l'outrage public aux mœurs par image ou par geste. La loi n'a pas défini ce qu'il faut entendre par bonnes mœurs : les juges ont donc été libres de fixer le contenu de cette notion et de décider, en fonction de l'époque, du lieu et des circonstances, si tel geste ou telle image est ou non contraire aux bonnes mœurs ⁽¹²⁾. Et nous avons assisté à cet égard, au cours des dernières années, à une évolution très rapide : depuis un arrêt rendu le 16 juin 1969 par la Chambre des mises en accusation de Bruxelles à propos du célèbre film «The Fox» ⁽¹³⁾, des acquittements se sont succédé dans des affaires où des condamnations auraient été

⁽¹¹⁾ Voy. les références citées à la note 7.

⁽¹²⁾ Parmi les très nombreuses études consacrées récemment à ce sujet, cons. RIGAUX et TROUSSE, *Crimes et délits du Code pénal*, t. V, pp. 415 et s., et les réf. ; *Novelles, Droit pénal*, t. III, n° 6326 et s., et les réf. ; André MARCHAL, *Outrages aux mœurs par écrits, images ou objets*, dans *Rev. Dr. Pén.* 1970-1971, pp. 953 et s., et 1971-1972, pp. 139 et s.

⁽¹³⁾ *Rev. Dr. Pén.*, 1969-1970, p. 270.

prononcées il y a moins de dix ans ⁽¹⁴⁾. Les juges ont pu, dans cette matière, suivre l'évolution des idées et des mœurs sans difficulté, en raison du pouvoir que leur a laissé le législateur de définir les bonnes mœurs en fonction «de l'ensemble des jugements moraux» émis autour d'eux.

5. — En revanche — et c'est la situation la plus fréquente —, lorsque l'élément matériel de l'infraction est défini par la loi ou par le sens usuel des termes, la liberté du juge est singulièrement restreinte. Tel est le cas de l'avortement.

L'avortement, dans le sens donné à ce mot par le Code pénal, «consiste à détruire le produit de la conception pour mettre obstacle à la vie dès avant que l'enfant ait vu le jour» ⁽¹⁵⁾ ; c'est l'expulsion destructrice du fœtus. On remarquera que cette définition est, à peu de chose près, celle des dictionnaires : «expulsion, provoquée ou spontanée, avant l'époque où devient viable le produit de la conception», selon le Petit Larousse, le Nouveau Larousse Universel en deux volumes, le Petit Robert.

Si les dictionnaires assimilent ainsi l'avortement à la fausse couche, l'expulsion spontanée à l'expulsion provoquée, le Code, lui, ne vise que l'expulsion *provoquée*, soit par la femme elle-même, soit par un tiers. Mais on voit immédiatement que le juge est lié par cette définition, de laquelle il ne pourrait s'écarter sans violer le sens légal du mot.

Il n'est donc pas possible au juge de décider que l'expulsion destructrice d'un fœtus provoquée volontairement par une femme ou par un tiers, ne serait pas un avortement, parce que l'avortement serait autre chose. S'il veut acquitter l'auteur d'un tel fait, le juge devra recourir à d'autres notions, à d'autres voies.

Lesquelles? Les causes de justification, tout d'abord ; la théorie des motifs, d'autre part.

* * *

6. — Les causes de justification sont d'un maniement difficile en l'espèce. Ecartons évidemment l'erreur invincible et l'ordre de la loi ou de l'autorité ; il reste la démence, la force majeure, la contrainte morale et l'état de nécessité.

⁽¹⁴⁾ Cons. Roger LALLEMAND, *Considérations sur les bonnes mœurs*, dans *J.T.* 1971, pp. 413 et s., et mon étude *Réflexions après le Congrès sur l'outrage public aux mœurs*, dans *Rev. Dr. Pén.*, 1972-1973, pp. 187 et s., spécialement pp. 193 et s.

⁽¹⁵⁾ Cass. 3 décembre 1941, *Pas.*, 1941.I.441.

L'état de nécessité ne pourra guère être appliqué au bénéfice de la femme qui se fait avorter, en raison de la définition que la jurisprudence en a donnée. Il s'agit en effet de l'obligation où est l'agent de choisir entre commettre une infraction et sauver par là une valeur plus importante que celle que protège la loi, et ne pas commettre cette infraction mais laisser s'accomplir le mal ⁽¹⁶⁾ ; par exemple : l'agent est justifié par l'état de nécessité s'il commet une violation de domicile pour éteindre un incendie, parce que s'il ne commettait pas l'infraction, il laisserait s'accomplir un mal plus grand — l'incendie — que la valeur protégée par la loi — la protection du domicile. Notion inapplicable à la femme qui se fait avorter, parce que l'état de nécessité suppose un choix entre deux valeurs *extérieures* à l'agent : or, la femme qui se fait avorter choisit entre son foetus et elle-même, c'est-à-dire entre deux valeurs dont l'une est sa propre personnalité. Quelle que soit sa détresse, elle n'est donc pas dans l'état de nécessité au sens juridique du terme. Dira-t-on qu'il suffit à la jurisprudence de donner à cette notion un sens plus vaste ? Cela paraît exclu, parce que, comme toutes les causes de justification, l'état de nécessité n'est pas conçu pour une seule infraction, mais pour toutes, de sorte que sa définition juridique doit être au-dessus des cas d'espèce.

En revanche, l'état de nécessité peut s'appliquer à l'avorteur. Et c'est à partir de cette notion que la jurisprudence a admis l'avortement thérapeutique. L'une des premières décisions publiées à ce sujet est un jugement du Tribunal correctionnel de Liège du 9 janvier 1926 ⁽¹⁷⁾ qui a estimé qu'un médecin obligé de choisir entre la vie de la femme et la vie du foetus, peut légitimement choisir la première et sacrifier la seconde : les deux valeurs — vie de la femme, vie du foetus — lui sont extérieures. Mais le Tribunal a précisé que, dans l'état des mœurs à l'époque, la vie du foetus avait une valeur plus grande que la *santé* de la femme : en inversant l'ordre l'importance de ces valeurs, le médecin s'est donc trompé et a été condamné.

Rien ne s'oppose théoriquement à ce que la jurisprudence d'aujourd'hui, compte tenu de l'évolution des mentalités, décide que la santé de la mère est une valeur plus importante que la vie du foetus. Mais, en pratique, ce revirement ne se fait pas.

Peut-être parce que ce revirement en faveur du médecin aboutirait à une

⁽¹⁶⁾ Paul FORIERS, *op. cit.*, note 7 ; TROUSSE, *op. cit.*, note 8, n° 2697 et s.

⁽¹⁷⁾ Jur. Liège, 1926, p. 58.

injustice intolérable vis-à-vis de la femme. Comment en effet acquitter le médecin en lui reconnaissant le droit de choisir entre la vie du fœtus et la santé de sa patiente, tout en continuant à condamner la femme qui se fait avorter, puisque l'état de nécessité ne lui est pas applicable? Ce serait refuser à la femme un droit qu'on reconnaîtrait au médecin.

Peut-être, aussi, en raison de l'attitude du législateur : si les propositions de loi déposées depuis 1971 sur le bureau des Chambres n'ont même pas connu un début de discussion, c'est sans doute parce que le législateur estime que les textes du Code sont au demeurant satisfaisants à ses yeux, et que l'application qu'en fait la jurisprudence est satisfaisante elle aussi ; pourquoi, dès lors, les juges renverseraient-ils ce qu'ils ont décidé de façon constante depuis 1926 ?

Peut-être, enfin, parce que les juges ne sont pas sûrs qu'au sein du pouvoir judiciaire, la primauté de la santé de la femme sur la vie du fœtus soit largement reconnue.

Sans doute ces facteurs ne sont-ils pas les seuls : l'origine sociale et les convictions philosophiques des juges, la composition sociologique du pouvoir judiciaire, jouent un rôle dans leur attitude. Sans doute aussi tous ces facteurs se combinent-ils. Mais, quoi qu'il en soit de leur importance respective, on voit qu'ils aboutissent à former un obstacle au renversement de la jurisprudence actuelle sur l'état de nécessité en matière d'avortement.

7. — La force majeure, au sens de la contrainte physique, offre moins de difficulté : la femme qui se fait avorter, le tiers qui l'avorte, sont évidemment justifiés s'ils agissent sous la menace, s'ils se plient à la violence. De même pour la démence.

Mais la contrainte morale? Elle suppose, dit la Cour de cassation depuis un arrêt du 27 décembre 1949 ⁽¹⁸⁾, «non point seulement que la volonté de l'auteur a été amoindrie par une force s'exerçant sur lui, mais que son libre arbitre a été annihilé, ou encore que l'auteur n'a pu sauvegarder autrement devant un mal grave et imminent, des intérêts qu'il avait le devoir ou qu'il était en droit de sauvegarder avant tous autres».

Observons au passage que cette définition de la contrainte morale n'est guère satisfaisante sur le plan philosophique. Tout d'abord, la notion même de libre arbitre est remise en cause au point qu'il devient périlleux d'en préciser le contenu ; encore l'annihilation à laquelle semble penser la

⁽¹⁸⁾ *Pas.*, 1950.I.284. La même idée, formulée de manière légèrement différente, était déjà exprimée par la Cour le 22 septembre 1941, *Pas.*, 1941.I.354.

Cour de cassation — par référence à la *force* qui s'exerce sur l'agent et à l'amointrissement de sa *volonté* — paraît-elle conduire à la démente, et on ne voit plus clairement, dès lors, pourquoi distinguer celle-ci de celle-là. Au surplus, on peut se demander s'il n'est pas contradictoire d'assimiler l'annihilation du libre arbitre, qui suppose l'absence totale de volonté libre, à la situation de l'agent qui pèse la gravité et l'imminence d'un mal et qui réfléchit à l'importance des intérêts qu'il a le droit ou le devoir de sauvegarder, — situation qui fait davantage penser à l'état de nécessité où, suivant la formule du Recteur Foriers, l'agent «agit pâle mais résolu» (19).

Mais, quelques critiques qu'on puisse lui opposer, telle est la définition de la contrainte morale dans l'état actuel de notre droit. Les raisons pour lesquelles elle n'a pas été modifiée échappent à notre propos qui est plutôt de nous interroger sur la question de savoir si, comme telle, on peut l'appliquer pour justifier un acquittement en matière d'avortement.

A première vue, on est tenté de répondre par l'affirmative : le juge du fond, qui apprécie souverainement en fait l'existence de la contrainte morale (20), pourrait donc faire appel à cette notion pour acquitter une femme qui, en raison de circonstances économiques, sociales, morales, voire en raison de son propre état de santé, se fait avorter parce que sa situation aurait annihilé son libre arbitre ou pour acquitter un médecin qui, en raison de la situation de la femme, aurait constaté l'existence d'un mal grave et imminent en présence duquel il n'aurait pu sauvegarder autrement la santé de sa patiente.

Et pourtant, les juges du fond n'appliquent pratiquement jamais la notion de contrainte morale à l'avortement. J'y vois pour ma part deux raisons, qui tiennent à la définition donnée par la Cour de cassation.

La première est que la force qui s'exerce sur l'agent doit être si forte, si contraignante, qu'elle *annihile* sa volonté. Et les juges ont une tendance à considérer que l'homme est maître de son destin, parce qu'ils sont les héritiers d'une longue tradition juridique qui repose sur un postulat de liberté et d'égalité absolues dont la conséquence est que celui qui se trouve dans le malheur doit pouvoir l'assumer et y faire face. Conception certes toute théorique et évidemment inexacte, mais sur laquelle repose notre droit civil — liberté de conclure un contrat, chaque co-contractant étant

(19) *Op. cit.*, note 7.

(20) «... pourvu qu'il ne méconnaisse pas le sens usuel des termes» de l'art. 71 C. pén., précise la Cour, qui définit ensuite «la force à laquelle l'agent n'a pu résister» dans les termes que nous avons décrits. Voy. notamment Cass. 10 février 1960, *Pas.*, 1960.I.663.

supposé égal — comme notre droit pénal — la notion de contrainte morale en étant un exemple.

La deuxième raison tient aux intérêts que l'agent a le droit ou le devoir de sauvegarder : ces intérêts, dit la Cour de cassation, sont ceux que l'agent a le devoir ou le droit de sauvegarder *avant tous autres*. Et on en revient ainsi à ce qu'on disait à propos de l'état de nécessité : certains juges croient de bonne foi que, si le législateur se désintéresse des multiples propositions de loi qui lui sont faites depuis 1971, c'est parce qu'il estime apparemment que l'intérêt qui doit être sauvegardé «avant tous autres» dans notre matière est la vie du fœtus, ou ce qu'on peut appeler le droit à la vie. Il n'est donc pas surprenant que les juges hésitent à proclamer le contraire.

* * *

8. — On le voit, le recours aux causes de justification ne résout pas le problème. Au surplus, la situation actuelle en matière d'avortement tend à faire penser que les juristes qui se penchent sur cet aspect de la question perdent leur temps en arguties totalement détachées du réel.

En effet, le mensuel féminin «Marie-Claire» a publié, dans son numéro d'octobre 1974, un reportage qui établit que dans toutes les grandes villes de France des avortements étaient pratiqués en très grand nombre et au grand jour. On peut émettre des opinions diverses à propos de la publication d'un tel reportage dans un magazine de grande diffusion ; des poursuites ont d'ailleurs été engagées en Belgique à ce sujet. Mais, quelles que soient les opinions émises et les mesures prises en Belgique par les autorités judiciaires, le juriste se doit d'observer que ce reportage a pu être publié en France malgré un texte répressif non encore abrogé ; et, à partir de cette observation, il se doit de se demander si les considérations qu'il a développées jusqu'ici ne relèvent pas, en quelque manière, d'une sorte de byzantinisme ...

* * *

9. — La théorie des causes de justification ne permettant pas aux juges de faire évoluer le droit dans le sens indiqué par les faits, les événements et le souhait d'une partie importante de la population, peuvent-ils attendre davantage de la théorie des motifs ?

«La fonction du juge (...) s'est élargie et le magistrat ne peut plus seulement se contenter de n'appliquer que le droit. Il apporte, *au-delà*, sa contribution à la solution de problèmes sociaux et économiques souvent

aigus». Ainsi s'exprimait le 20 septembre dernier le ministre français de la Justice à l'occasion de l'inauguration du tribunal de commerce de Versailles ⁽²¹⁾. Ce qu'il disait ainsi des juges consulaires, aurait-il pu le dire des juges répressifs? Ceux-ci sont-ils davantage prisonniers des textes? C'est tout le problème des motifs, récemment étudié par le Professeur Robert Legros ⁽²²⁾.

Henry Lévy-Bruhl écrit que «le juge, esclave du droit *vivant* plutôt que de la règle imparfaite et sclérosée, devra par tous les moyens en son pouvoir, essayer d'infléchir le sens de cette règle vers une solution équitable» ⁽²³⁾ : ces moyens, ce sont les *motifs* que le juge donne à sa décision. Et il a déjà, dans le passé, à de nombreuses reprises, utilisé cette technique pour prononcer des acquittements dans des cas où l'infraction était matériellement constatée. Par exemple, la jurisprudence a décidé que les travaux scientifiques et les œuvres d'art sont étrangers à la notion d'outrage public aux mœurs ⁽²⁴⁾ ; elle a considéré que l'infraction de refus de vente ne s'applique pas aux produits de luxe ⁽²⁵⁾. Ce faisant, elle a créé des *exceptions* à la règle légale, sans énerver complètement celle-ci, et même en la renforçant par contre-coup, dans la mesure où elle s'applique à toutes les autres situations. La jurisprudence, en somme, a *précisé* le domaine d'application de la loi : soit en la restreignant comme dans les exemples de l'outrage public aux mœurs et du refus de vente, soit au contraire en l'étendant ⁽²⁶⁾.

⁽²¹⁾ *Le Monde* du 24 septembre 1974. En matière commerciale, cons. Jacques HEENEN, *Suite d'une controverse sur le droit cambiaire*, dans *J.T.* 1974, pp. 473 et s., *in fine*, et le jugement rendu par le Tribunal de commerce de Nivelles, qui confia en décembre 1974 la gestion d'une entreprise faillie à son personnel (*Notre Temps*, n° 10, du 26 décembre 1974).

⁽²²⁾ *Considérations sur les motifs*, dans *Rev. Dr. Pén.*, 1970-1971, pp. 3 et s.

⁽²³⁾ *Sociologie du Droit*, P.U.F., 1967, p. 34, cité par LEGROS, *op. cit.*, note 22, p. 4.

⁽²⁴⁾ Voy. mon étude citée à la note 14, spécialement pp. 197 et s.

