

SÉSAME

*Parler de l'interruption
médicale de grossesse*

Raphaël PAGÉ

Promoteur : Pr Luc ROEGIERS

14 mars 2014

« Un de nos grands rabbins a dit un jour que
parfois il y a dans le ciel des âmes tellement pures
et grandes que lorsqu'elles descendent dans ce
monde, le corps qui les reçoit se déforme un peu
par la force qui émane d'elles. » ^a

^a. Témoignage (cité par ROEGIERS, 2003 [13, p. 220]) re-
cueilli par G. BODELET & B. BRASSEUR.



Remerciements

Je remercie chaleureusement mon promoteur, le Pr Luc ROEGIERS, d'avoir cru en mon travail et d'avoir été si enthousiaste après la lecture de la présentation de mon cas clinique. Il a vraiment été un véritable coup de pouce et moteur pour l'avancée de mon travail.

Je remercie énormément M^e Albert EVRARD, juriste, qui, malgré la distance et malgré des centres d'intérêt bien loin de la pathologie fœtale et des problèmes psychologiques périnataux, aura su m'apporter, dans des délais merveilleusement courts, une aide claire et éclairante, et qui aura été pour moi une source d'inspiration.

M. Thibault HAMTIAUX, qui travaille au service de documentation en éthique biomédicale du centre HELESI (*Health, Ethics, Law, Economy and Social Issues* en anglais), est une personne incroyablement douée et patiente. Il apporte une aide judicieuse aux étudiants et m'a fourni de nombreuses références utiles et fructueuses pour mon travail. Pour cela, je le remercie.

Je remercie M^{me} Thérèse GUILMOT, sagefemme aux Cliniques universitaires Saint-Luc, et le Dr Jean-Marc BIARD, obstétricien à Saint-Luc également, pour le temps qu'ils m'ont consacré afin de m'apporter réponses, exemples et conseils. Par ailleurs, je remercie également la Pr^e Catherine BARRÉA, cardiopédiatre aux mêmes cliniques, pour son enseignement et ses qualités de pédagogue.

Table des matières

Remerciements	i
Table des matières	ii
Introduction	1
1 Situation clinique	2
2 Impressions et questionnement éthique	4
3 Cadre juridique et déontologique	5
3.1 La législation belge concernant l'interruption de grossesse	5
3.2 La déontologie médicale belge concernant l'interruption de grossesse	6
4 Intrusion dans le monde foetal	7
4.1 Imager la grossesse	7
4.2 Dépister l'anomalie	7
4.3 Annoncer l'anomalie	8
4.4 Décider	9
5 Résoudre le problème	12
5.1 L'échec d'une grossesse	12
5.2 L'interruption médicale de grossesse	12
5.3 Le deuil	12
Conclusion	14
A Code pénal	a
B Loi du 13 aout 1990	c
C Code de déontologie médicale	f
Bibliographie	g
Lectures complémentaires	i

Introduction

Le présent travail a pour sujet l'interruption médicale de grossesse (IMG). L'interruption de grossesse est un sujet vaste et sa législation est précise et, bien que nébuleuse sur certains termes, pose des limites infranchissables. Celles-ci sont essentiellement marquées par : 1^o le délai des douze semaines d'aménorrhée, pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG), 2^o le début du travail, et donc de l'accouchement, pour l'IMG — en effet, au-delà, tout arrêt de la vie de l'enfant est considéré comme un infanticide et est donc puni par la loi.

Ce travail évoquera essentiellement les considérations pour lesquelles on est amené à parler de l'IMG et à la proposer et discutera de ce que cela implique tant sur le plan psychologique que médical.

Nous partirons d'une situation où l'IMG est proposée pour cause de maladie grave et incurable du fœtus. Dès lors, seront peu évoquées les situations d'IVG et les situations d'IMG pour raison de maladies graves mais non létales ou pour raisons maternelles.

Le travail propose cinq chapitres : 1^o le cas clinique présenté, 2^o les questions éthiques qui en découlent, 3^o le cadre juridique et déontologique de l'interruption de grossesse, 4^o le rapport au fœtus avec l'intrusion dans « son monde secret » et découverte de l'anomalie, 5^o la solution qu'est l'IMG et ses considérations pratiques et psychologiques.

1 Situation clinique

Une patiente, enceinte de vingt-deux semaines trois septièmes, vient en consultation de cardiologie pédiatrique, accompagnée de son mari, afin de réaliser une échographie cardiaque fœtale diagnostique étant donné le dépistage d'une cardiopathie congénitale chez l'enfant effectué quelques jours plus tôt.

Madame est G2P0 et en bonne santé. Elle a cependant un antécédent de fausse couche tardive. Monsieur est également en bonne santé. Aucun antécédent familial contributif n'est relevé en ce qui concerne la cardiopathie congénitale.

Le fœtus est de sexe masculin et l'échographie cardiaque chez ce dernier est réalisée dans une ambiance quelque peu stressante et silencieuse. Le pédiatre déclare aux futurs parents qu'il prend le temps nécessaire afin de préciser la pathologie du fœtus et qu'il leur expliquera le diagnostic et les enjeux ensuite. L'imagerie révèle une cardiopathie de type ventricule unique avec atrésies tricuspide et pulmonaire. L'anneau tricuspïdien est de bonne taille, mais plus aucun passage ne se fait à travers la valve. Le ventricule droit est totalement hypocontractile et légèrement hyperéchogène. L'artère pulmonaire droite est perfusée de manière rétrograde par le canal artériel et l'artère pulmonaire gauche n'est pas visualisée lors de l'examen — la possibilité d'une origine de l'aorte ascendante n'est pas écartée. Le reste de l'examen cardiaque et extracardiaque est par ailleurs tout à fait normal.

Après avoir mis en évidence l'anatomie du cœur fœtal, le pédiatre explique aux parents la pathologie du fœtus, ses conséquences et son traitement éventuel. La consultation durera plus d'une heure afin de permettre la discussion.