⁽²⁵⁾ Aix-en-Provence, 14 octobre 1958, *J.C.P.*, 1958.II.10933 ; Lyon, 3 octobre 1956, *J.C.P.*, 1957.II.9790 ; Bordeaux, 10 décembre 1958, *J.C.P.*, 1959, 10933 ; SERNA, *Le refus de contracter* (Paris, 1967) p. 106, note 80. Ou en raison de la haute technicité du produit : Cass. fr., 13 juillet 1961, *J.C.P.*, 1961, 12641. M. Pierre LEGROS a consacré à cette question une partie importante du mémoire qu'il a défendu en 1969 à l'École des Sciences Criminologiques de l'U.L.B. pour l'obtention du grade de licencié en sciences criminologiques (*Deux aspects de la vente en droit pénal*, stencylé).

⁽²⁶⁾ Voy., outre le n° 2 *supra*, les cas d'extension en droit pénal répressif cités par Robert LEGROS, *Considérations sur les lacunes et l'interprétation en droit pénal*, dans *Rev. Dr. Pén.*, 1966-1967, pp. 3 et s.

Elle pourrait utiliser la même technique en matière d'avortement, en décidant par exemple que l'avortement n'est plus punissable s'il est pratiqué dans un hôpital, par un médecin, sur une femme consentante dont la grossesse n'a pas plus de huit semaines. Dans l'état actuel des choses elle ne le fait pas ; à mon avis, parce que les juges ne sont pas convaincus que ce soit souhaitable, notamment en raison de l'attitude du législateur, comme on l'a vu plus haut ; parce qu'il ne leur est guère possible de déterminer objectivement les conditions dans lesquelles ils pourraient ainsi laisser certains avortements impunis ; parce que ces conditions seraient nombreuses ; parce que les textes existants sont formels dans leur rigueur ; et parce que la théorie des motifs est toute nouvelle, et un peu effrayante aux yeux de ceux qui pourraient l'appliquer. Cette théorie suscite en effet des doutes et des hésitations : l'exemple du motif criminologique est à cet égard frappant.

10. — Le motif criminologique peut être défini comme suit : c'est le motif qui permet au juge d'acquitter le prévenu alors que l'infraction est établie à sa charge, parce que la peine prononcée n'aurait aucun effet, serait inutile, voire contre-indiquée. La doctrine⁽²⁷⁾ a été amenée à le dégager à partir d'une affaire qui, en son temps, a provoqué en France une grande émotion. En juillet 1969, dix-neuf enfants en vacances, sous la surveillance d'un moniteur, s'étaient noyés dans la Loire. Poursuivi pour homicide par imprudence, le moniteur fit l'objet d'éloges de ses supérieurs et même des parents des victimes. Le ministère public prononça un réquisitoire modéré : « Il ne s'agit pas, dit-il, d'accabler M. Delaunay — il subit déjà une sanction sans commune mesure avec celle que peut lui infliger le tribunal — mais de donner au jugement un sens d'exemplarité ». Le moniteur fut condamné à quatre mois d'emprisonnement avec sursis et 2.000 francs d'amende au motif qu'il avait commis certaines fautes administratives ; interrogé à la radio, le secrétaire d'Etat à la Jeunesse et aux Sports déclara : « Je tiens à exprimer à M. Delaunay toute ma sympathie, car il fait partie de ces jeunes gens qui sacrifient leurs vacances pour les vacances des tout petits ».

Analysant cette affaire, le Professeur Legros⁽²⁸⁾ observe que le fondement donné à la condamnation par le Tribunal est l'*exemple* ; or, l'exemple, en l'espèce, est « gravement compromis, altéré par la manière

(27) Robert LEGROS, *op. cit.*, note 22, p. 15.

(28) *Ibidem*.

dont le prévenu a été jugé et son comportement apprécié», de sorte qu'on peut se demander si «la sentence ainsi motivée correspond au sentiment de la conscience sociale». Au surplus, tous les pénalistes contemporains sont d'accord : l'exemple a cessé d'être considéré comme le fondement de la répression⁽²⁹⁾, au moins en droit pénal classique⁽³⁰⁾. Le Tribunal n'a donc pas cru pouvoir en l'espèce appliquer le motif criminologique, c'est-à-dire l'inutilité de la peine — inutilité d'autant plus évidente que le moniteur était davantage félicité pour son dévouement que blâmé pour les fautes administratives retenues à sa charge — pour justifier un acquittement souhaité par l'opinion.

L'exemple est frappant et souligne les difficultés d'application de cette notion nouvelle. Il n'est pas douteux que le tribunal saisi de l'affaire Delaunay ait été tenté d'échapper au syllogisme : «Dix-neuf enfants sont morts parce que Delaunay a commis certaines fautes administrative, or la loi punit l'homicide par imprudence, donc je condamne Delaunay», — la modération de la peine prononcée et le recours à un fondement dépassé de la répression me paraissent le démontrer — ; comme il n'est pas douteux que, très souvent, nos tribunaux sont tentés d'échapper au syllogisme : «X a commis un avortement volontaire, or la loi punit l'avortement volontaire, donc je condamne X».

Or, dans l'état actuel de la jurisprudence, c'est le syllogisme qui l'emporte dans sa rigueur.

On peut certes le regretter en l'espèce. Mais peut-être n'est-ce pas un mal en soi : si les juges se sentent encore liés par les textes, c'est que la loi garde la prééminence sur eux ; et si cette prééminence disparaissait, le

(29) A titre d'exemples : Marc ANCEL, *La Défense sociale nouvelle* (Cujas, 2^e éd., 1966) ; BOUZAT et PINATEL, *Traité de Droit pénal et de criminologie* (Dalloz, 2^e éd., 1970), t. I, n° 316 et s. ; P. E. TROUSSE, *Les principes généraux du droit pénal positif belge (Nouvelles, Droit pénal, t. I, vol. I)*, n° 655 et s. ; et les études de Démètre KARANIKAS (*Le néo-humanisme et le droit pénal*) et de Leszek LERNELL (*L'individualisation de la peine et la personnalité du délinquant*), dans *Hommage à Jean Constant*, Liège, 1971.

(30) Nous pensons en effet que dans certains domaines nouveaux du droit pénal, comme le roulage ou le droit pénal des affaires, les anciens fondements de la répression — punition, exemple —, abandonnés dans les infractions classiques, réapparaissent. Voy. par exemple, en matière de droit pénal économique, Mireille DELMAS-MARTY, *Droit pénal des affaires* (P.U.F., 1973), pp. 14-15 et réf. ; Georges KELLENS, *Du crime en col blanc au délit de chevalier*, dans *Ann. Fac. Dr. Liège*, 1968, pp. 106-107 ; Jean LARGUIER, *Droit pénal des affaires* (Armand Colin, 1970), pp. 12-13.

droit serait à la merci de l'opinion personnelle des juges, ce qui pourrait être certes bénéfique dans certains cas, mais désastreux dans d'autres.

Notons cependant, pour terminer cette observation, que notre droit positif connaît le motif criminologique pour justifier, non un acquittement, mais une mesure qui n'en est guère éloignée : la suspension du prononcé de la condamnation⁽³¹⁾, fréquemment appliquée par nos tribunaux à l'égard des femmes poursuivies du chef d'avortement.

Peut-être y a-t-il là une raison d'espérer.

11. — Reste la question de savoir si la jurisprudence peut décider aujourd'hui que les articles 348 à 353 du Code pénal sont tombés en désuétude.

Il ne pourrait en être ainsi que s'il n'y avait plus de poursuites pendant un temps relativement prolongé, des avortements étant par ailleurs pratiqués au grand jour et en grand nombre. C'est la situation de la Hollande⁽³²⁾ ; c'était devenu depuis peu la situation de la France, compte tenu de l'enquête de «Marie-Claire» dont j'ai parlé⁽³³⁾ ; cela pourrait devenir, à plus long terme, la situation de la Belgique si, *dans tout le pays* et par une sorte de décision tacite des parquets, les Procureurs du Roi cessaient de procéder à des investigations hospitalières et ne poursuivaient plus que dans les cas où personne ne songe à réclamer l'acquittement : faiseuses d'anges ou médecins marrons par exemple.

C'est à mon avis la solution du bon sens. Mais elle dépend du ministère public : pas des juges.

12. — Au mois d'octobre 1972, en présentant à l'Union belge et luxembourgeoise de droit pénal un rapport sur «le classement sans suite et l'opportunité des poursuites»⁽³⁴⁾, le premier avocat général Glesener, aujourd'hui procureur général près la Cour d'appel de Liège, insistait sur l'importance qu'on attache à juste titre, en droit pénal belge, au pouvoir du ministère public de *ne pas* exercer de poursuites en présence d'une in-

(31) Articles 3 à 7 de la loi du 29 juin 1964 concernant la suspension, le sursis et la probation.

(32) Sous la réserve exposée à la note 2.

(33) Rappelons que, depuis que cette communication a été faite au Congrès des 9 et 10 novembre 1974, la situation législative en France s'est fondamentalement modifiée (voy. note 3) ; au Congrès, j'avais dit : «cela pourrait devenir assez rapidement la situation de la France ...».

(34) *Rev. Dr. Pén.*, 1972-1973, pp. 353 et s.

fraction pourtant constatée. C'est d'ailleurs à partir de ce pouvoir que s'est élaborée en Belgique une pratique de la mise à l'épreuve des délinquants avant que ne soit entrée en vigueur la loi de 1964 sur la probation. Tout en soulignant que ce pouvoir de classer sans suite confère à la fonction du ministère public une incontestable grandeur, le Procureur général Glesener citait deux exemples frappants : le Procureur du Roi à Liège, avec l'accord du parquet général, a utilisé cette procédure alors même que la Chambre des mises en accusation avait ordonné le renvoi de l'accusé devant la Cour d'assises, dans un cas d'euthanasie et dans un cas d'infanticide⁽³⁵⁾.

Le système du classement sans suite permet aux parquets d'appliquer une véritable politique criminelle : en matière de roulage, par exemple, les parquets classent lorsque les dommages matériels sont réparés par l'auteur de l'accident, et poursuivent dans le cas contraire ; il arrive souvent qu'ils classent pour un premier vol anodin à l'étalage, mais qu'ils poursuivent en cas de récidive ; on assiste à des poursuites presque systématiques dans des infractions comme l'ivresse publique ou l'ivresse au volant, et à des classements sans suite presque systématiques dans des infractions d'un autre type.

Rien n'empêcherait les parquets d'adopter une politique du même genre en matière d'avortement. Et, il faut le reconnaître, ils paraissent la pratiquer déjà dans une large mesure : il est de plus en plus rare de constater des poursuites à charge de femmes qui se sont fait avorter.

Si donc le législateur reste inactif, c'est par l'action sélective du ministère public que peut évoluer le droit dans notre matière.

(35) Voy. mon compte-rendu de la discussion qui a suivi cette communication à la *Rev. Dr. Pén.*, 1972-1973, pp. 388 et s.

Le dilemme psychologique du médecin face à la demande d'avortement

par F. Duyckaerts ()*

C'est chez le médecin que le projet de libéraliser l'avortement est de nature à susciter le plus d'appréhension. C'est lui qu'on viendra solliciter pour arrêter une grossesse non désirée. C'est lui qui se posera inévitablement des questions sur le bien-fondé ou le niveau de maturité des demandes qui lui seront adressées. C'est lui encore qui aura à décider en dernier ressort s'il répondra à toute demande, quels qu'en soient les mobiles, en se limitant aux considérations d'ordre strictement technique, ou s'il fera un choix entre les demandes de manière à ne retenir et à ne satisfaire que les plus raisonnables, ou enfin s'il écartera toute demande, au nom de sa morale personnelle. C'est lui surtout qui devra, pour intervenir et passer à l'acte demandé, réduire au silence un certain nombre de protestations intérieures.

A la lumière des principes les plus traditionnels de la pratique médicale, ce sera mettre un médecin dans une situation bien cruciale que de lui demander de procéder à une interruption de grossesse, sans lui avancer d'autre raison que le désir de la femme enceinte. L'appel qu'on adressera à son savoir-faire viendra se mettre comme en travers de ses préoccupations habituelles et de l'idéologie qui les soutient. Il ne se trouvera ni devant une malade ni devant une maladie. On ne viendra le solliciter pour la guérison d'aucun mal physique. Rappelons-nous la manière dont un directeur d'hôpital se permit de renvoyer une femme enceinte, qui venait lui demander d'être reçue dans son institution et d'y voir interrompre sa désastreuse grossesse : « Vous vous trompez de porte, Madame. Ici, on ne soigne que des malades ! ».

* * *

(*) Professeur à l'Université de Liège.

La femme qui demande un arrêt de sa grossesse mobilise chez celui à qui elle s'adresse à cette fin des fantasmes de destruction. Ceux-ci, habituellement inconscients, prennent forme et consistance à l'idée d'une pénétration dans le corps d'une femme, au moyen d'instruments chirurgicaux et dans le but d'en expulser un embryon. Ces fantasmes dramatisent l'acte et contribuent par là à en accroître la difficulté psychologique. C'est sans doute à leur influence, camouflée derrière le principe absolu du respect de la vie, que nous devons le grand nombre de médecins qui hésitent, malgré leur idéal de liberté et de progrès, à soutenir une saine politique de libéralisation.

A vrai dire, en dehors de l'intervention qui consiste à interrompre une grossesse, nombreux sont les autres actes médicaux et chirurgicaux qui sont de nature à réanimer en celui qui les exécute les fantasmes de destruction. Mais ordinairement, ceux-ci se trouvent neutralisés à la vue du mal évident dont on cherche à guérir ou à débarrasser le patient. Quant au bien qu'on poursuit, il est généralement si manifeste, si actuel ou d'un avenir si proche, si étroitement relié à l'acte, que celui-ci en perd ses pouvoirs d'évocation fantasmatique. Par contre, dans le cas des avortements qu'on sollicite sans aucune justification « médicale » impérieuse, pour des raisons dites morales, la neutralisation du fantasme de destruction s'opère plus difficilement dans l'esprit du médecin. Soit parce que celui-ci estime que la souffrance liée à une grossesse non désirable est de nature morale et ne peut donc être soulagée que par des remèdes d'ordre moral. Soit parce que les avantages qu'on peut avancer pour libéraliser l'avortement, tels un meilleur équilibre des personnes et des familles, la suppression de pratiques clandestines nuisibles, la diminution du nombre d'enfants délaissés, rejetés ou agressés, sont des biens trop généraux, trop aléatoires, trop éloignés dans le temps, d'une nature trop complexe pour être appréhendés par une perception spontanée et directe, seule capable d'atténuer la couleur agressive ou destructrice de l'acte. Du côté le plus visible, il y a l'arrêt d'un dynamisme vital dans ses premières phases, par ablation de l'embryon au corps de la mère ; de l'autre côté, il y a des avantages qui sont des objets de réflexion plus que de perception. Le côté bénéfique risque de ne pas faire un contrepois suffisant au côté destructeur.

Les fantasmes, qu'ils soient même de destruction, n'apparaissent et ne s'entretiennent dans notre vie psychique ni au hasard ni sans raison d'être. Il leur incombe souvent de soutenir l'attrait ou la fuite d'un comportement. Nés du grossissement quasi hallucinatoire de quelques éléments de réalité, ils nous excusent d'avance de reculer devant l'une ou l'autre exigence de la

réalité. Si les côtés destructeurs incontestables de l'interruption de grossesse s'amplifient si facilement, par l'adjonction d'éléments voisins et analogiques, jusqu'à devenir les facettes contingentes d'un fantasme de meurtre, c'est précisément parce que celui-ci a l'avantage d'exercer un fort pouvoir aversif et nous dispense de rencontrer les vrais problèmes de la femme, des enfants et de la famille. Le médecin qui se laissera dominer par lui n'aura plus à se débattre avec la demande de la femme et sera heureux de conjurer son fantasme en se plaçant résolument, rigidement, du côté de la vie de l'embryon et en négligeant celle, beaucoup plus complexe, de la femme. Des deux relations que peut avoir le médecin, soit à l'embryon soit à la femme, le fantasme aura contribué, par sa virulence aveugle, à favoriser la première aux dépens de la seconde. Le regard du médecin s'en trouvera à la fois fixé sur l'embryon et détourné de la femme. Son devoir sera simple : sauver une vie débutante, sans l'obligation d'entrer dans les complexités psychologiques d'une vie personnelle en désarroi.

* * *

Devant la femme qui vient lui demander d'interrompre les débuts d'une grossesse dont elle ne veut pas, l'hésitation du médecin commencera par jouer entre deux perceptions. Va-t-il concentrer son regard sur l'embryon ou sur la femme en qui il se développe? Le choix s'impose par le caractère même de la demande et entraîne des conséquences importantes, ne serait-ce qu'en raison des lois de toute perception. Si le médecin se décide à fixer son attention sur l'embryon, il commencera par prendre en considération les exigences de sa croissance et ne verra la femme que dans un temps second, seulement dans sa condition physique, comme terre nourricière ou comme matrice indispensable, au moins jusqu'à un certain nombre de mois. Par contre, s'il voit d'abord la femme et qu'il ait égard à son être physique et moral, c'est alors l'embryon qui apparaîtra dans un moment second, comme un accident de la vie de cette femme, certes encore comme un dynamisme vital en progrès, mais en rapport avec les dispositions et la responsabilité de celle qui peut encore, avant qu'il ne soit trop tard pour des raisons physiologiques, psychologiques et morales, hésiter entre l'acceptation et le refus.