Ainsi, il est expliqué aux parents qu'il s'agit d'une pathologie grave et non curable. Celle-ci est éventuellement — et uniquement — palliable. Il faut alors se diriger vers une circulation de type Fontan. Trois interventions chirurgicales seraient donc nécessaires :

- 1^o mise en place d'un shunt de BLALOCK-TAUSSIG (après avoir gardé l'enfant sous Prostin®¹ étant donné la perfusion pulmonaire ducto-dépendante) afin d'assurer un débit pulmonaire suffisant, et nécessité d'un cerclage de l'artère pulmonaire gauche si celle-ci a pour origine l'aorte ascendante,
- 2^o vers l'âge de six mois, réalisation d'une anastomose cavo-pulmonaire supérieure bi-directionnelle (intervention de HALLER ou de GLENN),
- 3^o vers l'âge de trois à quatre ans, réalisation d'une anastomose cavo-pulmonaire totale (intervention de FONTAN).

Malgré une mortalité opératoire des interventions de type ventricule unique diminuée, la morbidité à long terme reste significative. Les complications possibles sont entre autres : la défaillance cardiaque, les troubles du rythme, le risque de thrombus, le risque d'entéropathie exsudative.

Le diagnostic et les risques pour l'enfant sont exposés aux parents et entendus par ceux-ci. La possibilité d'une interruption de grossesse est évoquée lors de cette consultation étant

1. Le Prostin®, dont la molécule est l'alprostadil, est une prostaglandine E₁, utilisée pour rouvrir le canal artériel — ou pour maintenir son ouverture — chez les nouveau-nés.

donné le caractère non réparable de la malformation cardiaque.

Les parents ont mal reçu l'annonce de ce diagnostic. Ils sont tristes et grandement affectés. En outre, le père est agressif et a des éclats de voix. Néanmoins, la consultation leur permet de s'exprimer, de poser des questions et de dialoguer avec le médecin qui fait preuve d'écoute et d'attention.

Une seconde consultation est organisée cinq jours plus tard. Le couple a pu auparavant revoir le gynécologue et le médecin traitant. La consultation se passe de manière beaucoup plus sereine. Au terme de celle-ci, le couple demande une interruption médicale de grossesse et le pédiatre marque son accord pour celle-ci.

2 Impressions et questionnement éthique

Ce qui m'a interpellé dans cette situation clinique, c'est le fait que l'interruption médicale de grossesse (IMG) ait été abordée rapidement comme solution de choix et que le diagnostic ait été immédiatement dépeint comme une pathologie monstrueuse. En effet, son pronostic est sévère, mais grâce à l'avancée de la chirurgie cardiaque congénitale, nous ne manquons pas encore de moyens pour aider les petits patients.

Bien que le médecin ait accueilli les parents avec une empathie extrême, je me pose néanmoins la question de savoir si en tant que professionnel de la santé, l'on peut proposer, soi-même, la solution de l'IMG, avant même que l'idée ne vienne des parents. Quelles sont les limites imposées par la loi et quel est le cadre législatif belge nous permettant d'avoir recours à cette « thérapeutique » ? Comment se situer en tant que soignant par rapport à une demande d'IMG, ou plutôt une proposition d'IMG quand l'on peut estimer que la pathologie est sévère et mérite une solution radicale plutôt qu'une aide palliative ?

3 Cadre juridique et déontologique

3.1 La législation belge concernant l'interruption de grossesse

Grâce à l'aide d'un juriste spécialisé dans les questionnements éthiques, M^e Albert EVRARD, et grâce à la lecture du P^r Gilles GENICOT (2010 [9]), j'ai pu trouver mon chemin dans la législation belge de manière sûre et précise. En annexe A sont listés les articles d'intérêt du Code pénal belge. Je vous livre ci-après une analyse éclairante de la situation, sur base des écrits du P^r GENICOT.

L'avortement, défini par le P^r GENICOT comme l'acte intentionnel visant à mettre fin à une grossesse, s'est vu dépénalisé, sous conditions, par la loi du 3 avril 1990. L'avortement est avant tout un délit pénal et le Code pénal définit les situations où son auteur est punissable : l'article 348 concerne un avortement sans le consentement de la femme, l'article 349 un avortement dû à des violences exercées volontairement, mais sans intention de le produire, l'article 350, alinéa 1^{er}, un avortement avec le consentement de la femme (par principe), l'article 351 lorsque les conditions légales — précisées plus loin — ne sont pas respectées. Par ailleurs, l'article 352 alourdit la peine lorsque la femme est morte suite aux moyens employés dans le but de faire avorter celle-ci. De façon générale, tant le médecin — ou tout autre intervenant — que la femme sont passibles de sanctions pénales.

La dépénalisation concerne l'avortement d'une femme consentante pratiqué soit durant les douze premières semaines de grossesse (femme enceinte « que son état place en situation de détresse »¹), soit, après ce délai, pour des raisons *thérapeutiques*. Les conditions sont strictes et inscrites à l'article 350, alinéa 2, du Code pénal. Des conditions supplémentaires interviennent lorsque le délai de douze semaines est dépassé.

Les conditions à remplir pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse (IVG) sont les suivantes :

- la femme doit *demandeur* l'IVG et l'exprimer *par écrit* le jour de l'intervention — notons que l'IVG est accessible aux mineures sans le consentement de leurs parents, et aux femmes vivant en couple sans le consentement de leur mari ou partenaire (aucun droit de veto de sa part) —,
- l'intervention doit être pratiquée dans de bonnes conditions médicales, par un médecin, dans un établissement de soins — ce dernier devra, en outre, préciser l'âge de la grossesse —, avec accès à une information précise concernant les risques médicaux relatifs à l'intervention,
- l'information est élargie aux aspects psychosociaux, elle relève du médecin par une obligation personnelle, et elle vise également la contraception,
- hormis l'urgence, l'intervention ne peut avoir lieu plus tôt que six jours après la première consultation auprès du médecin chargé de la pratiquer (ce délai vise à s'assurer de la détermination de la femme),

1. Cet état de détresse n'est pas défini dans la loi et il est dès lors laissé au médecin le soin d'apprécier celui-ci. Ainsi, il doit apprécier le refus profond et persistant de la femme de laisser poursuivre sa grossesse, en se basant sur son expérience et son intuition psychologique plus que sur son savoir professionnel.