Le fait que le médecin penchera vers l'une ou l'autre de ces deux perceptions ne dépend pas du hasard. Chacune d'elles s'enracine dans une attitude et contribue à la renforcer. Le vrai dilemme est pratique : faut-il favoriser avant tout le dynamisme vital de l'ovule fécondé ou tenir compte d'abord du dynamisme, à la fois vital et psychique, de la femme? Puisque

de nos jours on parle tant de respect, disons que la demande d'une interruption de grossesse oblige le médecin à choisir entre deux respects, celui d'une vie débutante ou celui de la volonté et du désir d'une autre personne.

Si l'on compare les deux relations entre lesquelles le médecin aura à choisir, soit à l'embryon, soit à la femme, c'est la première qui est de nature à lui agréer le plus. En effet, de lui à l'embryon, c'est comme un *rapport de sujet à objet*. Cet objet est certes une chose vivante. Il se présente déjà très tôt avec quelques-uns des traits de l'anatomie humaine. Mais cette double circonstance ne peut que satisfaire, d'une manière légitime d'ailleurs, les motivations narcissiques du médecin : il contribuera à assurer et à améliorer l'évolution de l'ovule fécondé, de simple chose en être personnel. Il en tirera le sentiment exaltant de participer à l'élan créateur. Un bénéfice narcissique de ce genre, il ne peut guère l'espérer de sa relation à la femme : *rapport de sujet à sujet*, d'être humain à être humain, où les désirs de chacun doivent garder leur poids respectif.

Dans le cas où priorité absolue est donnée à la relation à l'embryon, le médecin se met au service de celui-ci. Quant à la femme enceinte, elle devrait, bon gré mal gré, se soumettre au médecin, lui-même étant soumis aux exigences de l'embryon. Elle n'aurait plus d'autre issue que de s'identifier tout ensemble à l'embryon qui se développe en elle, au médecin en tant qu'il favorise la croissance de celui-ci. Elle devrait devenir quasi co-extensive à la relation privilégiée que le médecin, espèce de maître de la vie, entretiendrait avec l'organisme en gestation. Elle n'aurait plus qu'à collaborer avec lui, à communier avec lui dans un respect absolu et inconditionnel de la vie. Elle se trouverait ainsi entraînée et aliénée par l'idéologie «vitaliste» qui fut souvent celle d'une partie du corps médical.

* * *

Quant il s'agit d'une grossesse, nombreuses sont les causes qui peuvent favoriser la mise-hors-circuit de la femme, sous la forme d'une politique d'abstention médicale qui consiste à ne pas écouter ses désirs et à ne prendre en considération que le dynamisme aveugle de la vie.

Dans les pays à forte tradition catholique, la femme semble n'avoir eu le choix qu'entre deux rôles antagonistes : d'une part, celui de la libertine ou de la prostituée, offerte à la faiblesse libidinale des hommes ; d'autre part, celui de la mère, toute entière consacrée à la procréation et à l'éducation des enfants. La femme, comme être de désir, ni prostituée, ni vierge-mère, n'avait pas droit à l'existence. Le médecin honorable était au service des

familles et de la maternité. Les femmes vouées au plaisir, il les laissait s'adresser aux médecins marrons ou aux faiseuses d'anges, quand elles n'avaient pas réussi à rester dans leur rôle et se trouvaient enceintes par mégarde.

Il faut mettre en cause aussi certains éléments de l'idéologie médicale dominante. Des profanes déplorent souvent que le médecin s'occupe plus des *maladies* que des *malades*. Je ne veux pas être simpliste ni reprendre à mon compte, sans nuances, un grief de ce genre. Il est indéniable que beaucoup de progrès thérapeutiques, nous le devons au fait d'une concentration de l'esprit et de la recherche, non pas sur le malade comme tel, mais sur la maladie comme entité spécifique et quasi autonome. Je crois également qu'un certain clivage entre la réalité somatique et la réalité psychique reste utile, voire indispensable à l'application de nombreux traitements. Mais qu'on reconnaisse aussi que ce clivage devient dangereux quand il s'étend à tous les troubles et à toutes les conditions physiologiques dont peut souffrir un être humain, notamment une femme enceinte contre son gré. Alors l'insensibilité aux aspects psychologiques et sociaux d'un problème corporel devient trop systématique et se transforme en idéologie «vitaliste», aux termes de laquelle le fait de prolonger une vie, même commencée sous de mauvais auspices, est toujours plus important que celui de soulager une souffrance et de rompre l'enchaînement de destins tragiques.

Ce qui rebute peut-être le médecin à qui une femme s'adresse pour subir une interruption de grossesse, c'est qu'il ne se trouve pas devant une *malade*, mais devant une *patiente*, c'est-à-dire au sens étymologique du terme, devant une personne qui souffre de son état pour des raisons psychologiques et sociales dont il est difficile de mesurer la pertinence. Peut-être la médecine se veut-elle trop strictement, trop exclusivement curative. Elle a une tendance à se considérer comme plus vouée à la guérison des maladies qu'au soulagement des souffrances. Elle semble parfois préférer sa fonction réparatrice, restauratrice, à des tâches de correction et d'amélioration. On a comme l'impression qu'elle n'accepte de soulager la souffrance par les moyens dont elle dispose, que dans les cas où cette souffrance provient d'un dysfonctionnement organique ou mental. Pour les souffrances qui viennent d'une surabondance ou d'un surplus de vie, se produisant en dépit des volontés et des possibilités humaines, elle n'est guère portée à les prendre en considération, ni à les soulager dans des conditions saines et non punitives. Comme on ne fait pas appel à sa fonction réparatrice, elle tend à devenir moralisatrice, à prêcher la résignation

ou l'espérance, non sans imposer à des femmes de mettre au monde des enfants non désirés, qui risquent d'augmenter le nombre des êtres qui seront à restaurer et à réparer.

Les problèmes de grossesse et d'avortement se posent en premier et en dernier lieu à la conscience et à la liberté d'une femme. Notamment l'interruption d'une grossesse a beau affecter l'esprit ou le cœur d'un homme, elle est, pour la femme, une intervention qui l'affecte dans son corps. Aussi, c'est d'elle, en fin de compte, que procède et doit procéder la décision, de préférence avec l'accord de son partenaire. C'est d'elle que parvient au médecin l'appel, plus ou moins désespéré, pour que fin soit mise au développement d'une vie non souhaitée et non souhaitable. Or, jusqu'à ces derniers temps, les médecins étaient tous des hommes. Leur idéologie ne pouvait être que masculine. Peut-être le reste-t-elle encore dans une grande mesure, même si augmente le nombre de médecins et de gynécologues femmes. Minoritaires et nouvellement acceptées dans la profession, il est difficile à celles-ci de ne pas adopter les tendances de l'idéologie dominante.

La relation de l'homme à la femme enceinte est lourde de significations archaïques. Celles-ci pourraient se résumer autour de la notion de respect sacré. Quand une femme est enceinte, elle est plus intouchable que jamais. Elle se trouve comme sacralisée, comme érigée en un objet qui inspire à la fois des sentiments d'effroi et de retenue.

Ce respect sacré de la femme enceinte, d'où est-il venu aux hommes ? Certes, pas uniquement d'une religion qui fait peu de place à la jouissance hétérosexuelle et exalte la grandeur d'une maternité indépendante de celle-ci. Non, l'influence séculaire d'un dogme n'est pas seule en cause. Lui-même demande une explication, du moins sous l'angle de sa diffusion et de son enracinement. D'analyse en analyse, il semble qu'on ne peut pas éviter d'en arriver à des mécanismes infantiles, c'est-à-dire à des défenses ou des interdictions nées de la relation, primitive et primaire, de l'enfant à la mère. On ne porte pas la main sur sa mère, surtout si elle attend un nouvel enfant. Les mouvements de jalousie à l'égard du père responsable ou à l'égard du futur enfant sont d'une violence telle qu'il faut leur opposer une digue infranchissable : celle de l'inviolabilité et de l'intouchabilité. Digue si forte et si ancienne qu'elle peut, surtout si elle se trouve renforcée par les impératifs d'une morale collective, qui en camoufle le caractère archaïque, empêcher l'homme adulte d'user de son esprit de discernement pour juger des différences entre les situations de chaque femme et les circonstances de chaque grossesse. Sans cet esprit de discernement, l'in-

terdiction sévit d'une manière rigide et absolue : «N'y touchez pas. C'est dangereux. C'est criminel. Vous allez entraîner à des catastrophes la société toute entière».

* * *

Les raisons qui ont empêché la médecine officielle de s'occuper, dans sa pratique quotidienne, de la maîtrise biologique et psychologique de la fonction de reproduction sont loin d'être connues et répertoriées. On peut cependant affirmer que toutes n'étaient pas psychologiques. Certaines tenaient aux caractères dynamiques du système social, économique ou politique tout entier. Au surplus, on sait aussi que cette abstention eut pour effet, non pas de supprimer les problèmes mais d'en laisser la solution à des pratiques clandestines, d'autant plus dangereuses que leur clandestinité forcée les empêchait de profiter des progrès de la recherche et de la science. Ainsi se créa une scission, une opposition entre l'honorabilité de la médecine officielle et l'infamie d'une médecine occulte.

Les conséquences de cette opposition manichéenne, chaque médecin d'aujourd'hui doit les porter, quand il estime qu'il est aussi de son devoir d'être au service de ses semblables pour un contrôle raisonnable de leur fonction de reproduction. Par suite de l'ancien clivage, il court alors le risque d'être rangé dans la branche suspecte de la médecine, parmi les «avorteurs». Cette crainte, née d'une longue guerre sournoise entre la médecine honorable et la médecine suspecte, intervient dans les réticences d'un certain nombre de médecins d'aujourd'hui. C'est elle aussi que des médecins courageux ont réussi à surmonter, sans doute avec l'espoir de débarrasser la médecine officielle d'une idéologie trop exclusivement «vitaliste» et de lui donner une déontologie plus orientée encore vers le bien-être physique et moral de l'humanité.

De nos jours, sous l'effet de prises de conscience généralisées, toutes les professions qu'on disait «libérales» passent par une crise d'identité. C'est le cas aussi de la médecine. Les problèmes de l'avortement volontaire l'obligent à analyser son idéologie traditionnelle et à revoir ses fins.

L'opinion publique devant le problème de l'avortement

par Ch. Rebuffat (*)

Pour mesurer les réactions de l'opinion belge face aux problèmes posés par la controverse sur la dépénalisation de l'avortement et apprécier les rapports de force existant au niveau politique, nous avons utilisé trois sondages récents, qui présentent tous trois les garanties de rigueur scientifique requise.

Le premier, réalisé par l'Institut Universitaire de Sondage de l'Opinion Publique de l'U.L.B. (désigné *infra* sous le sigle I.N.U.S.O.P.) en février 1973, dans les trois régions du pays, a été publié en exclusivité par les journaux «Le Soir» et «De Standaard».

Le deuxième, qui s'est déroulé en mars, avril et mai 1973, a été réalisé par le Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën du Ministère de la Santé publique (désigné *infra* sous le sigle C.B.G.S.). Cette enquête a porté uniquement sur la population de la région flamande.

Le troisième est l'œuvre de l'International Research Associates (désigné *infra* sous le sigle I.N.R.A.). Elle a été effectuée, dans tout le pays, en décembre 1973 et a été publiée en exclusivité par «het Laatste Nieuws».

Les trois enquêtes ont, dans des formulations le plus souvent assez proches, défini un certain nombre de cas dans lesquels l'avortement pourrait être autorisé. Quelles ont été les réactions de l'opinion, c'est-à-dire des «échantillons» considérés ?

Dans trois cas, une majorité parfois écrasante, toujours très nette (les deux tiers au moins), s'est déclarée favorable à l'autorisation :

1. *L'enfant à naître est «anormal», «gravement handicapé», «malformé» :*

(*) Chargé de cours à l'Université Libre de Bruxelles.

I.N.U.S.O.P.	77,7 %
I.N.R.A.	73 %
C.B.G.S.	84,9 %

2. *La «vie», la «santé physique» de la femme enceinte est en danger :*

I.N.U.S.O.P.	88,3 %
I.N.R.A.	69 %
C.B.G.S.	82,1 %

D'autre part, l'enquête I.N.R.A. avait posé le cas de «la santé physique ou psychique» mise en danger par la grossesse. A cette question, quelque peu ambiguë dans son énoncé, 69 % des personnes consultées s'étaient déclarées favorables à l'autorisation.

3. *La grossesse résulte d'un «viol», d'un «viol ou inceste» :*

I.N.U.S.O.P.	73 %
I.N.R.A.	65 %
C.B.G.S.	75,7 %

Ces majorités se retrouvent, à des degrés divers, dans toutes les catégories des échantillons considérés, y compris en Flandre et chez les catholiques pratiquants (selon I.N.U.S.O.P., ces derniers sont disposés à autoriser l'avortement dans le premier cas à 72 %, dans le second à 87,3 % et dans le troisième à 64,2 %).

Dans deux autres cas, évoqués seulement par l'enquête I.N.U.S.O.P., des majorités se prononcent encore pour l'autorisation :

1. *L'enfant à naître n'est plus, mais «risque» seulement d'être malformé :*

54,6 %

2. *La future mère est «en mauvaise santé» :*

55,9 %

Dans ces deux cas, notons-le, la majorité est renversée dans la catégorie des catholiques pratiquants : 53,7 % et 51,4 %, respectivement, affirment leur hostilité à l'avortement.

Dans un sixième cas, on enregistre une majorité au moins relative (si l'on fait abstraction des répondants qui n'ont pas d'avis sur ce point) : c'est celui de *la mère ayant «moins de quinze ans»*. A cette question posée par l'I.N.U.S.O.P., 48 % des gens consultés se prononcent pour l'autorisation.

Cette majorité relative eût été largement absolue si certaines catégories de l'échantillon avaient eu une attitude moins hostile. C'est ainsi que 38,4 % seulement des plus de 70 ans sont favorables à l'autorisation, 42 % des ouvriers, 37,9 % des agriculteurs et 39 % des catholiques pratiquants.

Assez curieusement, l'opinion wallonne (44,1 %) est moins «libérale» que l'opinion flamande (50 %). D'ailleurs, l'enquête C.B.G.S. montrait qu'en Flandre 59 % des personnes consultées se prononçaient pour l'autorisation (contre 33,5 % d'adversaires seulement) quand la future mère est «mineure», qualification assurément moins «choquante» pourtant que celle retenue par l'I.N.U.S.O.P.

A partir de ces deux sondages, on est donc en droit de penser qu'une majorité de l'opinion est favorable à l'autorisation d'avortement quand la future mère est particulièrement jeune, situation qui est d'ailleurs juridiquement assimilée à celle du viol dans de nombreux cas.

Vient ensuite l'autorisation en fonction de *considérations sociales*. La question a été posée ici, en des termes différents, selon les enquêtes.

L'I.N.U.S.O.P. a simplement évoqué le cas de «situations sociales difficiles». Au niveau national, 35,8 % seulement des répondants ont opté pour l'autorisation.

Des variations sensibles se manifestent d'un groupe à l'autre. C'est ainsi que 49,6 % des moins de 30 ans se prononcent «pour», contre 23 % des plus de 60 ans seulement, ce qui peut présager, à terme, une évolution de l'ensemble du corps social. Bruxelles (47,1 %) et les grandes villes (41,4 %) sont aussi nettement plus «libérales» que le reste du pays, et les hommes (38,1 %) que les femmes (33,2 %). La principale opposition vient encore des catholiques pratiquants qui, par trois voix contre une, se déclarent hostiles à l'autorisation.

L'I.N.R.A. avait posé la question dans les termes suivants qui, il faut en convenir, présentent une «marge d'incertitude» assez appréciable : «Faut-il autoriser l'avortement quand les garanties n'existent pas que l'enfant pourra être élevé dans des conditions favorables?»

Dans l'ensemble du pays, 29 % de réponses positives ont été recueillies, 42 % à Bruxelles, 34 % en Wallonie et 23 % en Flandre.

L'enquête C.B.G.S. avait évoqué des cas concrets :

1. La famille est déjà une famille nombreuse :
36,4 % de l'opinion se prononçaient pour l'autorisation contre 58,6 % («Lorsque la mère a déjà plusieurs enfants» avait demandé l'I.N.U.S.O.P., recueillant 26,7 % de réponses affirmatives) ;

2. Les revenus du ménage sont trop bas pour élever l'enfant à naître :
35,1 % contre 59,8 % ;
3. La venue de l'enfant diminuerait le bien-être de la famille :
10,9 % contre 85,8 %.

Dans tous les autres cas — femme célibataire ou de plus de quarante ans, enfant non désiré, décision libre de la femme ou du couple — les partisans de l'autorisation ne forment plus qu'une minorité réduite, de l'ordre de 20 à 25 % de l'échantillon. Toutefois, selon l'enquête I.N.U.S.O.P., cette minorité atteint près de 40 % dans tous les cas dans l'opinion bruxelloise.

De ce qui précède, il résulterait donc qu'une majorité quasi écrasante de gens souhaiterait au moins que la législation consacre formellement l'application qui en est faite aujourd'hui, généralement et sous certaines conditions, par la plupart des Parquets. Aucun obstacle « populaire » ne s'opposerait donc à une révision « minimaliste » immédiate de la loi. Tout au contraire, semblerait-il, une très forte pression de l'opinion s'exercerait dans ce sens.

Ce jugement doit cependant être nuancé, comme on va le voir.

Il est vrai, tout d'abord, que l'opinion est extrêmement sensibilisée au problème de l'avortement, comme l'opinion de toutes les autres sociétés dites développées d'ailleurs. Les trois sondages donnent, en effet, un nombre de gens sans avis très inférieur à ceux généralement enregistrés dans des enquêtes de ce type. Par rapport à un sondage effectué un an plus tôt, le sondage I.N.U.S.O.P. indique au surplus une poussée marquée de cette sensibilisation, phénomène auquel l'« affaire Peers » n'est sans doute pas étrangère.

Mais sensibilisation ne veut pas nécessairement dire mobilisation, débouchant sur une pression politique.

Voyons tout d'abord les forces en présence.

1. *Les partisans du maintien de la loi, voire de son renforcement :*

Selon l'I.N.U.S.O.P., 7,6 % des personnes consultées se prononcent pour l'« interdiction absolue » de l'avortement et, en réponse à une autre question, 14,5 % estiment qu'un renforcement de la répression ferait diminuer le nombre d'avortements clandestins. Mais ceci paraît plutôt l'appréciation de l'efficacité d'un moyen que l'affirmation d'une position favorable à l'interdiction de l'avortement (le répondant pouvait d'ailleurs indiquer plusieurs moyens).

Selon l'I.N.R.A., 7 % se déclarent pour le maintien de la loi, son application étant renforcée.

2. *Les partisans d'une libération complète :*

Selon l'I.N.U.S.O.P., ils sont 18 %.

L'I.N.R.A., de son côté, considère comme partisans de l'avortement libre les 10 % de répondants qui estiment que «l'avortement est dans la plupart des cas justifié» et les 3 % qui jugent que «la femme qui se fait avorter ne doit pas se justifier».

Le C.B.G.S. a repéré, pour sa part, 11,2 % des tenants de cette thèse en Flandre (17,7 % selon l'I.N.U.S.O.P. et 11 % selon l'I.N.R.A. dans la même région).

On peut considérer cette minorité des partisans de l'avortement libre comme se confondant avec l'ensemble des militants d'une réforme. Elle est sensiblement supérieure à ceux des militants d'une application stricte de la loi actuelle, voire de son renforcement. Elle peut compter, de surcroît, pour la réalisation d'une partie au moins de ses objectifs sur l'appui massif du reste de l'opinion.

Mais que vaut cet appui s'agissant de changer formellement la loi ?

Les sondages I.N.U.S.O.P. et I.N.R.A., grâce à leur diversité, nous permettent de donner une certaine réponse à cette question.

L'I.N.U.S.O.P. avait demandé s'il convenait ou non de changer la loi, mais il avait fait précéder la question d'une interprétation littérale de la loi, en disant : «Les avortements sont absolument interdits en Belgique quels qu'en soient les motifs». Du coup, probablement, il recueillait 79,4 % de partisans du changement, contre 17,4 % d'adversaires.

L'I.N.R.A., pour sa part, demandait : «Souhaitez-vous que la loi sur l'avortement soit modifiée?», sans autre précision sur la lettre de cette loi. Par contre, les réponses suivantes étaient ouvertes aux questionnés : «Maintien de la loi et application plus souple que maintenant» et «... plus stricte ...». En d'autres termes, implicitement au moins, l'I.N.R.A. indiquait aux personnes interrogées que la loi, à l'heure actuelle, n'était pas toujours appliquée à la lettre.

Ceci explique sans doute que 26 % de l'échantillon seulement se prononcent pour un changement formel de la loi. En revanche, 39 % sont partisans du statu quo avec assouplissement de l'application. 20 % se prononcent pour le statu quo pur et simple, dont on peut penser cependant qu'une partie sait ou a deviné, grâce à la formulation de la question, que l'application actuellement faite de la loi répond à l'essentiel de leurs vœux.

La distorsion apparemment considérable entre les résultats des deux enquêtes est ainsi redressée. Mais cette distorsion apparente montre que les très nombreux partisans d'une libéralisation au moins relative de la

législation sur l'avortement sont loin d'en exiger tous une révision formelle et donc d'appuyer de toutes leurs forces les militants de la réforme. Si, comme l'indique l'I.N.R.A., les 13 % des gens favorables à la libération complète représentent bien ces militants, il n'y aurait donc finalement que 13 autres pour cent de l'opinion à les soutenir activement de leur effort pour réclamer, avec eux, un changement formel de la loi.

Il faut noter ici, et c'est une seconde explication des différences constatées entre les deux sondages, que l'enquête I.N.U.S.O.P. a été réalisée à un moment où l'«affaire Peers» était toujours d'actualité. L'enquête I.N.R.A. date de dix mois plus tard. Or, à ce moment-là, le Docteur Peers n'a toujours pas été traduit en jugement, alors qu'au regard de la lettre de la loi, son cas était on ne peut plus clair. On peut donc supposer que cette situation a favorisé dans l'opinion un état d'esprit moins exigeant sur les conditions d'une révision de la loi : puisque l'on ne juge pas le Docteur Peers, il n'est pas nécessaire de changer celle-ci, il suffit d'en assouplir l'application ou même d'en rester au statu quo pur et simple puisque celui-ci, apparemment, permet des accommodements sérieux avec la lettre de la loi.

En conclusion, les militants de la réforme se retrouvent sinon tout à fait seuls, du moins assez seuls, face à leurs adversaires. Les premiers sont plus nombreux, mais qui sont les seconds et sur quelles positions politiques peuvent-ils s'appuyer pour renforcer leur résistance ?

Selon l'I.N.U.S.O.P., les partisans du statu quo (c'est-à-dire les tenants de l'interdiction absolue plus ceux qui admettent l'avortement pour des raisons médicales *seulement*) sont majoritaires chez les catholiques pratiquants (51,3 % contre 47 %).

Chez les catholiques non pratiquants (78,1 % contre 20,3 %) et chez les non catholiques (93,1 % contre 5,8 %), les partisans du changement l'emportent on ne peut plus nettement (on compte parmi ces derniers les tenants de l'avortement libre augmentés des répondants qui l'admettent pour des raisons non seulement médicales, mais aussi sociales et psychologiques).

L'enquête du C.B.G.S. confirme cet état de choses d'une manière éclatante pour la Flandre. Dans le groupe des incroyants, une forte majorité (63,7 % contre 25,7 %) est d'accord pour autoriser l'avortement «pour des raisons autres que strictement médicales». Une majorité toujours appréciable (58 % contre 36,9 %) se prononce dans le même sens chez les catholiques non pratiquants. Mais chez les pratiquants, elle est complètement renversée : 29 % contre 64,7 % et d'une manière si

nette que, au total, c'est la même thèse qui l'emporte (41,1 % contre 52,7 %).

Le clivage, qui apparaissait déjà quand des questions moins générales étaient posées (cf. *supra*), est donc on ne peut plus net entre ces divers groupes « confessionnels ». Or, il faut noter que le groupe des catholiques pratiquants est le seul qui soit encadré en permanence, le plus mobilisable donc pour défendre son point de vue.

De surcroît, ce groupe est structuré encore par l'adhésion de sa majorité, en Flandre au moins, au parti social-chrétien (515 des 1.001 pratiquants de Flandre déclarent voter pour ce parti).

Or, l'enquête de l'I.N.R.A. vient confirmer, si besoin en était, que les sympathisants sociaux-chrétiens sont sensiblement en retrait par rapport à la moyenne nationale, surtout, il est vrai, dans les rangs C.V.P.

Ainsi, nous ne trouvons que 14 % de partisans du changement formel de la loi chez les C.V.P. et 21 % chez les P.S.C., alors que la moyenne nationale est de 26 %. Les partisans du statu quo intégral, voire même accompagné d'un renforcement de l'application de la loi, sont 40 % au C.V.P. et 28 % au P.S.C., contre une moyenne nationale de 27 %. Toutefois, nous trouvons au C.V.P. 39 % et au P.S.C. 44 % de partisans du statu quo assoupli.

L'enquête du C.B.G.S. met une fois de plus en évidence que, dans tous les électorsats flamands, y compris celui de la Volksunie, une majorité admet l'avortement « pour des raisons autres que strictement médicales » — sauf celui du C.V.P. qui épouse massivement la thèse opposée (70 % contre 25,3 %).

Tous les chiffres confirment donc que la résistance principale est située parmi les catholiques pratiquants et en Flandre, politiquement donc surtout dans l'électorat traditionnel du C.V.P., et dans une moindre mesure dans celui du P.S.C.

La question est dès lors de savoir, puisque, même dans le premier de ces électorsats, cette résistance n'est tout de même qu'une minorité (40 % de statu quo intégral ou aggravé contre 53 % de partisans du changement ou du statu quo assoupli), si la direction du C.V.P. pourrait y passer outre.

Nous trouvons d'intéressants enseignements à ce sujet dans l'enquête de l'I.N.R.A. La question suivante a été posée en effet : « Si le parti de votre préférence adoptait en matière d'avortement une position contraire à la vôtre

— vous ne voteriez certainement plus pour ce parti ?

— vous hésiteriez à voter encore pour lui ?

- vous voteriez encore probablement pour lui?
- vous ne savez pas?».

Les réponses à cette question ont surtout de l'intérêt pour le C.V.P. (et accessoirement pour le P.S.C.) puisque, en somme, c'est à lui que les partisans de la réforme demandent de changer sa position traditionnelle. Le P.L.P. et les partis communautaires étant pluralistes dans leur recrutement, doivent compter un certain nombre de catholiques dans leurs rangs. Il sera aussi intéressant d'étudier leur cas de plus près.

Mais notons tout de suite ici que, sur les 127 personnes qui estiment, dans cette enquête, que «l'avortement n'est jamais justifié» et qui révèlent leurs sympathies politiques, 70 appartiennent au C.V.P., 13 au P.S.C., 11 au P.S.B.-B.S.P., 10 à la Volksunie, 9 au P.L.P.-P.V.V., 2 au Rassemblement wallon et 1 au P.C.

Pour l'ensemble de l'échantillon, notons d'abord que 19 % des gens ont déclaré qu'ils ne voteraient plus pour leur parti et 16 % qu'ils hésiteraient à le faire.

S'agissant du C.V.P., ces chiffres sont de 23 et 19 % ; pour le P.S.C., de 26 et 18 %, donc sensiblement supérieurs à la moyenne.

Si on rapporte ces pourcentages à la proportion des électeurs des deux partis partisans du statu quo intégral ou renforcé, on arriverait pour le C.V.P. à un risque de perte de voix de l'ordre de 17 % et pour le P.S.C. de l'ordre de 11 %.

En échange, il est vrai, les deux partis pourraient espérer récupérer des voix plus «libérales». A cet égard, toutefois, comme tous les chiffres l'ont montré, le climat général de l'opinion est sensiblement moins propice en Flandre qu'en Wallonie et surtout qu'à Bruxelles. On peut donc se demander si le C.V.P. pourrait regagner une seule voix dans une telle opération.

Pour le P.S.C., la situation serait quelque peu différente, à Bruxelles en tout cas. En Wallonie, par contre, ce parti recrute une partie appréciable de son électorat parmi les agriculteurs, dont l'analyse détaillée des sondages montre qu'ils sont le groupe le plus conservateur en cette matière.

Qui, maintenant, des partis de composition pluraliste? Le F.D.F. et ses alliés libéraux bruxellois ne paraissent guère avoir de problèmes. En effet, à une majorité écrasante, leur électorat se prononce soit pour un changement de la loi, soit au moins pour son application assouplie. Cela est confirmé, dans toutes les enquêtes, par la position «en flèche» de l'opinion bruxelloise. Cela est également confirmé, dans l'enquête I.N.R.A., par les réponses de ces sympathisants aux questions concrètes : elles sont sensiblement plus «libérales» que chez les autres. Aussi bien, si

42% des électeurs du F.D.F. disent qu'ils rompraient avec leur parti ou hésiteraient encore à voter pour lui au cas où il prendrait une position contraire à la leur, la menace semble viser essentiellement l'adoption par ce parti de thèses «conservatrices».

La demande de changement de la loi est moins prononcée dans le P.L.P.-P.V.V. ; dans l'aile wallonne surtout, la faveur va à une application plus souple de la loi existante. Dans cet électorat, les adversaires absolus de l'avortement sont presque inexistantes et les partisans de certaines mesures de libération sont plus nombreux que la moyenne nationale, mais ne vont pas jusqu'aux audaces de leurs amis bruxellois. Le nombre des électeurs libéraux qui quitteraient leur parti ou hésiteraient à voter pour lui, s'il prenait une position contraire à la leur, est considérable, de l'ordre de 45%, mais on peut supposer que la menace vise surtout, encore que dans une mesure moindre que dans le cas du F.D.F., l'adoption par le P.L.P.-P.V.V. d'un programme hostile à une libéralisation, relative ou formelle, des textes actuels.

L'attitude des électeurs de la Volksunie est comparable, mais la parallèle se situe à un cran sensiblement inférieur, bien que cet électorat adopte une attitude légèrement plus libérale que la moyenne nationale et surtout que la moyenne flamande. Cette attitude est confirmée par l'enquête effectuée en Flandre par le C.B.G.S. et par les positions prises par l'électorat Volksunie quand des questions concrètes et précises sont posées. Au cas où la Volksunie devrait adopter une position différente de la leur, elle perdrait certainement 20% de ses électeurs et devrait douter de la fidélité de 22 autres pour cent. Mais changer dans quel sens? Dans la mesure où ce parti compte un nombre appréciable de catholiques pratiquants, la question peut être délicate pour lui.

L'électorat du R.W. n'est pas très favorable à un changement formel de la loi (22%), mais il ne compte pas moins de 55% de personnes favorables à un assouplissement de son application contre un nombre infime de partisans du durcissement. Quand le problème est approché concrètement, son «libéralisme» se situe, peut-on dire, entre celui du F.D.F. et celui des libéraux. Donc à un niveau relativement élevé. C'est avec les socialistes, le parti qui conserverait le plus de fidèles (47%) en cas de changement d'attitude, mais il ferait alors 38% de mécontents.

Que conclure?

1. Les partisans «conscients et organisés» d'un changement formel de la loi sont minoritaires au niveau de l'opinion publique ;
2. Les partis, qui sont officiellement favorables à pareil changement, ne

- courent guère de risques à ne pas chercher à forcer une décision. Leurs partisans, en effet, s'accommodent davantage d'une application souple de la loi que de sa modification formelle : c'est même le cas chez les sympathisants du P.S.B. (43 % contre 34 %) ;
3. Cette «tentation de la prudence» est encore accrue au sein de la coalition gouvernementale actuelle. Face aux sociaux-chrétiens et, singulièrement, au C.V.P., le plus puissant et le moins souple de leur partenaires, il serait vain d'espérer que les autres partis cherchent une épreuve de force sur ce terrain, compte tenu de l'état d'esprit général de leur électorat et du pluralisme de leur recrutement. La remarque vaut, en tout cas, pour le P.L.P.-P.V.V. ;
 4. Il n'en reste pas moins qu'il existe un très large consensus, dans l'ensemble du pays, favorable à une approche plus libérale, sinon tout à fait libérale, du problème. Ce consensus est plus étendu encore en Wallonie et il est d'une portée presque écrasante à Bruxelles. Si la matière de l'avortement devait être «régionalisée», la solution ne ferait nulle doute dans ces deux dernières régions. Par contre, il faudrait s'attendre à un statu quo intégral en Flandre ;
 5. Ce consensus étant ce qu'il est dans les électorats autres que catholiques, on peut penser qu'une coalition sans le P.S.C. et surtout le C.V.P. n'aurait guère de peine à faire adopter un changement de la loi, limité sans doute, mais comprenant néanmoins une interprétation plus large de la notion de raisons médicales. En revanche, même si le P.S.B. revenait au pouvoir avec le P.S.C.-C.V.P., il semble que celui-ci disposerait d'un frein toujours assez puissant pour imposer un statu quo certes amélioré quant à l'application de la loi, mais toujours susceptible d'être contesté, la lettre des textes ne subissant pas de modification.