- aucun médecin ou infirmier n'est *tenu* de concourir à une IVG, mais il doit en informer l'intéressée dès la première visite.

Lorsque le délai de douze semaines est dépassé, l'on parle d'interruption médicale (ou *thérapeutique*) de grossesse, et des conditions supplémentaires sont nécessaires :

- l'une des deux hypothèses suivantes doit être vérifiée : 1^o la poursuite de la grossesse met en *péril grave la santé de la femme*, 2^o il est « certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic »,
- lorsque l'avortement est tardif, le concours d'un second médecin est requis et son avis est joint au dossier ; il n'est pas exigé que cet avis aboutisse à la même conclusion que le premier.

M^e EVRARD m'indique également qu'une loi a suivi celle du 3 avril 1990 afin de créer une commission d'évaluation de cette dernière. Elle date du 13 août 1990 (les articles de cette loi sont repris en annexe B) et décrit le fonctionnement de cette commission ainsi que les obligations qu'ont les établissements de soins et les médecins effectuant des interruptions de grossesse (documents à remplir).

3.2 La déontologie médicale belge concernant l'interruption de grossesse

Dans le Code de déontologie médicale belge, certains articles concernent les problèmes liés à la reproduction. Parmi ceux-ci, deux me semblent éclairants par rapport à la situation de l'interruption de grossesse. L'annexe C retranscrit les articles 86 et 87.

L'article 86 nous rapporte que le médecin a pour devoir d'informer complètement la patiente, qu'il est libre de refuser de prêter son concours à l'interruption de grossesse, que l'autonomie de la personne ou du couple doit être respectée, que l'interruption de grossesse doit se faire dans des institutions de soins spécifiques (sécurité et continuité des soins garanties, présence d'un soutien psychologique).

L'article 87, bien que légèrement hors sujet en ce qui concerne notre questionnement par rapport à la pratique de l'interruption de grossesse, évoque le devenir du produit de l'avortement. Cela nous rappelle qu'il faut solliciter la mère quant à la destination de ce produit et respecter son choix.



Intrusion dans le monde fœtal

4.1 Imager la grossesse

La technologie a considérablement évolué et nous permet aujourd'hui d'imager le fœtus dans ses moindres détails. L'échographie obstétricale naît en 1964, grâce à l'intelligence d'un certain Ian DONALD, alors qu'à l'époque, comme nous l'indique le P^r Luc ROEGIERS (2003 [13, p. 179]), l'imagerie obstétricale n'avait pour seul outil que la radiographie. Le P^r ROEGIERS parle de « maltraitance prénatale iatrogène », concernant l'irradiation fœtale qui en découlait. L'échographie nous permet aujourd'hui d'obtenir des photos de plus en plus précises et nous donne ainsi accès à un nouveau patient, l'enfant *in utero*.

Le P^r ROEGIERS poursuit sur le regard échographique (2003 [13, p. 180]) : « L'échographie fait irruption dans le secret de la bulle amniotique, mais aussi dans le creuset du psychisme maternel où s'élabore l'enfant imaginaire. Cette sorte d'enveloppe psychique est déployée par le futur parent selon une géométrie variable. Progressivement, cette enveloppe habille l'enfant prénatal dont la peau et les sens recueillent certes des sensations, mais des sensations qui ne prendront sens dans son histoire qu'à travers ce qu'en pensent ses parents. [...] C'est [...] fonction de leur histoire personnelle et surtout de leur culture. »

En devenant un examen de routine dans le suivi de la grossesse, l'échographie réalise « une interruption volontaire du secret de la vie cachée du fœtus » (SIROL, 2002 [14, p. 36]).

Michel SOULÉ (cité par ROEGIERS, 2003 [13, pp. 180–181]) parle, à propos de l'échographie, d'« interruption volontaire des fantasmes ». Bernard GOLSE (cité par ROEGIERS, 2003 [13, p. 182]) parle d'un accès à une humanisation anticipée.

Grâce à l'imagerie, on isole le fœtus de sa mère, sur l'écran : on le transforme en un être distinct, on lui donne un visage. L'échographie confère au fœtus le statut d'un être vivant autonome, d'autant plus par l'animation en temps réel. Au premier trimestre, les mouvements cardiaques témoignent une présence « réelle ». Ainsi, l'échographie transfère la sensation proprioceptive de la femme enceinte (les mouvements fœtaux sont perceptibles par celle-ci dès le quatrième mois, parfois plus tôt), à une autre modalité : la vision (ROEGIERS, 2003 [13, pp. 182–185]).

L'enfant prend vie avant même d'être né. Bien que devenu un patient tout à fait réel, distinct de sa mère, il dépend cependant biologiquement de cette dernière (BRIARD, 2001 [3, p. 16]).

4.2 Dépister l'anomalie

Bien que cette incroyable technologie qu'est devenue l'imagerie médicale nous permette de faire vivre l'enfant au sein de la famille bien avant sa naissance, elle a son revers et dévoile des anomalies redoutées. À côté du plaisir fabuleux de la rencontre avec le fœtus, lors des consultations chez l'obstétricien, s'immisce également l'angoisse de l'insupportable défaut — voire l'anomalie grave et létale — découvert par l'échographie.