LES FACTEURS D'ÉVOLUTION

La situation en Hollande

par G. A. C. Enkelaar ()*

Un autobus en provenance de Paris s'arrête à l'aube devant une clinique d'Amsterdam. Il contient 45 Françaises de divers âges aux visages blêmes, épuisées par leur voyage nocturne. Accueillies par une infirmière dont elles ne comprennent pas la langue, chacune d'elles sera soignée par un médecin hollandais qu'elles n'ont jamais vu et qu'elles ne reverront plus. Dans une ville étrangère qu'elles n'auront pas la possibilité de connaître, elles seront — chacune selon son propre motif mais malgré tout solidaires — libérées d'une grossesse non souhaitée. Opération qui ne dure qu'un quart d'heure en moyenne et que leur médecin de famille aurait fait avec autant de facilité qu'un dentiste ferait une extraction de dent de sagesse. Le soir même l'autobus regagne déjà Paris. Rentrée chez elle, la femme aura perdu au moins 48 heures de travail, 1000 francs français, elle aura fait 1000 kilomètres de crainte — elle aura subi l'avortement tant désiré. Vive le marché commun, vive la liberté de l'avortement!

Cette image est bien celle qui vit dans la mémoire de milliers de Françaises, Belges et Allemandes qui ont dû participer à ce «tourisme de l'avortement» que nous connaissons aux Pays-Bas.

Si vous avez voulu m'inviter ici pour parler de la situation de l'avortement en Hollande, c'est bien sûr à cause de la liberté apparente qui existe dans mon pays en matière d'avortement.

J'essaierai de vous esquisser, très brièvement, les dispositions légales et le développement de la situation de fait en la matière.

I. LES DISPOSITIONS LÉGALES

Le Code Pénal néerlandais connaît, bien entendu, depuis son origine en 1886 le préjudice de *l'interdiction totale* de l'interruption de grossesse. Je

(*) Avocat au Barreau d'Amsterdam.

vous rappelle simplement que nous l'avons hérité de Napoléon — comme vous tous.

En effet, tant la femme enceinte, que celui qui pratique l'avortement est théoriquement menacé d'une poursuite judiciaire. Une peine de quatre ans de prison maximum est possible pour infraction à la loi.

Pourtant, historiquement, nous pouvons dire que dès son origine, cette législation aux Pays-Bas *visait* principalement les avortements pratiqués par des non-médecins et n'envisageait pas de poursuivre la femme avortée — n'en déplaie les textes de la loi.

Ainsi le législateur prévoyait-il dès l'origine de la loi pénale, une exception d'interdiction pour le médecin, pratiquant l'avortement lorsque «*la vie de la femme enceinte se trouverait en danger*».

Cet avortement thérapeutique n'était pas, cependant, décrit dans la loi pénale, comme c'est le cas en France.

Ceci est typiquement hollandais, je pense, nous le voyons en d'autres domaines du droit néerlandais, comme la législation en matière d'usage de drogues.

Cependant, il est bien vrai que si nous avons connu une évolution assez rapide en matière d'avortement, c'est *justement* par l'absence d'exceptions explicitées dans la loi, comme l'avortement thérapeutique. C'est en effet par la voie jurisprudentielle de ce que les pénalistes appellent le *fait justificatif*, que la dépénalisation de l'avortement a pu avoir lieu.

J'introduis ici le terme «indication médiacle», traduction littérale de l'expression qui est la base, en droit néerlandais de la liberté pratique de l'avortement.

II. LE DÉVELOPPEMENT DE LA LIBERTÉ D'AVORTEMENT

Dès la conception de la loi, donc, était reconnue la justification de l'avortement par un médecin «lorsque la vie de la mère était en danger». L'indication médicale égale danger de mort pour la mère, dans son interprétation la plus restrictive.

Dans la jurisprudence — assez rare d'ailleurs — en la matière, les juges se sont montrés très vite prêts à se conformer aux opinions professionnelles des médecins à ce sujet, plutôt qu'à leur prescrire une morale.

Je relève trois jugements du Tribunal de Grande Instance d'Amsterdam en la matière.

— Le premier, en date de 1942, reconnaît une indication médicale, dans le cas d'un gynécologue qui avait opéré une jeune fille «en état de

grave dépression nerveuse, en danger de suicide». C'est l'introduction de l'*indication psychiatrique*.

— Dans un deuxième jugement de l'année 1949, le même Tribunal retient qu'il n'y a indication médicale que «lorsque l'intervention est exigée par la protection physique *ou* psychique de la femme».

— Finalement je relève un jugement, toujours d'Amsterdam, de 1953, dans lequel la possibilité est ouverte qu'une *indication sociale* équivaille à une indication médicale.

Je note que depuis 1953, des très rares cas de poursuites judiciaires contre les médecins sont connus en Hollande. La jurisprudence ici indiquée est la dernière. Les Procureurs se sont abstenus de poursuivre des médecins opérant sur indication médicale ou sociale depuis 1953.

Dès les années «50», l'avortement était donc devenu *admis*, à condition qu'il y ait indication médicale ou sociale.

Les médecins — assez rares encore à cette époque — qui pratiquaient l'avortement, travaillaient toujours en collaboration avec un psychiatre, l'attestation psychiatrique valant pour une indication médico-sociale.

La rupture quasi totale des tabous à propos de l'avortement n'est advenue cependant qu'à la fin des années «soixante» (Pourquoi ne pas dire après '68).

Les organismes de planning familial, les conseillers à la jeunesse et les collectifs de médecins progressistes, ont commencé la fondation «d'équipes d'avortement» dès 1970.

Equipes dites pluridisciplinaires, comprenant un gynécologue, un psychiatre, un anesthésiste et une assistante sociale, qui ont osé se manifester ouvertement. L'avortement était au début pratiqué uniquement sur indication médico-sociale, sans exception.

L'évolution s'est faite de façon très accélérée depuis. En 1970 l'Association néerlandaise pour la Psychiatrie et la Neurologie, publie un rapport sur l'avortement, dont les conclusions sont formelles : légalisation absolue, abolition des tabous sexuels autour de l'avortement, instauration d'équipes d'avortement dans chaque hôpital d'Etat, autant de recommandations à l'ordre national des médecins.

En même temps, 1971, la première «clinique d'avortement» est ouverte à Amsterdam. Sous l'œil vigilant du Procureur, les opérations sont faites dans les conditions les meilleures. Toujours sur *indication médicale*, en équipe multidisciplinaire.

Depuis, nous avons vu s'ouvrir dix autres cliniques, à travers le pays,

ayant pratiqué près de 250.000 avortements dont 70% concernent des étrangères.

L'indication médico-sociale est réduite à la simple constatation par le médecin que la femme est décidée à ne pas garder l'enfant.

La sécurité sociale rembourse les frais d'avortement ...

Par une évolution du contenu de ce terme « indication médicale », donc, nous sommes arrivés à la liberté actuelle, sans que la loi ait changé depuis près d'un siècle.

CONCLUSION

Est-ce dire que nous vivons dans un pays extraordinaire? Loin de là!

Il est certain que la pratique actuelle aux Pays-Bas permet de soulager la situation de beaucoup de femmes à travers l'Europe. Cependant, une adaptation de la législation à la situation actuelle reste indispensable, sinon très urgente, pour des raisons multiples, dont je n'en nommerai que trois :

— En dehors des cliniques et les hôpitaux où l'avortement est ouvertement pratiqué, le médecin reste craintif face au texte de la loi existante.

— Le public continue à considérer l'avortement comme « un peu spécial », tant que le médecin de famille s'abstient personnellement.

— Une incertitude persiste, dans l'état actuel des choses, au cas où un Procureur traditionaliste et croyant entamerait une poursuite judiciaire contre un médecin ou une clinique.

Un projet de loi socialiste en date de 1970, qui ressemble à celui qui sera proposé au Parlement à Paris le 13 novembre prochain, visant la libération absolue de l'avortement dans les 12 premières semaines, n'a toujours pas pu être voté.

Une opposition très forte à ce projet, venant de la part des partis confessionnels (catholiques et protestants), l'a empêché de passer jusqu'ici.

La discussion politique à ce sujet a d'ailleurs repris de l'envergure ces dernières semaines, lorsque le ministre de la Justice (catholique) a décidé de poursuivre les médecins d'une clinique, spécialisée dans l'avortement « au dessus de douze semaines de grossesse », qui fonctionne depuis plus d'un an, à Haarlem.

Une lettre ouverte, publiée par les « évêques réunis » des Pays-Bas, dont le contenu n'est pas difficile à deviner, a causé cette démarche inattendue et triste.

Il nous reste — à nous aussi — beaucoup à faire.

La situation au Grand-Duché du Luxembourg

par G. Vogel ()*

A. TEXTE EN VIGUEUR

Les textes en vigueur au Grand-Duché sont les mêmes que ceux qui sont en vigueur en Belgique. Ce sont les articles 348 à 353 du Code pénal qui régissent la matière. Dans notre habitude combien sage de copier sur les autres, nous avons introduit par la loi du 16.6.1879 dans notre législation avec quelques rares variantes le droit répressif belge. Depuis lors ça ne bouge pas. Notre législation proclame l'interdiction totale de l'avortement.

Les textes ne prévoient aucune exception. La jurisprudence luxembourgeoise contrairement à celle de la Belgique ne renseigne pas une seule décision admettant la licéité d'une intervention pratiquée dans l'unique but de sauver la vie de la mère.

Il est arrivé dans le passé que des gynécologues ont informé le Parquet qu'ils allaient pour des motifs précis et pertinents, pratiquer une interruption de grossesse. En se basant sur l'interprétation que donnent la doctrine et la jurisprudence belges des dispositions de l'article 348 du C.P. le Parquet a accordé à plusieurs reprises son nihil obstat. Ainsi s'est instaurée au fil des ans en marge de la loi une pratique dont il est à peine besoin de relever le caractère arbitraire et des plus précaires. Il suffit d'imaginer un Procureur demeuré pour que le tout soit remis en question.

D'ailleurs dans un cas (en 1967) le Parquet a dû, sur ordre formel d'un magistrat du Parquet Général, interdire à un gynécologue de procéder à l'avortement thérapeutique annoncé, sous peine de poursuites judiciaires.

L'absence de texte, réglementant d'une manière précise et formelle le principe de l'avortement dit thérapeutique, le cas d'application ainsi que

(*) Avocat au Barreau de Luxembourg.

les modalités de procédure, crée une incertitude certaine parmi les médecins et les juristes.

S'il existe néanmoins une possibilité de discussion pour les interventions motivées par l'état de santé de la mère, si cette hypothèse reste ouverte à l'appréciation des juges, par contre il est sûr qu'il n'y a aucune possibilité légale pour pratiquer un avortement motivé par des considérations psychologiques, sociales, morales, ou alors par des considérations tirées de la santé de l'enfant à naître.

Bref, c'est le Moyen-Age. Je me hâte de mettre ma phrase à l'imparfait. C'était le Moyen-Age. Ça va changer incessamment.

B. FACTEURS D'ÉVOLUTION

Le Luxembourg est comme vous le savez un pays où l'influence de l'Eglise catholique a depuis toujours été extrêmement prononcée. Or l'Eglise de chez nous ne suit pas les mouvements du progrès. Tout ce qui a pu être écrit après St. Thomas d'Aquin ne la concerne pas. Cette Eglise joue à travers le parti chrétien-social un rôle prépondérant dans la politique du pays. Le parti est comme sa mère : volets baissés sur l'extérieur. Il se fait que ce parti détenait depuis mémoire d'homme le pouvoir qu'il partageait mollement de temps en temps tantôt avec le parti libéral, tantôt avec le parti socialiste. Aucune coalition n'osait s'attaquer à une matière qui touchait de près ou de loin à la théologie du parti chrétien social. Ainsi sont restés ce qu'ils étaient : l'avortement, le divorce, l'adultère, le statut des enfants non-légitimes, l'incapacité légale de la femme mariée jusqu'à une date très récente, les outrages publics aux bonnes mœurs, etc.

1^{er} facteur d'évolution : le facteur politique.

L'opinion publique qui d'ordinaire n'est pas particulièrement réveillée semblait, à en juger d'après le résultat des dernières élections, exiger un changement politique. Ce changement très inattendu, je dois le concéder, s'est produit en effet au mois de juin passé. Le parti chrétien-social est passé à l'opposition et le gouvernement a été constitué par une coalition du parti socialiste et du parti libéral. Ce n'est pas la révolution, bien sûr, ... Disons avec modestie, que c'est un facteur d'évolution. Certains espoirs sont désormais permis. Ils le sont en particulier dans la matière qui nous occupe aujourd'hui. Ici ils le sont d'autant plus que les programmes des deux partis actuellement au pouvoir revendiquent un changement de la

législation en vigueur. Le parti socialiste va, il est vrai, beaucoup plus loin que le parti libéral. Le premier plaide pour l'avortement sur simple demande les trois premiers mois de la grossesse. Le second n'entend pas aller au-delà du système des indications.

Dans la déclaration gouvernementale du 4.7.1974 nous lisons à propos de l'avortement une seule phrase : «en matière de droit de personnes la libéralisation de la législation sur l'avortement répondra aux aspirations légitimes de notre population à plus d'émancipation et à plus de responsabilité».

Cette formulation timide, laconique, vague résumant en elle seule tout ce qui reste tabou en la matière, ne permet pas de distinguer les contours exacts du consensus qui s'est fait au sujet de cette question entre les partis au pouvoir. Pour nous faire une idée un tant soit plus précise à ce sujet il est utile de rappeler certains rétroactes.

Le parti socialiste avait déposé le 28.3.1972 une proposition de loi qui fut renvoyée au Conseil d'Etat le 26.4.1972. Depuis lors on n'en entend plus parler. Cette proposition dite proposition WEHENKEL entend permettre l'avortement dans les 3 premiers mois de la grossesse sans autre justification et après cette période pour les indications suivantes :

- danger pour la vie ou la santé de la femme,
- risque d'anomalies pour l'enfant à naître,
- ou si la grossesse compromet sérieusement les conditions normales de vie et d'équilibre social de la femme ou des enfants déjà existants.

L'Ancien Ministre de la Justice, Monsieur SCHAUS, membre du parti libéral et membre en cette qualité de l'ex-gouvernement chrétien-social-libéral avait sur sa propre initiative institué en 1970 une Commission devant étudier la question d'une réforme de l'avortement. Monsieur SCHAUS écrit au Président de la Commission le 19.8.1970 de la manière extrêmement prudente que voici : ... «j'estime indiqué d'étudier la question d'un régime légal de l'avortement thérapeutique». La Commission a travaillé durant plusieurs années et c'est au mois de mars 1974, donc très peu de temps avant les élections, qu'elle déposait son rapport avec une proposition de texte. Les membres chrétiens-sociaux majoritaires du Gouvernement refusaient si net de prendre le texte en considération, que Monsieur SCHAUS, effrayé par les réactions de ses collègues n'osait pas même déposer le projet.

C'est ce projet qui est actuellement à l'étude au Ministère de la Justice. Cela ne veut pas dire que c'est le projet du Ministre de la Justice. Dans

plusieurs déclarations récentes, le Ministre en fonctions, Monsieur Robert KRIEPS a promis de s'atteler à la tâche dans les meilleurs délais.

Pour autant que je suis informé le Ministre attend avant tout autre progrès en cause que soit rendu l'arrêt de la Cour constitutionnelle de la République Fédérale allemande sur l'«Abtreibungsgesetz». Impossible de dire si le choix du gouvernement se fera finalement sur l'ancienne proposition Wehenkel ou sur un projet qui sera en retrait sur cette proposition. Je regrette de ne pouvoir être plus précis.

J'ose espérer que l'initiative prise fin octobre 1974 par le Président de la République française saura vaincre les dernières réticences de notre Gouvernement. Voici l'économie du projet actuellement à l'étude et tel qu'il a été élaboré par la commission instituée par l'ancien Ministre SCHAUS. La commission a retenu le principe de la libéralisation de la législation en vigueur dans des cas à indication médicale, eugénique et morale. En d'autres mots l'avortement reste prohibé — sa licéité est d'exception. Il est pourtant intéressant de noter que l'indication médicale est si largement formulée qu'elle permet d'aller très loin. «Lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé physique, mentale ou psychique de la femme enceinte». Il n'est pas question de danger «grave». Il suffit d'un danger. C'est hypocrite mais ça permet des interprétations généreuses. Pour pratiquer l'interruption, l'avis favorable de 2 médecins est seul requis. Il n'est pas question de faire intervenir une autre autorité telle par exemple une commission ou des assistances sociales, ou le Procureur d'Etat. Bref pas d'autres structures d'accueil que l'avis des médecins. L'indication eugénique est formulée de la manière suivante : «Lorsqu'il existe un risque sérieux que l'enfant à naître sera atteint d'une maladie grave ou de malformations physiques ou d'altérations psychiques importantes». Ici encore il suffit de se munir de l'avis favorable de 2 médecins. Reste l'indication morale : «Lorsque la grossesse est la conséquence d'un acte de violence ou d'un acte criminel». Ici le projet prévoit que l'interruption ne peut avoir lieu qu'avant l'expiration de la 12^e semaine et sur avis du Procureur d'Etat. Il était d'abord question de faire comparaître la femme devant une commission. Cette idée saugrenue a été abandonnée définitivement. Elle se trouve encore dans la proposition WEHENKEL. Le parti socialiste vient à son tour de l'abandonner.