Le Pr ROEGIER (2003 [13, p. 194]) souligne que le fœtus en est presque réduit à son aspect pathologique, que sa pathologie semble lui conférer son identité.

Grâce aux dépistages anténataux et aux rares solutions thérapeutiques (exception faite de l'interruption de grossesse), la médecine fœtale est née. Mais elle reste aujourd'hui un haut lieu de frustration et d'impuissance (ROEGIER, 2003 [13, p. 201]). L'obstétricien Jacques MILLIEZ (cité par ROEGIER, 2003 [13, p. 201]) rapporte : « À quelques exceptions près, la médecine fœtale incarne une médecine thanatophore, une médecine vectrice de mort. La seule solution proposée pour la majorité des anomalies dépistées chez le fœtus pendant la grossesse demeure l'euthanasie, ce qui reste désespérant. » Ce dernier (2001 [12, p. 12]) énonçait par ailleurs qu'« aucun traitement neuf n'est apparu pour équilibrer la précision redoutable des diagnostics ».

Rappelons que si le couple manifeste le désir de garder le fœtus et de continuer la grossesse, même en cas d'anomalies, il paraît inutile d'effectuer des examens de dépistage qui n'auraient pour seule conséquence que de créer prématurément un vécu psychologique pénible de la poursuite de la grossesse (FOIDART *et al.*, 2001 [8]).

Le dépistage prénatal d'une anomalie fœtale peut être fortuit (en opposition à une situation avec un risque connu) ; sa découverte en est faite lors d'une grossesse sans antécédents particuliers, grâce à la surveillance échographique fœtale. Des investigations seront ensuite entreprises chez l'enfant afin de préciser au mieux le diagnostic de la pathologie qui le touche et d'en porter le pronostic (BRIARD, 2001 [3, p. 17]).

La découverte de la malformation fœtale actualise toute l'ambivalence de la femme enceinte, provoque l'interruption du fantasme de l'enfant imaginaire et l'angoisse apparaît à cet instant (SIROL, 2002 [14, p. 37]).

L'échographiste éprouve un état de malaise face à l'anomalie découverte : devoir annoncer à une femme le plus souvent heureuse d'être enceinte l'anomalie du fœtus qu'elle porte va à l'opposé de sa compassion et de l'assurance que lui octroient sa haute technicité et ses réelles connaissances scientifiques. Il a peur de faire basculer la vie de sa patiente. Il ne voudrait pas que ses propos soient perçus comme définitifs, alors qu'il y a un doute (SIROL, 2002 [14, p. 39]).

L'échographiste qui constate l'anomalie ne peut dire à la future mère que tout se passe bien pour son enfant. Il va donc lui révéler extemporanément les constatations qu'il a faites, sans pour autant pouvoir en préciser réellement les conséquences à en attendre donc le handicap à venir. Il sera fait appel à un expert échographiste, après quoi le couple devra « attendre le verdict final » (BRIARD, 2001 [3, p. 17]). Il faudra, en effet, pouvoir donner aux parents une information précise quant à l'anomalie, ses conséquences possibles ou certaines, les moyens thérapeutiques à disposition et surtout le pronostic de l'enfant.

4.3 Annoncer l'anomalie

L'annonce sidère la femme, l'empêche de penser, l'empêche d'entendre. Tout s'effondre. Elle désinvestit et son fœtus et sa grossesse dont elle peut demander avec véhémence l'interruption immédiate. Un sentiment de culpabilité ou d'injustice l'envahit. L'annonce fait entrer la future mère dans le monde du traumatisme psychique (SIROL, 2002 [14, p. 40]).

Le traumatisme est sans doute plus fort lors d'une découverte fortuite que dans le cas d'antécédent ou de risque accru où la temporalité est plus lente, empreinte de l'attente de résultats d'examen (EPELBAUM, 2001 [7, p. 26]). Freud (cité par EPELBAUM, 2001 [7, p. 26]) définit ainsi : « Le traumatisme est une expérience vécue qui apporte en l'espace de peu de temps un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par des moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique. Il y a traumatisme

quand il y a non-abréaction de l'expérience qui demeure dans le psychisme comme un corps étranger. » Ce que FERENCZI (cité par EPELBAUM, 2001 [7, p. 26]) explicite en termes d'anéantissement du sentiment de soi, de capacité d'agir et de penser qui sidère le Moi, et produit une angoisse importante. La D^{re} Catherine EPELBAUM (2001 [7, pp. 27–28]) souligne qu'il faut respecter un temps minimal entre l'annonce d'une anomalie fœtale et la consultation où il sera décidé de poursuivre ou non la grossesse : le psychisme humain est ainsi fait qu'il a besoin de temps pour « digérer », élaborer et retrouver un équilibre nouveau. Durant ce temps de maturation, le couple peut être efficacement soutenu.

Les mots employés par l'échographiste ont leur importance et peuvent soit accorder à la patiente la capacité de décider soit entraîner une certaine obligation avec pour conséquence un surinvestissement dépressif (en échange du désinvestissement du fœtus malade). Il faut pouvoir reconnaître la souffrance et la douleur. Bien que l'échographiste n'en soit pas responsable, il est à l'origine de l'annonce et donc c'est par lui que le drame éclate. Il devra avoir la faculté de comprendre humainement la situation (SIROL, 2002 [14, pp. 42–44]).

Notons que lorsque le diagnostic est porté tôt¹, à vingt-deux semaines d'aménorrhée par exemple, les hésitations maternelles à décider du devenir de la grossesse et les revirements expriment autant l'espoir d'une erreur diagnostique que le désir de donner sa chance au fœtus (SIROL, 2002 [14, p. 48]).

Le D^r Pierre BOULOT (2004 [2, p. 54]) propose pour la prise en charge d'une découverte d'anomalie fœtale les grands principes suivants : une prudence extrême dans les mots employés pour définir et annoncer l'anomalie, une confirmation de l'anomalie par des médecins experts dans le domaine de la médecine fœtale, la réalisation d'investigations complémentaires, l'évaluation de la gravité par les spécialistes de l'organe en cause, une annonce claire du pronostic, une organisation planifiée de la naissance ou la réalisation d'une IMG selon des protocoles bien codifiés.

4.4 Décider

Lorsqu'une anomalie fœtale est découverte et que celle-ci est incurable², la femme a la possibilité d'interrompre sa grossesse, mais d'autres options existent : 1^o continuer la grossesse et, suivant le degré de gravité de l'anomalie, soit vivre malgré celle-ci (p. ex. en cas de trisomie 21) soit apporter des soins palliatifs à l'enfant (p. ex. en cas d'espérance de vie limitée), 2^o souvent oubliée et rarement citée, comme me le rappelle M^{me} Thérèse GUILMOT³, sagefemme aux Cliniques universitaires Saint-Luc, l'adoption reste une alternative envisageable.

Toutes les possibilités *thérapeutiques* devraient être présentées et proposées au couple, comme me le signale le D^r Jean-Marc BIARD⁴, obstétricien aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Il ne faut pas mettre de côté l'option « interruption de grossesse », pas plus que la présenter comme la meilleure — ou seule — solution. Il faut par ailleurs adapter son discours en fonction de la gravité de l'anomalie. Évoquer l'interruption de grossesse signifie souvent pour les parents qu'il y a quelque chose de grave. La parole du soignant étant souvent prise comme la référence à suivre, la grossesse peut rapidement être désinvestie si l'option de l'interrompre est trop vite envisagée. Ainsi, plus l'anomalie est grave, plus franchement et plus rapidement nous pourrions évoquer l'IMG. Dans le cas contraire, nous aurons tendance à attendre que les parents envisagent cette possibilité d'eux-mêmes.

1. En comparaison à une fin de grossesse.

2. Notons par ailleurs que les indications maternelles d'IMG sont devenues, en réalité, extrêmement rares (FOIDART *et al.*, 2001 [8]).

3. Entretien du 10 mars 2014.

4. Entretien du 12 mars 2014.

Frank CHERVENAK et Laurence MCCULLOUGH (2012 [4]) signalent par ailleurs que lorsqu'une anomalie fœtale, quelle qu'elle soit, est diagnostiquée durant la grossesse, avant toute viabilité, il faudrait expliquer aux parents la nature et le pronostic de l'anomalie, et offrir aussi bien de continuer la grossesse que de l'interrompre⁵.

Si toutefois l'anomalie décelée ne s'avère pas être une affection grave et incurable, il faudra veiller à ne pas se hâter d'accepter la demande affolée des parents d'interrompre la grossesse. Il s'agit chaque fois d'écouter les parents, de comprendre leur désarroi, leur détresse, tout en n'embrayant pas dans une dérive thérapeutique d'interruption de grossesse suscitée par des émotions, certes compréhensibles, mais non scientifiquement démontrées. En effet, considérer une interruption de grossesse en raison d'une possibilité d'anomalies non avérées aboutirait rapidement à des excès ingérables (FOIDART *et al.*, 2001 [8]).

Lorsqu'un diagnostic de certitude d'une anomalie très grave, voire non viable, est établi — maladie génétique à risque de récurrence (amyotrophie spinale infantile, mucoviscidose, etc.) ou maladie sporadique mais de pronostic constamment mauvais (trisomie 21, cardiopathie létale, malformation cérébrale complexe, etc.) —, une décision d'IMG sera le plus souvent prise, et vécue comme un moyen d'éviter une souffrance pour l'enfant à venir (AUDIBERT, 2001 [1, pp. 47–48]).

Mais est-ce bien la souffrance de l'enfant qu'on essaie à tout prix d'éviter ? La Pr^e Marie-Louise BRIARD (citée par LEGROS, 2001 [11, p. 51]) pose ainsi la question suivante : « Pour qui le risque est-il posé : pour l'enfant, qui devra vivre avec sa maladie ? pour ses parents, qui devront l'assumer ? pour la fratrie, qui en aura le contrecoup ? » À cela, Jean-Philippe LEGROS ajoute : « ... pour la société ? »

Le D^r Xavier DE MUYLDER (2001 [6]) présente notamment l'IMG comme « la sanction ultime, la plus radicale dans la pratique du diagnostic anténatal et de la médecine fœtale ». Il poursuit : « Il s'agit d'un acte d'une particulière violence, heureusement relativement rare mais qui reste quasi inexorablement lié au diagnostic anténatal puisqu'un grand nombre d'anomalies ou d'affections mises en évidence chez le fœtus ne peuvent être corrigées ni par médicaments ni par chirurgie. »

Les conditions de l'information au moment de l'annonce de l'anomalie sont capitales : la recherche psychologique a montré que les personnes sont souvent sensibles à la présentation des problèmes, et qu'elles n'arrivent pas à réaliser à quel point leurs choix peuvent être altérés par un changement minime dans la formulation, à quel point leurs décisions peuvent être influencées (LEGROS, 2001 [11, p. 54]).

Notons également que le plus souvent, la décision du futur père est prise en harmonie avec celle de la future mère. Toutefois, certains hommes imposent leur décision pour des raisons religieuses ou familiales et d'autres manifestent colère et sentiment d'impuissance. Leur décision peut ainsi être impulsive et en désaccord avec celle indécise de leur femme qui souhaite un temps de réflexion pour murir ses pensées et sa décision (SIROL, 2002 [14, pp. 51–52]).

Le facteur temps-durée est alors essentiel. L'élaboration psychique permettant le deuil s'effectue d'autant mieux que le délai (raisonnable) entre le diagnostic et la décision est long (JANSE-MAREC, 2001 [10, p. 58]).