Le projet SCHAUS n'est de toute évidence pas satisfaisant. Même les partisans d'une solution libérale d'indication le rejettent alors que toute indication sociale y fait défaut. Je ne puis admettre que ce sera ce texte qui remplacera la législation actuellement en vigueur.

2^e facteur d'évolution : l'opinion publique.

L'opinion publique après un sommeil séculaire a fini par se réveiller à son tour, il est vrai sans passion, les paupières lourdes, mais quand même. Des conférences sur la question ont été organisées et bien fréquentées. Monsieur le Docteur PEERS a pu s'en rendre compte *ex pro priis sensibus*. Depuis quelque temps cependant le problème semble avoir perdu de son actualité. Seul le Mouvement de Libération des Femmes le remue de temps en temps. Ce phénomène est regrettable. Les forces de la réaction n'ont pas désarmé. Il ne se passe pas une semaine où le puissant journal catholique : Le Luxemburger Wort, ne revient à charge avec toute la hargne et la méchanceté qui lui sont propres. Je m'attends à une période difficile le jour où le pouvoir législatif aura à se prononcer sur la question. Je les vois venir. Ce sera l'Action Catholique familiale et populaire qui montera à l'assaut secondée par toute une cohorte d'énergumènes qu'elle ira dénicher dans la périphérie du pays et qui iront de village en village prêcher la fin du monde et jeter le désarroi dans les consciences des paysans : «Laissez-le vivre. Opposez-vous à la délivrance du permis de tuer».

Curieux : à l'époque où l'aviation américaine travaillait le crâne des enfants de Hanoï et de Haiphong ces seigneurs étaient singulièrement calmes. Ils ne criaient pas au respect de la vie. Ils avaient, dit-on, les larmes aux yeux et la paix dans l'âme. J'aurai l'occasion de leur rappeler leur conception du respect de la vie le moment venu. Leur langage sera le mien.

3^e facteur d'évolution : le Facteur judiciaire.

Les tribunaux qui ont à juger les rares affaires qui leur sont déférées s'y mettent sans appétit particulier et se montrent fort exigeants sur les conditions d'application de la loi et sur les formalités prévues par le C.I.C. Nous avons pu obtenir au courant de l'année judiciaire passée deux décisions retentissantes. Dans les deux affaires le fait pénal était difficilement contestable. La première affaire butait sur des moyens de nullité et finissait par s'enliser dans le marasme de la procédure. La défense avait plaidé des moyens tirés de l'article 5 du C.I.C.

Les juges ont admis le bien-fondé des moyens et ont renvoyé les prévenus sans frais ni dépens après avoir entendu comme experts avec le consentement tacite d'un Procureur d'Etat qui avait le tort de se réveiller trop tard, des personnalités de premier plan qui se prononçaient exclusivement sur la nécessité d'abolir la législation en vigueur, à savoir : le

bourgmestre de la Ville, Mademoiselle FLESCHE, un avocat général, plusieurs médecins très connus, des professeurs de l'enseignement secondaire. Ce n'était plus le procès des prévenus, c'était le procès de la loi. Il s'agit en l'espèce d'un événement capital dans les annales judiciaires du pays. Je n'oublierai pas de sitôt l'appréciation combien concise et pertinente donnée pour le bourgmestre de la Ville, en audience publique, sur la loi en vigueur : «La législation en vigueur», disait-elle, «est obsolète, archaïque et déphasée».

Dans la seconde affaire l'acquiescement put être obtenu sur base d'une contestation de la grossesse. Le dossier se présentait pourtant de façon défavorable pour les prévenus. La dame concernée n'avait jamais mis en doute sa grossesse, des témoins prétendaient avoir vu le foetus expulsé et le décrivaient avec force détails. La contestation du fait principal se produisit pour la première fois à l'audience à la stupéfaction certaine de la principale prévenue qui ne savait plus où donner de la tête. Le tribunal prenait l'affaire en délibéré après des débats houleux et acquiesçait pour cause de doute après un délibéré de huitaine.

Les deux décisions émanent de deux chambres différentes. La première est frappée d'appel, mais à ce jour, il n'y a pas eu fixation à l'audience.

Il n'est pas exclu que dorénavant le Parquet ne poursuivra plus les affaires d'avortement. Pour autant que je suis renseigné une instruction en ce sens lui parviendra de la part du Ministère de la Justice dès que le Gouvernement aura déposé le projet de réforme.

Je voudrais terminer sur une note optimiste.

Nous avons bon espoir qu'un projet très satisfaisant sera déposé au printemps prochain. D'ores et déjà d'importants changements de législation ont été réalisés par la nouvelle et courageuse équipe au pouvoir, ou sont sur le point de l'être : ainsi nous venons de dépénaliser l'adultère. La loi du divorce sera entièrement revue. Le principe judéo-chrétien de la culpabilité sera remplacé par la notion d'échec et les aliments seront réglés d'après les critères purement et exclusivement économiques.

La situation en France

par A. M. Dourlen-Rollier ()*

L'avortement est utilisé dans toutes les sociétés comme une méthode de régulation des naissances, à posteriori, et constitue un phénomène sociologique que l'on ne peut ignorer. En 1971, plus de 55 millions de femmes ont eu recours à l'avortement, légal ou illégal, — ce qui représente sur le plan mondial 4 avortements provoqués pour 10 naissances vivantes —.

Depuis quelques années, l'hypocrisie de l'avortement clandestin est largement dénoncée et un vaste mouvement de réforme est en marche pour abandonner une attitude répressive vis-à-vis de l'interruption de grossesse.

Estimant que le choix n'est pas entre la vie et la mort, mais entre l'avortement légal ou illégal, de nombreux pays ont aboli les lois répressives et rendu l'avortement légalement possible, en le considérant comme un acte médical.

29 Etats représentant plus de 58% de la population mondiale, ont adopté une législation libérale. C'est le cas de la Chine, de l'Inde, des Etats-Unis, du Japon — et en Europe : de l'Allemagne Fédérale, de la Grande-Bretagne, du Danemark, de la Suède, de la Finlande et de la quasi totalité des pays socialistes, y compris l'U.R.S.S.

Les pays catholiques d'Europe : Espagne, Portugal, Italie, Grèce, Belgique, Luxembourg, France, restent encore soumis à un régime d'interdiction quasi totale, et beaucoup d'entre eux luttent activement pour obtenir une modification législative.

En France, nous avons entrepris d'attirer l'attention de l'opinion et des pouvoirs publics sur le problème de l'avortement clandestin, dès 1969.

(*) Avocat à la Cour de Paris, Secrétaire générale de l'Association Nationale pour l'Etude de l'Avortement.

Grâce à l'action menée par l'Association Nationale pour l'Etude de l'Avortement (A.N.E.A.), le Docteur Peyret, Député U.D.R. déposa, en juin 1970, une timide proposition de loi pour libéraliser la loi sur l'avortement, datant de 1923, (article 317 du Code Pénal). Cette proposition resta lettre-morte.

La campagne auprès de l'opinion publique fut intensifiée, en 1971, après la déclaration de 343 femmes annonçant qu'elles avaient subi des avortements clandestins. Au début de l'année 1972, deux groupes de médecins, dont l'un composé de 250 membres de l'A.N.E.A., proclamèrent qu'ils avaient effectué des interruptions de grossesse. Ce défi porté aux pouvoirs publics donna lieu à diverses réactions, mais aucune poursuite pénale ne fut intentée contre ces médecins.

Le procès de BOBIGNY, à l'automne 1972, mobilisa la presse et l'opinion et, au printemps 1973, le groupe communiste et le groupe réformateur prirent l'initiative de propositions plus souples que celle déposée par le Dr. Peyret, incluant les indications sociales. Le groupe socialiste se prononça en faveur de l'avortement libre, jusqu'au 3^e mois de grossesse, mais ces textes n'ont jamais été discutés par le Parlement.

C'est alors qu'au mois de juin 1973, le Gouvernement de Monsieur Pompidou se décida enfin à déposer un projet de loi.

Ce projet n'accordait pas à la femme le droit d'interrompre une grossesse, après avis d'un médecin, mais déterminait les cas où cette interruption pourrait être demandée.

Outre le risque élevé de malformation chez le fœtus, le viol et l'inceste, il prévoyait les cas où la poursuite de la grossesse met en danger la santé physique, mentale et psychique de la femme enceinte, dans l'immédiat ou par des complications lointaines.

Il était précisé que l'âge peut constituer un facteur aggravant de ce risque et que l'avis de deux médecins, dont l'un appartenant à un hôpital public ou privé, était requis.

Ce texte, relativement souple, excluait les indications sociales et forçait la femme demandant une interruption de grossesse à apporter des justifications.

Porté à l'ordre du jour de l'Assemblée Nationale, il vint en discussion le 13 décembre 1973.

Bien que le Ministre de la Justice, Monsieur Taittinger, ait fait valoir que le Gouvernement s'était éloigné du rigorisme et du laxisme pour choisir la voie d'une solution moyenne, le débat fut très mouvementé.

L'Assemblée, finalement, afin d'avoir à éviter à se prononcer, vota par 255 voix contre 212 le renvoi du projet de loi en Commission des Affaires

Culturelles Familiales et Sociales, alors que cette Commission avait déjà étudié le texte, depuis plusieurs mois ...

Après l'ajournement du débat, le Ministre de la Justice confirma que le Gouvernement demanderait, au début de la session parlementaire d'avril, l'inscription à l'ordre du jour prioritaire d'un texte sur l'interruption de grossesse.

La Commission étudia un contre-projet, présenté par Monsieur Segard, Député U.D.R., qui tout en maintenant le principe de la répression, admettait l'avortement — si la poursuite de la grossesse présente un danger grave et certain pour la santé de la femme et — lorsqu'elle se trouve en état de détresse manifeste.

Ce texte ambigu semblait avoir le consensus de la majorité, à la fin mars 1974, lorsque quelques jours plus tard le Président Pompidou décéda.

S'ouvrit alors la campagne pour l'élection présidentielle, et chacun se souvient des nombreuses promesses faites, en tous les domaines, par les candidats à la magistrature suprême.

Monsieur Valéry Giscard d'Estaing l'emporta sur Monsieur Mitterand, avec une faible majorité. Le nouveau Président, alors qu'il était Ministre des Finances, avait pris position en faveur d'une modification de la loi sur l'avortement et, le 24 juillet dernier; il confirmait «Je souhaite que le Parlement tranche dans un sens qui soit libéral et non répressif».

Madame Simone Veil, Magistrat, avait été nommée Ministre de la Santé, et rapidement cette femme remarquable se révéla extrêmement efficace.

En juin 1974, elle fit voter par l'Assemblée Nationale, en première lecture, une nouvelle loi sur la contraception, supprimant les dispositions restrictives contenues dans la loi du 28 décembre 1967.

La nécessité de l'autorisation parentale pour la délivrance des contraceptifs aux mineures est supprimée. Leur prescription est laissée à la responsabilité des médecins; les produits contraceptifs sont remboursés par la Sécurité Sociale et, outre la vente en pharmacie, ils peuvent être délivrés, à titre gratuit, dans les centres de planification familiale et dans les centres de Protection maternelle et infantile.

Dans le plus grand secret, fut dans le même temps préparé un nouveau projet de loi concernant l'avortement.

Il fut adopté par le Conseil des Ministres, après avoir été discuté au cours de deux Conseils restreints, les 25 et 29 octobre 1973.

Il prévoit que *l'interruption de grossesse pourra être effectuée en milieu hospitalier, avec accord d'un médecin, durant les 10 premières semaines de la grossesse.*

L'avortement devient donc un acte médical et la liberté de décision est laissée à la femme, mais après l'intervention de 2 conseils successifs : l'un médical, l'autre social.

A l'issue de ces consultations, afin que la demande de la femme soit bien réfléchie, elle devra la confirmer, par écrit, après un délai de 7 jours suivant sa première demande.

Ces entrevues avec un médecin, puis avec un travailleur social, sont destinées à mieux informer la femme, tant sur les risques médicaux encourus, du fait de l'intervention, que sur les mesures d'aide dont elle pourrait bénéficier, si elle décidait de poursuivre sa grossesse.

Elles sont donc exigées dans une perspective de meilleure information, mais aussi de dissuasion, puisque la femme devra exposer à la conseillère sociale qui la recevra les raisons qui expliquent « l'état de détresse » qu'elle invoque.

Ces mesures seront bénéfiques, à condition que les entretiens imposés respectent toujours la dignité de la femme, et ne soient pas directifs. En effet, s'ils sont ressentis comme tracassiers, ils risqueraient de détourner bon nombre de femmes de la procédure légale et, en ce cas, le fléau de l'avortement clandestin ne serait pas combattu.

Il est également prévu que la femme recevra, dans l'établissement où sera pratiquée l'intervention, une information en matière de régulation des naissances. Cette mesure indispensable devra être systématiquement appliquée, si l'on veut que progressivement l'avortement ne soit plus que l'exception, le recours à la contraception devenant la méthode habituelle de contrôle de la fécondité.

Il peut, par ailleurs, paraître regrettable que l'interruption de grossesse ne soit pas remboursée au titre de la Sécurité Sociale : ne favorise-t-on pas ainsi les riches au détriment des pauvres ? En fait, la modicité des frais à exposer pour une intervention en début de grossesse, ne devrait pas constituer un véritable obstacle économique, même pour les plus défavorisées.

Pour les mineures célibataires (l'âge de la majorité est désormais 18 ans), l'autorisation parentale est requise.

Après la 10^e semaine de grossesse, l'interruption de grossesse comportant des risques beaucoup plus sérieux n'est autorisée que pour deux motifs thérapeutiques :

- en cas de péril grave pour la santé de la femme ;
- s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité, reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Est alors exigé l'accord de 2 médecins, dont l'un est expert près d'une Cour d'Appel ou près la Cour de Cassation.

Ce projet doit venir en discussion, devant le Parlement, le mois prochain.

Une toute récente enquête, effectuée par l'Institut Français d'Opinion Publique (I.F.O.P.) a montré que 73% des personnes interrogées se sont déclarées en faveur de l'avortement libre jusqu'à la 10^e semaine de grossesse.

Cependant, l'opposition à la libéralisation de la loi, s'est exprimée de façon farouche et des pressions, sans précédent, ont été exercées sur les parlementaires — principalement à l'instigation du groupe «Laissez-les vivre».

L'Ordre des médecins a réaffirmé, à plusieurs reprises, son hostilité à l'avortement libre, déclarant que si la loi l'autorisait cette besogne devrait être pratiquée par un personnel d'exécution particulier et dans des avortoirs. Cette idée a été reprise par l'«Association des Familles Chrétiennes» qui demanda la création d'un «Ordre National des Médecins non Avorteurs».

En mars 1974, l'Episcopat Français, puis au mois d'octobre, Mgr. Marty, proclamaient que «la vie de l'enfant doit être respectée, dès sa conception, comme après sa naissance».

En conséquence, nous devons nous attendre à un débat long, passionné et mouvementé, mais il semble impossible que soit rejetée la solution humaine au problème de l'avortement — qui est enfin proposée après tant d'années de lutte —.

Depuis cet exposé, le 11 novembre 1974, 2 lois sont intervenues :

- concernant la contraception, la loi du 4 décembre 1974 (J.O. 5/12/74)
- concernant l'interruption de grossesse, la loi du 17 janvier 1975 (J.O. 18/1/75).

Les solutions partielles en Belgique

par P. O. Hubinont et W. Peers ()*

Un groupe de quatre cliniques de gynécologie importantes ont mis en place au cours de la dernière année des structures d'accueil aux femmes confrontées à des problèmes de grossesse non désirée ou non désirable.

Ces structures remplissent un double but.

1. Accueillir et apporter un remède à la solitude, l'isolement et l'angoisse de ces femmes en leur permettant ainsi de reconsidérer leur motivation, la mettre en perspective, et de reprendre confiance.

Les orienter ensuite vers la solution de leur problème en leur procurant l'aide nécessaire non seulement en période aiguë mais aussi dans l'application ultérieure d'une attitude et des techniques de planning familial.

2. Recueillir une information objective sur la manière dont le problème de la grossesse non désirée ou non désirable se présente en Belgique.

La présente communication rapporte les résultats de cette recherche.

* * *

Dans le cadre de ce congrès sur l'avortement dans le respect de la qualité de la vie et pour que l'information soit complète, nous rapportons les données relatives à la demande d'interruption de grossesse telles qu'elles résultent d'une étude systématique et prospective menée selon un protocole commun.