Selon l'organe touché, la pathologie pose des problèmes spécifiques et caractérise l'investissement du fœtus. Ainsi, on considère l'enfant cardiaque plus comme un malade à guérir que comme un être malformé. Souvent, après un bilan précis, le pronostic est positif grâce aux développements de la chirurgie cardiaque néonatale — même si plusieurs interventions sont parfois nécessaires. Face à une autre malformation létale, la plupart des couples demandent une interruption. Or, dans le cas de certains problèmes cardiaques (telle que

5. Traduction personnelle de l'anglais.

l'hypoplasie du cœur gauche), les réactions sont bien plus complexes (ROEGIERS, 2003 [13, pp. 206, 208–209]).

La D^{re} Joëlle JANSE-MAREC (2001 [10, p. 60]) rappelle la nécessité d'un accompagnement médicopsychologique prolongé pour permettre aux parents, à la fratrie et à la famille de survivre au traumatisme, quelle que soit la décision adoptée.

5 Résoudre le problème

5.1 L'échec d'une grossesse

Faire le choix d'interrompre la grossesse est difficile pour un couple et nécessite un suivi psychologique à la fois pendant le temps de réflexion qui amène à faire ce choix et à la fois durant la procédure et les suites de cette interruption.

Le couple doit pouvoir se reposer sur toute l'information dont elle a besoin. Ainsi, la rencontre avec un expert dans la pathologie de leur enfant est très importante. La discussion avec leur obstétricien est bénéfique et les sagefemmes sont souvent à disposition afin d'éclairer les points sombres restants. Il est également systématiquement proposé de rencontrer une aide psychologique (pédopsychiatre ou psychologue spécialisé dans les problèmes périnataux) afin de mettre des mots sur les émotions et souffrances ressenties et d'envisager l'avenir.

Le Pr ROEGIER (2003 [13, pp. 110–111]) note qu'il est des couples qui supportent sans difficulté apparente le drame qu'ils vivent, mais qu'ils ne sont pas à l'abri d'une décompensation ultérieure : le jour prévu de l'accouchement ou à l'occasion d'une nouvelle grossesse. Il propose ainsi la mise en place d'entretiens systématiques à visée préventive. Il cite Meunier (2003 [13, p. 119]) : « Accompagner les parents dans l'interruption médicale de grossesse c'est essayer de leur offrir une prise en charge de qualité tant sur le plan technique que psychologique. » Il ajoute que la charge émotionnelle est considérable lors des entretiens, en raison de la certitude du pronostic et de l'incertitude de la décision.

5.2 L'interruption médicale de grossesse

Concrètement, aux Cliniques universitaires Saint-Luc, l'interruption de grossesse se déroule comme suit¹, dans le cas où le fœtus aurait plus de vingt-deux semaines (avant cet âge, le fœtus n'est pas viable et peut directement être expulsé par les voies naturelles). Quarante-huit heures avant l'intervention proprement dite, la femme doit ingérer un comprimé de Mifegyne®, un antiprogestatif qui permet la dilatation et le ramollissement du col utérin. Cela favorisera et accélèrera l'éjection du fœtus le surlendemain. À la date prévue, le couple vient à l'hôpital au matin — le père peut rester présent auprès de sa femme pendant toute l'hospitalisation, 24 h/24 —, pour une période de vingt-quatre à quarante-huit heures, et l'on procède au fœticide avant de démarrer l'expulsion. Celui-ci consiste en l'injection de Sufenta® (analgésique central) dans le cordon ombilical et d'une solution de KCl (chlorure de potassium) dans le cœur du fœtus afin de provoquer l'arrêt cardiaque.

5.3 Le deuil

FOIDART *et al.* (2001 [8]) propose systématiquement de présenter l'enfant aux parents et cela afin de permettre à ceux-ci de réaliser leur deuil. C'est également l'avis du Dr BIARD

1. Merci au Dr Jean-Marc BIARD et à M^{me} Thérèse GUILMOT pour ces informations.

et c'est ce qui est réalisé aux Cliniques universitaires Saint-Luc. La plupart du temps, lors des premières consultations, les parents refusent que l'enfant leur soit présenté. Mais bien souvent, ils changent d'avis à l'approche de l'accouchement. À Saint-Luc, l'on conserve toutefois des photos et les empreintes de l'enfant, afin que le parent qui aurait refusé de le voir puisse obtenir quelque chose s'il venait à changer d'avis plus tard.

L'enfant est nettoyé, quelquefois habillé avec les vêtements qu'ont apportés les parents, et présenté par les sagefemmes qui font un travail merveilleux mais bien difficile.

Le Dr BIARD et M^{me} GUILMOT m'indiquent tous deux qu'il manque un élément important dans les textes qui légifèrent l'interruption de grossesse : le devenir du corps du fœtus. Rien n'est prévu pour une quelconque prise en charge de ces corps et là peut résider une souffrance supplémentaire si aucune aide n'est apportée aux parents pour gérer cela.

Par ailleurs, il faut savoir qu'au-delà des vingt-cinq semaines cinq septièmes, le fœtus est considéré comme un être humain faisant partie de la filiation et doit dès lors être enregistré au service de l'État civil de la commune où il est « né ». À ce moment-là, un nom peut lui être donné officiellement. Quelquefois, certains couples proches de cet âge de la grossesse décident d'attendre un peu pour l'interruption de grossesse afin d'avoir la possibilité d'« officialiser » cet enfant. D'autres désirent parfois ardemment, en première intention, « faire partir » le fœtus anormal avant d'atteindre l'obligation légale de nommer l'enfant et l'inscrire à l'État civil.

Il est parfois important et nécessaire de rappeler aux couples qu'ils sont bel et bien parents, malgré le devenir malheureux de leur enfant.