Il est probablement inutile de revenir à nouveau sur les circonstances qui entraînent l'avortement.

(*) Travail des Cliniques de Gynécologie et Obstétrique — Hôpital Universitaire Saint-Pierre (Bruxelles) — I.P.G.O. de Namur — Clinique de La Hestre — Clinique Louis Caty (Baudour).

«L'avortement provoqué est celui qui résulte de manœuvres délibérées entreprises dans le but d'interrompre la grossesse». Cette définition lapidaire traduit l'aspect biologique d'un événement qui doit néanmoins se comprendre en termes de situation vécue.

Certes, dès qu'il est question d'avortement il est difficile de garder une parfaite neutralité dans la discussion.

Mais l'avortement n'est pas un fait abstrait : il fait partie de la vie quotidienne, il peut être l'objet de spéculations intellectuelles et morales, mais c'est avant tout une réalité vécue.

C'est aussi une réalité historique et si l'instinct de reproduction est une pulsion très puissante dans toutes les espèces et en particulier dans l'espèce humaine, celle-ci eu recours de tous temps et dans toutes les sociétés à l'interruption de la grossesse.

Si nous émettons une série de remarques préliminaires sur les racines de notre engagement, ce n'est pas pour le justifier ou pour nous abriter derrière des excuses ou des rationalisations. La vérité n'a pas besoin d'autre justification que celle des faits sur lesquels elle se fonde.

Dans le contexte où nous vivons, il existe un problème de l'avortement *clandestin* et *criminel*, criminel en raison de ses conséquences sur le plan de la santé, le seul où nous ayons compétence.

Nous ne voyons pas d'obstacle, bien au contraire, à utiliser le qualificatif de criminel (ailleurs que dans le contexte juridique) pour désigner les agissements qui concourent à dégrader la santé.

Et l'avortement clandestin dont nous constatons professionnellement les conséquences, mérite de garder la qualification de criminel lorsqu'il se passe :

- dans des conditions sanitaires déplorables
- par des mains souvent incompétentes
- dans l'espoir de lucre en exploitant la panique des malheureuses qui se livrent à ces agissements.

Nous disons fermement que la publication récente d'un article, avec photos à l'appui montrant comment il est possible de réaliser un avortement par aspiration dans un appartement parisien, à l'aide d'un flacon et d'une pompe à bicyclette dont on a inversé les valves, s'il est le résultat de l'inconscience, résulte d'une inconscience criminelle.

Certes on nous dira que l'on peut accoucher à domicile, mais il ne viendra à l'idée de personne de sensé de dire que c'est mieux et plus sûr que d'accoucher en milieu sanitaires adéquats et équipés pour faire face à toutes les éventualités.

Ceci étant précisé, il faut prendre conscience de trois constatations importantes :

La première constatation, c'est que la survenance de grossesses non désirées et non désirables persiste malgré le concept logique en soi que la parenté responsable trouve les moyens de s'exercer pleinement lorsque les individus ou les couples sont instruits correctement et ont à leur disposition les moyens techniques et les services sanitaires permettant de prévenir la grossesse.

Il faut sans doute trouver admirable l'idéalisme de ceux qui se satisfont du concept.

Mais du principe à l'application il y a un long chemin à parcourir et des efforts considérables à accomplir :

- un effort de motivation et de responsabilisation des êtres humains dans tous les domaines de leur vie personnelle et en particulier dans le domaine de leur propre santé.
- un effort de motivation et de responsabilisation du milieu social pour que les individus y trouvent un courant de compréhension, de sympathie et de tolérance favorisant l'intégration des connaissances factuelles à la personnalité et entraînant progressivement, non seulement la chute des résistances psychosociales, mais surtout une attitude positive vis-à-vis de la contraception.

Nous sommes encore loin de cet état idéal. C'est ce qui explique l'échec de la contraception dans les faits.

Il y a d'autre part l'échec de l'éducation sexuelle et le fait que beaucoup de personnes plus ou moins jeunes se lancent (ou sont lancées) dans la vie sexuelle sans même penser parfois à ce que la contraception existe et est accessible, en tous cas sans la mettre en pratique.

Il y a enfin les grossesses qui ont été désirées au départ et qui constituent rapidement une menace plus ou moins complexe pour la santé.

En conclusion il persiste et il persistera longtemps (tous ceux qui ont sérieusement pensé au problème sont d'accord) un nombre que nous espérons décroissant de cas où la question de l'interruption de la grossesse se pose.

Et où se pose évidemment le paradoxe apparent entre la vocation sanitaire de préserver la santé et la vie, et la nécessité pour ce faire de détruire une vie qui deviendrait un jour un être humain.

Mais le paradoxe n'est qu'apparent si l'on considère que cette vie en germination est une menace pour la qualité de la vie de celle qui l'héberge dans son corps.

La deuxième constatation est ce que nous pourrions appeler l'aliénation de la femme enceinte d'une grossesse indésirable en ce qu'elle « cesse à ce moment de s'appartenir, est traitée comme une chose, devient esclave des choses et des conquêtes même de l'humanité qui se retournent contre elle ». Cette aliénation est évidente et entraîne une situation de rejet, d'isolement et de solitude. Dès avant de passer à l'acte nos traditions, la pression sociale ont déjà mis hors la loi la femme enceinte qui refuse sa grossesse.

La troisième constatation est l'extrême pauvreté de l'information scientifique de première main sur l'ampleur et la nature d'un problème qui a été l'objet dans ce pays de jugements péremptoires et de prises de position dans divers sens, toutes basées sur des convictions honorables certes mais non vérifiées.

Il découle clairement de ces constatations (et en particulier les deux dernières) que le seul moyen de répondre à la solitude, à l'isolement et au rejet est l'accueil, et parallèlement que le seul moyen d'accéder à une information objective est la recherche.

La notion de recherche est claire et ses résultats font l'objet de ce qui va suivre.

Mais avant l'exposé des résultats, examinons un instant la notion d'accueil car il est sans doute important de préciser qu'il doit être rassurant, chaleureux et objectif.

Nous pensons qu'il ne peut pas être paternaliste ou directif et camoufler en fait une entreprise de dissuasion systématique. Ce qui importe c'est de pallier à la solitude, d'enrayer la panique, d'empêcher son exploitation criminelle et sans doute aussi de pallier aux inégalités de toutes sortes, en particulier les inégalités sociales.

L'expérience montre que lorsqu'une femme se présente avec un problème de grossesse indésirée elle a le plus souvent réfléchi à son problème et, bien plus qu'aux motifs qui la poussent à refuser la grossesse, pense au seul moyen qui lui reste pour le résoudre.

Disposer d'une ou de plusieurs personnes compétentes permet à la femme de reconsidérer son problème à la lumière d'une information et d'une dialectique qui remettent la situation en perspective. Au-delà d'une écoute attentive et d'un soutien psychologique qui sont déjà thérapeutiques, l'accueil conduit à une clarification des motifs et à une prise de conscience interne et non dirigée, permettant parfois à la femme (poussée à supprimer sa grossesse par un mari, un amant, un père, une mère, ses patrons) de garder une grossesse qu'elle désire au plus profond d'elle-même, mais, répétons-le, par une libre décision personnelle.

A partir de ce moment il existe des variations dans la conception générale que l'on peut avoir du fonctionnement de la structure d'accueil.

La situation idéale serait peut-être, une fois clarifiés les motifs et les possibilités, de laisser la femme décider elle-même si elle va subir ou non l'interruption de la grossesse. Ceci conduit à une situation où les refus sont rares.

Une autre optique a ses avantages ; c'est de laisser à l'équipe d'accueil la possibilité de faire une véritable expertise qui permette de déterminer les contre-indications objectives et les menaces pour la santé liées à l'interruption elle-même afin de les mettre en balance avec les avantages prévisibles de l'intervention.

Dans ce cas la décision est entre les mains de l'équipe de santé ou du médecin. C'est une manière plus traditionnelle de voir les choses.

* * *

Avant de vous présenter cette étude menée selon un protocole commun dans quatre services hospitaliers de gynécologie reconnus à des titres divers comme services de stage de l'U.L.B., je voudrais souligner que ce travail réalisé avec la collaboration de plus de quarante travailleurs sanitaires, n'a en fait été possible que grâce à la confiance que nous ont accordé les femmes ou les couples qui se sont adressés à nous.

Leur collaboration, peut-être inconsciente, à cette recherche nous permet certainement de mieux approcher les conditions dans lesquelles se pose actuellement le problème des grossesses non désirées dans notre pays. Nous nous devons de les remercier d'avoir accepté de répondre aux nombreuses questions qui tout en leur permettant de mieux situer leur décision, nous autorisent aujourd'hui à dresser le tableau qui caractérise notre attitude sur la question.

Les données qui vont vous être communiquées ne concernent que les aspects sociologiques de notre enquête qui nous permet également de dégager certaines conclusions sur les aspects techniques de l'intervention ; ces conclusions n'ont pas été retenues pour l'exposé qui vous est ici présenté, elles feront l'objet d'autres communications. Elles aboutissent à mettre en évidence l'inocuité des interventions précoces pratiquées par un personnel averti et entraîné. Elles confirment les observations faites ailleurs où l'on a considéré que l'interruption de grossesse était un problème de santé publique exigeant l'attention et les soins de travailleurs sanitaires compétents.

Les quatre centres, bien qu'ayant commencé à pratiquer les interruptions de grossesse à des moments différents, avaient dès le début de l'enquête ici présentée, dépassé le stade de mise au point des techniques et de l'approche des cas.

A cette époque et depuis d'autres centres ont commencé une activité identique mais leur expérience trop récente nous a conduit à ne pas les intégrer dans cette étude.

CONDITIONS TECHNIQUES

Les quatre centres attachés à des services hospitaliers ont néanmoins pratiqués l'interruption de grossesse dans des conditions quelque peu différentes.

Dans les centres A et B la méthode est pratiquée en salle d'opération avec une courte hospitalisation.

Dans le centre C la pratique est strictement ambulatoire et ne fait appel à l'hospitalisation que pour les interruptions au-delà de treize semaines.

Dans le centre D, même attitude, à la seule différence qu'un repos post-opératoire est assuré dans le cadre même de la consultation.

CONDITIONS D'ACCUEIL

Le service A dispose d'une structure d'accueil spécialisée ; la discussion des cas est collégiale, la décision est prise par le chef de service ou en son absence par son adjoint.

Les délais entre la demande et l'avis atteignent parfois 15 jours.

Dans les services B, C et D, la structure d'accueil est collégiale. Le plus souvent la décision est prise le jour même de la demande. Les délais pour obtenir une consultation varient de huit à quinze jours en fonction des disponibilités mais aussi de l'âge de la grossesse. Cette dernière condition détermine aussi l'urgence éventuelle de l'intervention.

TABLEAU 1

Service	Nombre de demandes	Nombre d'interruptions		Période	Nombre d'interruptions par mois
		Nombre réel	% des demandes		
A	582	396	68.6	du 1.12.73 au 31. 8.74	44
B	417	343	82	du 1.1.74 au 15.10.74	36.1
C	253	247	98	du 1. 1.74 au 31. 7.74	35.3
D	188	157	83.5	du 1. 1.74 au 30. 6.74	26.2
Total	1.440	1.143	79		

Le pourcentage d'interruptions varie d'un service à l'autre mais en C il exclut les demandes où il n'y a pas de grossesse (préalablement à l'inscription un test est pratiqué dès la prise de contact) ; en D une partie des cas où il n'y a pas eu interruption est justement constituée par des femmes non enceintes ou qui ont décidé soit de garder leur grossesse, soit de l'interrompre à l'étranger.

TABLEAU 2

Âge des gestantes	A	B	C	D
— de 16 ans	4.18	2.5	2.4	1.9
17 à 20 ans	18.28	17.5	10.6	21
21 à 25 ans	22.72	28.5	20.3	25
26 à 30 ans	19.58	23	21.5	23.5
31 à 35 ans	14.62	9.3	22	10.2
36 à 40 ans	13.05	23.3	16.6	14.7
+ de 41 ans	7.57	9.2	6.9	3.8

On retrouve dans tous les centres une répartition par classe d'âges qui correspond à celle de la fécondité naturelle ; toutefois la proximité d'établissements d'enseignement supérieur semble avoir influencé la plus grande fréquence des jeunes dans les services A et D. Le service B est lui caractérisé au contraire par une demande fréquente de femmes de 30 ans et plus (41,8%), mais il faut noter le vieillissement plus marqué de la population de cette région.

TABLEAU 3

Gestité	A	B	C	D
1	35.77	30	26	37.5
2	16.19	21.8	18.6	17.2
3	18.28	23.2	23.5	14.6
+ de 3	29.76	23.7	32	29.3
inconnu		0.3		

TABLEAU 4

Parité	A	B	C	D
0	38.12	32.5	26.8	37.5
1	16.97	24	19	18.5
2	19.58	22.5	26.6	17.9
3	12.27	12	10.6	12.8
+ de 3	13.06	10.5	17	13.4

L'étude de ces deux tableaux révèle que partout les femmes demandant une interruption de grossesse sont majoritairement des femmes ayant déjà accouché, mais elle révèle aussi, et c'est particulièrement vrai pour les multipares, qu'elles ont déjà avorté (spontanément ou volontairement) dans un nombre de cas appréciable. Par ailleurs si la première grossesse est souvent non désirée, c'est la répétition des grossesses qui paraît motiver le plus souvent la demande.

TABLEAU 5

Revenus	A	B	C	D
A charge des parents	17.4	15.3	11	18.5
— de 10.000 francs	19.3	2.9	8.5	10.2
11 à 20.000 francs	21.9	17.7	29	15.3
21 à 30.000 francs	14.3	10.5	18.6	33.2
31 à 40.000 francs	3.4	4.5	10.5	8.9
+ de 40.000 francs	0.8	2.6	7.6	3.8
inconnus ou variables	22.6	46	22.8	10

Le nombre élevé de cas inconnus ou variables gêne l'appréciation de cet aspect de l'étude, mais on peut au moins dire que toutes les classes de revenus sont représentées et cela dans une mesure assez parallèle à celle des revenus moyens de la population ; la service A compte néanmoins très peu de demandes du groupe à haut revenu.

TABLEAU 6

Profession de la femme	A	B	C	D
Agriculture	0.17		0.8	2
Profession libérale	0.17	0.24	0.4	
Commerçante et indépendante	5.67	7.4	1.2	9.6
Employée	18.56	18.2	24.7	23
Ouvrière	28.19	11.7	12.6	16.6
Enseignante	3.26	3.35	4	2.4
Etudiante	15.98	12.45	11.5	15.3
Dépendante de la société	3.26	1.4	1.6	7.6
Ménagère	18.73	45	43.5	23
Inconnue ou inclassable	6.01			

TABLEAU 7

Profession du géniteur	A	B	C	D
Agriculteur	0.34		2.4	1.9
Profession libérale	0.34	1.7	2	
Commerçant et indépendant	7.57	7.2	1.3	12.2
Employé	12.5	15.8	26.5	19.2
Ouvrier	37.8	24.6	36.2	41
Enseignant	3.61	3.11	2	2.2
Etudiant	6.2	6.7	8.5	11.5
Dépendant de la société	3.6	4.3	2.4	4.7
Autre et inconnue	19.7	36.5	11.8	7

Toutes les activités professionnelles sont représentées, mais la fréquence faible du milieu rural (agriculture) ne correspond pas à la situation de cette activité sur le plan national ; défaut d'information ou attitude différente vis-à-vis des grossesses non désirées peuvent l'expliquer.

Les services A et C ont une fréquence d'étudiants plus élevée en raison de leur implantation particulière déjà évoquée.

TABLEAU 8

Contexte Familial de la grossesse	A	B	C	D
Femme seule célibataire	36.03	27	22.3	37.5
Femme mariée séparée, divorcée, veuve légalement	9.14 45.17	10 58	8.1 65.3	4.5 58
«de facto»	9.67	2.4	4.1	4
Grossesse adultérine	3.60	2.15	4.5	3.15
	54.8	60.4	69.4	62

Si le célibat est souvent présent comme situation d'état civil, les couples sont partout majoritairement confrontés avec le problème.

TABLEAU 9

La femme s'est présentée	A	B	C	D
Seule	55.33	57.3	29.2	34
Accompagnée du géniteur	27.49	28.2	59.5	52
Accompagnée d'un parent	10.81		6.9	
Accompagnée d'une autre personne	2.06	8.4	2.9	1
Inconnu	4.3	6.1		

La notion d'accompagnement est différemment observée dans les services A et B d'une part et les services C et D d'autre part. Ceci pourrait être la conséquence de situations préexistantes différentes. Traditionnellement les consultantes en gynécologie (pour d'autres motifs qu'une interruption de grossesse) se présentent seules en A et B, ce qui n'est pas le cas pour les deux autres services. Mais par ailleurs c'est aussi dans ces deux services C et D que les couples sont nettement prédominants (69.4 et 62%).