Un suivi psychologique leur est proposé afin qu'ils soient soutenus dans cette épreuve difficile. Bien souvent, avoir pu rencontrer un psychologue ou un pédopsychiatre durant la période « préinterruption » permettra aux couples d'avoir un point d'appui et des personnes de contact vers lesquelles se diriger lorsqu'ils en auraient besoin. Il arrive cependant que certains couples coupent les ponts complètement avec le service qui les a pris en charge, cela étant trop difficile émotionnellement pour eux de garder contact. D'autres parents reviennent systématiquement dans le service afin de suivre une nouvelle grossesse.

Conclusion

En conclusion, nous pouvons retenir que toute situation d'interruption de grossesse est un évènement difficile à vivre, aussi bien pour les parents que pour les membres du personnel médical qui y sont confrontés. Les textes législatifs permettent de ne pas dériver vers des interruptions « à la va-vite », sans temps donné aux parents pour qu'ils murissent leurs réflexions.

Au-delà des considérations concernant le diagnostic et le pronostic, il importe de permettre aux parents de rencontrer des personnes ressources (pédopsychiatre ou psychologue, gynécologue-obstétricien, sagefemme, spécialiste de l'affection de l'enfant) afin qu'ils puissent exprimer leurs émotions et qu'ils envisagent l'avenir de leur enfant au mieux, dans leur situation, qui leur est propre.

À tout moment, il faudra être présent à leurs côtés, être empathique, et leur apporter les informations dont ils ont besoin, sans rien occulter, mais aussi sans rien imposer — même de manière inconsciente : il faut faire attention aux mots employés.

Après l'évènement d'interruption de grossesse, un suivi peut être un réel bénéfice pour les couples et il est conseillé par certains de voir le psychologue ou le pédopsychiatre de manière systématique, à visée préventive.

A Code pénal

La loi qui contraint l'interruption de grossesse et sa procédure se trouve dans le Code pénal [15], au Titre VII, « Des crimes et des délits contre l'ordre des familles et contre la moralité publique », Chapitre 1, « De l'avortement »¹. Les articles concernés sont retranscrits ci-dessous :

Art. 348. Celui qui, médecin ou non, par un moyen quelconque, aura à dessein fait avorter une femme qui n'y a pas consenti, sera puni de la (réclusion de cinq ans à dix ans). Si les moyens employés ont manqué leur effet, l'article 52 sera appliqué.

Art. 349. Lorsque l'avortement a été causé par des violences exercées volontairement, mais sans intention de le produire, le coupable sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de vingt-six [euros] à trois-cents [euros].

Si les violences ont été commises avec préméditation ou avec connaissance de l'état de la femme, l'emprisonnement sera de six mois à trois ans, et l'amende de cinquante [euros] à cinq-cents [euros].

Art. 350. Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent [euros] à cinq-cents [euros].

Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte, que son état place en situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans les conditions suivantes :

1^o a) l'interruption doit intervenir avant la fin de la douzième semaine de la conception ;

b) elle doit être pratiquée, dans de bonnes conditions médicales, par un médecin, dans un établissement de soins où existe un service d'information qui accueillera la femme enceinte et lui donnera des informations circonstanciées, notamment sur les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que sur les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître et qui, à la demande soit du médecin soit de la femme, accordera à celle-ci une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation.

2^o Le médecin sollicité par une femme en vue d'interrompre sa grossesse doit :

a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse ;

b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service visé au 1^o, b), du présent article pour accorder l'assistance et donner les conseils qui y sont visés ;

1. La loi du 3 avril 1990 [16] modifie les articles 348, 350, 351 et 352, et abroge l'article 353.

Art. 350 (suite). c) s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse.

L'appréciation de la détermination et de l'état de détresse de la femme enceinte qui conduit le médecin à accepter d'intervenir, est souveraine lorsque les conditions prévues au présent article sont respectées.

3° Le médecin ne pourra au plus tôt, pratiquer l'interruption de grossesse que six jours après la première consultation prévue et après que l'intéressée a exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y faire procéder.

Cette déclaration sera versée au dossier médical.

4° Au-delà du délai de douze semaines, sous les conditions prévues aux 1°, b), 2° et 3°, l'interruption volontaire de grossesse ne pourra être pratiquée que lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Dans ce cas, le médecin sollicité s'assurera le concours d'un deuxième médecin, dont l'avis sera joint au dossier.

5° Le médecin ou toute autre personne qualifiée de l'établissement de soins où l'intervention a été pratiquée, doit assurer l'information de la femme en matière de contraception.

6° Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention.

Art. 351. La femme qui, volontairement, aura fait pratiquer un avortement en dehors des conditions prévues à l'article 350 sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de cinquante [euros] à deux-cents [euros].

Art. 352. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion de cinq ans à dix ans, si la femme a consenti à l'avortement, mais que l'intervention a été pratiquée en dehors des conditions définies à l'article 350 et à la réclusion de dix ans à quinze ans, si elle n'y a point consenti.

*B*Loi du 13 aout 1990

La loi qui vise à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 (voir annexe A) est la loi du 13 aout 1990 [17]. Les articles de cette loi sont retranscrits ci-dessous :

Art. 1. § 1^{er}. Il est institué une Commission nationale d'évaluation chargée d'évaluer l'application des dispositions relatives à l'interruption de grossesse.

§ 2. La Commission est composée de seize membres, dont neuf femmes et sept hommes. Ils sont désignés en fonction de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs de médecine dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec celle de membre d'une des Assemblées législatives et avec celle de membre (d'un Gouvernement).

Les membres de la Commission sont nommés, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur une liste double présentée par la Chambre des représentants, dans le respect de la parité linguistique et de la représentation pluraliste, et pour une période de quatre ans qui peut être prorogée. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants.

La Commission est présidée par un néerlandophone et un francophone. Les présidents sont élus par les membres de la Commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.