TABLEAU 10

Âge de la grossesse	A	B	C	D
— de 7 semaines	20.63	42	60	16.6
8 à 10 semaines	52.68	35.5	29.5	64.5
11 à 12 semaines	8.61	10.6	4.8	11.4
13 à 15 semaines	10.97	5.3	4.1	3.8
16 à 20 semaines	6.79	2.4	1.6	1.9
+ de 21 semaines	0.26	0.96		1.2
erreur de terme	0.26	0.48		
pas de renseignement		1.92		

Par rapport aux études antérieures conduites dans ces mêmes services on observe une demande plus précoce partout, à un âge où l'intervention peut s'effectuer plus aisément. L'accessibilité de la structure d'accueil paraît aussi être un élément déterminant dont il faudra tenir compte si l'on veut conclure.

Les demandes tardives trouvent le plus souvent leur origine dans une pathologie survenue ou constatée en cours d'évolution de la grossesse

(rubéole, affection cardio-vasculaire ou rénale par exemple); parfois cependant une demande est tardive en raison d'une ambivalence, d'une culpabilisation, ou d'un défaut d'information de la consultante.

TABLEAU 11

Décision pour raison	A	B	C	D
Sociale	85.10	65	63	28.5
Economique	32.07	21.7	51.2	63
Psychologique	64.64	31.9	37.3	65
Somatique	12.63	5.2	12.2	10.2
Psychiatrique	5.3	1.2	0.8	1.9
Eugénique	5.3	5	3.2	0.64
Autres	13.1	3.1	11.8	[20.3]

Ce tableau ne permet en fait pas de commentaire acceptable. Malgré le caractère prospectif de l'étude, il est apparu que la définition des critères n'a pas été suffisamment précisée que pour permettre une comparaison valable d'un service à l'autre.

La fréquence de cas psychiatriques en A s'explique par la présence dans le même établissement d'un service de médecine psycho-somatique qui adresse ses cas au service A, mais aussi par la nécessaire mise au point de ces cas qui sont parfois adressés par des services extérieurs au service A en raison de cette possible collaboration.

TABLEAU 12

Moyens anti-conceptionnels utilisés avant et après l'interruption de grossesse	B		C		D	
	avant	après	avant	après	avant	après
Ogino ou assimilés	25.8	0	20.6	0	67.5	0
Mécaniques masculins ou féminins	4.8	0	9.7	0.4	51	0
Hormonaux	19.6	41	20	49	3.9	77.2
Intra-utérins	1.9	48	7.3	37	4.5	7.6
Stérilisation	0	3.5	0	5.6	0	5.2
Aucun ou refus	47.6	6.5	40.5	8	18.5	10.2

Ce tableau n'a pas pu reprendre les données du service A où la consultation de conseil conjugal et de planning est séparée de la consultation de gynécologie ; le follow-up dans ce service en est d'ailleurs gêné.

Le chiffre du moyen anticonceptionnel utilisé après l'avortement correspond à la méthode contraceptive notée au cours de la visite de follow-up.

D'une manière générale on constate une pratique contraceptive efficace dans la majorité des cas. Sans doute la différence observée dans le choix (dispositifs intra-utérins ou pilules) est-elle le résultat d'une différence d'attitude médicale plutôt que d'une différence d'attitude des couples.

L'absence de contraception, ou le refus, n'est pas due à une négligence mais le plus souvent est due au caractère accidentel du non désir de la grossesse (rubéole, viol, par exemple).

CONCLUSION

Sans aucun doute cette première évaluation sociologique comporte-t-elle de nombreuses imperfections malgré notre souci de l'avoir préalablement codifiée.

Elle nous permet néanmoins d'éclairer quelque peu une situation que le caractère clandestin de l'avortement dans notre pays nous a toujours empêché d'évaluer.

Sans doute aussi le petit nombre de cas observés conduit-il à nous interroger sur le manque d'information qui empêche encore actuellement de nombreuses femmes de consulter et qui préfèrent soit la solution à l'étranger ou les manœuvres clandestines. A moins que l'absence de dépénalisation officielle de l'avortement ne fasse encore hésiter le plus grand nombre d'entre elles et les conduit à renoncer à l'aide ouverte des services qui ont cru devoir prendre leurs responsabilités.

Quant à nous, cette étude nous encourage à persévérer ; elle nous a permis déjà de revoir notre protocole prospectif pour tenter de mieux cerner le problème. Elle permettra sans doute à d'autres équipes de bénéficier de l'expérience acquise et d'accepter de participer à leur tour à un effort de santé publique destiné avant tout à mieux protéger tous ceux qui sont confrontés avec le problème d'une grossesse non désirée ou non désirable. Sans doute aussi à mieux prévenir plutôt que guérir, ce qui reste notre premier objectif vis-à-vis de ce problème.

* * *

Les faits seuls ont la parole et l'avantage du travail qui vient de vous être soumis est d'apporter des faits.

Certes ils ont été obtenus par des moyens illégaux puisque ceux qui les ont recueillis ont été amenés à enfreindre *la lettre* de la loi.

Ils ont de plus été et continuent à être l'objet d'insultes et de comparaison avec les médecins nazis. Les médecins d'Auschwitz étaient des criminels qui ont expérimenté sur des êtres humains aliénés (au sens philosophique rappelé au début de cette communication) privés arbitrairement de certains de leurs attributs humains et en particulier de leur liberté.

Les équipes d'accueil et les services de gynécologie qui ont rassemblé l'information présentée aujourd'hui ont contribué à la désaliénation de la femme en situation de grossesse rejetée, imposée ou non désirable. Elles ont introduit une parcelle de liberté, ont contribué à promouvoir l'autonomie et la responsabilité.

Pour un second combat

par Ph. Toussaint

Président de la Société Belge pour la Légalisation de l'Avortement

On ne peut manquer d'être frappé par la qualité, le sérieux, la profondeur des travaux publiés dans cet ouvrage. Cela démontre que nous avons franchi une étape, dépassé un stade : il ne s'agit plus d'expliquer pourquoi il faut dépénaliser l'avortement, mais comment nous devons le faire. Sans doute existe-t-il un certain nombre d'adversaires de cette dépénalisation mais nous pouvons constater qu'ils sont irréductibles : c'est pourquoi ils sont négligeables, les composantes irrationnelles, et respectables, de leur attitude l'emportant trop évidemment sur des arguments qu'on pourrait rencontrer. Il n'est de discussion possible qu'avec ceux qui sont prêts à changer d'avis et il convient de contourner les autres comme on le ferait d'obstacles naturels.

Personne, je crois, ne s'est jamais illusionné sur une dépénalisation de l'avortement, personne n'y a jamais vu une panacée qui résoudrait automatiquement le drame des avortements clandestins ou non. En réalité, il s'est toujours agi d'une condition nécessaire mais dérisoirement insuffisante. Les véritables difficultés commencent aujourd'hui.

Certes, l'avortement n'est pas dépénalisé en Belgique, mais qui oserait prétendre que l'esprit et la lettre de la loi ne sont pas d'ores et déjà désuets ? Le temps, encore une fois, n'est plus à des combats, éventuellement de défi, sur ce plan-là. Il est clair que les autorités tolèrent et il n'y a pas lieu d'en tirer un argument railleur ; ce serait se moquer facilement.

Nous voyons que, dans ce domaine comme dans tant d'autres, la distorsion est à son maximum entre la conception générale du droit actuel, qu'il s'agisse du code pénal ou du code civil, et une réalité qui devra bien submerger un jour. On ne tient plus que par des bouts de ficelle, qu'en s'accrochant à des fictions auxquelles nul ne croit plus. Il en va à cet égard de la dépénalisation de l'avortement comme de toutes les revendications dites «de gauche», et en somme simplement libérales : plus la société se mon-

trera disposée à y faire droit et mieux elle se défendra. Nous en avons un assez bon exemple en France où la nouvelle loi sur l'avortement aboutit, pratiquement, à une situation désastreuse.

C'est dans cette perspective, me semble-t-il, que les travaux présentés ici ont été voulus, c'est-à-dire dans la conviction que le problème des avortements clandestins ou légaux, est complexe, pétri de contradictions et, en somme, humiliant.

Tout se tient et dépenaliser l'avortement implique une foule de choses qui ne laissent pas de plonger dans le désarroi. Après tout, il y a quarante ou cinquante ans seulement, la notion d'avortement faisait l'objet d'une réprobation sans nuance ni exception dans nos pays : l'effort de bonne volonté, de lucidité que nous faisons ne saurait sans doute balayer des idées si bien ancrées. Je n'oublie pas ce que disait un jour ce professeur français de son patron, communiste sincère à l'époque du front populaire et qui, comme tous ses confrères, interdisait à ses assistants de donner fût-ce une bouffée de chloroforme aux femmes qui subissaient un curetage post-avortement dans ses services. Nous venons de trop loin pour être indemnes ...

Où en est cependant la modification législative annoncée, dès sa formation, par le gouvernement? Chacun sait qu'une commission a été installée, chargée d'étudier les problèmes dits éthiques. Elle travaille, on nous affirme même qu'elle travaille bien et relativement vite, le relatif ici étant fonction de son sérieux. Cette commission a-t-elle été créée dans le seul but de gagner du temps? Est-elle du bois de rallonge? Oui, si elle se consacre à l'opportunité de dépenaliser l'avortement, car qu'y a-t-il encore à dire à ce propos que tout le monde ne sache? Non si ses ambitions sont plus grandes, c'est-à-dire si elles concernent le comment, au-delà du pourquoi.

Pouvons-nous espérer néanmoins qu'une partie des membres de cette commission, adversaires déclarés de toute dépenalisation, puissent changer d'avis? Non que leur vanité soit en jeu mais étant donné ces composantes irrationnelles de leur attitude? Ne pouvons-nous craindre dans ces conditions que le rapport final ne soit un compromis désastreux, sous le couvert d'un bon-sens affreusement démagogique?

Bousculons un peu ce train-train. Il y a une majorité en Belgique pour dépenaliser l'avortement, aussi bien, on l'a vu, dans l'opinion publique qu'au Parlement si la liberté de vote était laissée. Il n'est pas moins douteux qu'aucun parti numériquement important ne serait unanime : vous avez tous compris pourquoi le gouvernement refuse de prendre ses responsabilités et cherche à gagner du temps.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	122
Préface, par P. O. HUBINONT	123

CONGRÈS DU 9 FÉVRIER 1974 : LE DROIT À LA MATERNITÉ RESPONSABLE

Aspects médico-sociologiques	129
R. CHARLIER-GOLDSMIT : État actuel du planning familial en Belgique, centré sur la partie francophone du pays	131
E. A. SAND : Quelques aspects épidémiologiques de la planification familiale et de l'avortement	137
M. FRANCHIMONT : Perspectives juridiques en matière de contraception et d'interruption de grossesse	146
P. DE LOCHT : Réflexions morales à propos de la contraception et de l'interruption de grossesse	152
F. DUYNKAERTS : Sexualité et fonction reproductrice	160
Aspects médico-techniques	167
P. O. HUBINONT et coll. : Recherche sur les indications d'interruptions de la grossesse pour raisons de santé	169
J. BOBON et coll. : Quelques aspects psychologiques et psychopathologiques de la grossesse et de la naissance non désirées	190
R. LAMBOTTE : Les techniques modernes de l'interruption de grossesse	198
Annexes	206

CONGRÈS DES 9 & 10 NOVEMBRE 1974 : L'AVORTEMENT DANS LE RESPECT DE LA QUALITÉ DE LA VIE

Accueil des Congressistes, par Monsieur le Recteur P. FORIERS	231
M. BOLLE DE BAL : Avortement et qualité de la vie	233

M. E. SAND : Aspects sociaux, psychologiques et somatiques de l'avortement provoqué	241
H. GÉRARD : Place de la répression dans la solution des problèmes démographiques	248
La situation belge	267
H. HASQUIN : Situation de l'avortement sur le plan politique en Belgique	269
J. MESSINNE : L'avortement et la jurisprudence	278
F. DUYCKAERTS : Le dilemme psychologique du médecin face à la demande d'avortement	292
Ch. REBUFFAT : L'opinion publique devant le problème de l'avortement	299
Les facteurs d'évolution	309
G. ENKELAAR : La situation en Hollande	311
G. VOGEL : La situation au Grand-Duché du Luxembourg ..	315
A. M. DOURLÉN-ROLLIER : La situation en France	321
P. O. HUBINONT et W. PEERS : Les solutions partielles en Belgique	326
Ph. TOUSSAINT : Pour un second combat	340

Règles d'utilisation de copies numériques d'œuvres littéraires publiées par l'Université libre de Bruxelles et mises à disposition par les Archives & Bibliothèques de l'ULB

L'usage des copies numériques d'œuvres littéraires, ci-après dénommées « copies numériques », publiées par l'Université Libre de Bruxelles, ci-après ULB, et mises à disposition par les Archives & Bibliothèques de l'ULB, ci-après A&B, implique un certain nombre de règles de bonne conduite, précisées ici. Celles-ci sont reproduites sur la dernière page de chaque copie numérique mise en ligne par les A&B. Elles s'articulent selon les trois axes : protection, utilisation et reproduction.

Protection

1. Droits d'auteur

La première page de chaque copie numérique indique les droits d'auteur d'application sur l'œuvre littéraire.

2. Responsabilité

Malgré les efforts consentis pour garantir les meilleures qualité et accessibilité des copies numériques, certaines déficiences peuvent y subsister – telles, mais non limitées à, des incomplétudes, des erreurs dans les fichiers, un défaut empêchant l'accès au document, etc. -. Les A&B déclinent toute responsabilité concernant les dommages, coûts et dépenses, y compris des honoraires légaux, entraînés par l'accès et/ou l'utilisation des copies numériques. De plus, les A&B ne pourront être mises en cause dans l'exploitation subséquente des copies numériques ; et la dénomination des 'Archives & Bibliothèques de l'ULB' et de l'ULB, ne pourra être ni utilisée, ni ternie, au prétexte d'utiliser des copies numériques mises à disposition par eux.

3. Localisation

Chaque copie numérique dispose d'un URL (uniform resource locator) stable de la forme <http://digistore.bib.ulb.ac.be/annee/nom_du_fichier.pdf> qui permet d'accéder au document ; l'adresse physique ou logique des fichiers étant elle sujette à modifications sans préavis. Les A&B encouragent les utilisateurs à utiliser cet URL lorsqu'ils souhaitent faire référence à une copie numérique.

Utilisation

4. Gratuité

Les A&B mettent gratuitement à la disposition du public les copies numériques d'œuvres littéraires publiées par l'ULB : aucune rémunération ne peut être réclamée par des tiers ni pour leur consultation, ni au prétexte du droit d'auteur.

5. Buts poursuivis

Les copies numériques peuvent être utilisés à des fins de recherche, d'enseignement ou à usage privé. Quiconque souhaitant utiliser les copies numériques à d'autres fins et/ou les distribuer contre rémunération est tenu d'en demander l'autorisation aux Archives & Bibliothèques de l'ULB, en joignant à sa requête, l'auteur, le titre, et l'éditeur du (ou des) document(s) concerné(s).

Demande à adresser au Directeur de la Bibliothèque électronique et Collections Spéciales, Archives & Bibliothèques CP 180, Université Libre de Bruxelles, Avenue Franklin Roosevelt 50, B-1050 Bruxelles.
Courriel : bibdir@ulb.ac.be.

6. Citation

Pour toutes les utilisations autorisées, l'utilisateur s'engage à citer dans son travail, les documents utilisés, par la mention « Université Libre de Bruxelles – Archives & Bibliothèques » accompagnée des précisions indispensables à l'identification des documents (auteur, titre, date et lieu d'édition).

7. Liens profonds

Les liens profonds, donnant directement accès à une copie numérique particulière, sont autorisés si les conditions suivantes sont respectées :

- a) les sites pointant vers ces documents doivent clairement informer leurs utilisateurs qu'ils y ont accès via le site web des Archives & Bibliothèques de l'ULB ;
- b) l'utilisateur, cliquant un de ces liens profonds, devra voir le document s'ouvrir dans une nouvelle fenêtre ; cette action pourra être accompagnée de l'avertissement 'Vous accédez à un document du site web des Archives & Bibliothèques de l'ULB'.

Reproduction

8. Sous format électronique

Pour toutes les utilisations autorisées mentionnées dans ce règlement le téléchargement, la copie et le stockage des copies numériques sont permis ; à l'exception du dépôt dans une autre *base de données*, qui est interdit.

9. Sur support papier

Pour toutes les utilisations autorisées mentionnées dans ce règlement les fac-similés exacts, les impressions et les photocopies, ainsi que le copié/collé (lorsque le document est au format texte) sont permis.

10. Références

Quel que soit le support de reproduction, la suppression des références à l'ULB et aux Archives & Bibliothèques de l'ULB dans les copies numériques est interdite.