§ 3. La Commission établit à l'attention du Parlement, pour le 31 aout 1992, et par la suite tous les deux ans :

a) un rapport statistique élaboré sur base des informations recueillies en vertu des articles 2 et 3;

b) un rapport détaillant et évaluant l'application et l'évolution de l'application de la loi;

c) le cas échéant, des recommandations en vue d'une initiative législative éventuelle et/ou d'autres mesures susceptibles de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse et à améliorer la guidance et l'accueil des femmes en état de détresse.

Pour l'accomplissement de cette mission, la Commission peut s'informer auprès des pouvoirs et organismes concernant le planning familial, la parenté responsable et la contraception.

Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels et ne peuvent être communiqués à aucune instance y compris le pouvoir judiciaire.

Art. 2. La Commission établit un document d'enregistrement à compléter par le médecin qui a pratiqué une interruption de grossesse. Ce document comportera :

1) l'indication du numéro de code de l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1^o, du Code pénal, ainsi que du numéro de code du médecin ;

2) l'indication de l'âge, de l'état civil et du nombre d'enfants de la femme qui sollicite une interruption de grossesse ;

3) l'indication de la province ou, si elle habite à l'étranger, du pays où est situé le domicile de la femme ;

4) l'indication de la date à laquelle l'interruption de grossesse a été demandée et de la date à laquelle l'intervention a été pratiquée ;

5) une description succincte de l'état de détresse invoqué par la femme, en considération duquel le médecin a pratiqué l'interruption de grossesse visée à l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal. Si l'interruption de grossesse est pratiquée en vertu de l'article 350, deuxième alinéa, 4^o, du Code pénal, le médecin indiquera en outre le péril grave qui menaçait la santé de la femme ou l'affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance ;

6) l'indication de la date à laquelle la femme a été reçue par le service d'information ;

7) l'indication des déclarations faites par la femme concernant les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées et les raisons de leur inefficacité ;

8) l'indication de la méthode qui a été appliquée pour interrompre la grossesse et, le cas échéant, des complications qui en ont résulté.

Le médecin transmet ce document à la Commission d'évaluation, visée à l'article 1^{er}, dans les quatre mois de l'interruption de grossesse.

Art. 3. La Commission établit un document qui devra être complété à titre de rapport annuel par l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1^o, du Code pénal et lui être transmis au plus tard le 30 avril de l'année suivant celle sur laquelle porte l'information.

Ce rapport mentionne :

— le nombre de demandes d'interruption de grossesse introduites auprès de l'établissement ou des médecins attachés à l'établissement ;

— le nombre d'interruptions de grossesse pratiquées par les médecins attachés à l'établissement sur la base de l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 350, deuxième alinéa, 4^o, du Code pénal ;

— le nombre de demandes d'interruption de grossesse ayant été refusées par les médecins attachés à l'établissement.

À ce rapport est joint un rapport du service d'information de l'établissement sur :

— la composition et le fonctionnement du service ;

— les méthodes d'accueil et d'assistance utilisées ;

— le nombre de consultations ;

— éventuellement, les résultats de l'accueil et de l'assistance.

Art. 4. La Commission d'évaluation dispose, pour rédiger le rapport d'évaluation, d'un cadre administratif restreint, afin de pouvoir accomplir correctement ses missions légales. Le cadre et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. La Commission d'évaluation désigne les membres de ce personnel, qui sont détachés des services publics selon les conditions fixées par le Roi.

Art. 5. Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission d'évaluation ainsi que les indemnités de ses membres sont à charge du budget du Ministère de la Santé publique.

Art. 6. Celui qui, soit par négligence, soit par mauvaise volonté et après qu'un rappel lui aura été adressé, omettra de transmettre les documents d'enregistrement visés à l'article 2 ou les rapports annuels visés à l'article 3 à la Commission d'évaluation dans les délais prévus sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un mois ou d'une amende de cinquante francs à cinq-mille francs.

Le chapitre VII et l'article 85 du Code pénal s'appliquent par analogie aux infractions visées par la présente loi.

Art. 7. Toute personne qui, en quelque qualité que ce soit, prête son concours à l'application de la présente loi, est par là même responsable du secret des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de cette mission. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Art. 8. Un débat se tiendra à la Chambre des représentants dans les six mois du dépôt des premiers rapports et, le cas échéant, des recommandations de la Commission d'évaluation, visés à l'article 1^{er}, § 3. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période au cours de laquelle la Chambre des représentants est dissoute et/ou au cours de laquelle il n'y a pas de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des représentants.

Code de déontologie médicale

Le Code de déontologie médicale belge [5] évoque les situations liées à l'interruption de grossesse, au Titre II, « Le médecin au service du patient », Chapitre VII, « Problèmes concernant la reproduction ». Les articles qui nous intéressent dans le cadre de ce travail sont retranscrits ci-dessous :

Art. 86. Dans des cas de pathologie maternelle ou fœtale, le premier devoir du médecin est d'informer complètement la patiente. Le médecin peut envisager ou être sollicité de réaliser une interruption de grossesse notamment dans le cadre de certaines dispositions légales.

Dans tous les cas, le médecin est libre d'y prêter son concours. Il peut s'y refuser pour des motifs personnels.

Ses collaborateurs doivent jouir à tous égards de la même liberté.

Dans tous les cas, l'autonomie de la personne, et s'il échet, du couple, doit être respectée. À cet effet l'information complète et précise sur tous les aspects du problème médical et social, ainsi que le consentement éclairé de la patiente doivent précéder toute décision médicale en ce domaine.

L'interruption de grossesse doit se faire dans des institutions de soins disposant de l'infrastructure nécessaire pour que la sécurité et la continuité des soins soient garanties, dans un environnement de soutien psychologique adéquat.

Art. 87. L'avis de la patiente, quant à la destination finale du produit de l'avortement, sera toujours sollicité et respecté. L'exploitation du produit de l'avortement à des fins commerciales est interdite.

L'utilisation du produit de l'avortement à des fins scientifiques ou thérapeutiques doit avoir été soumise à un comité d'éthique médicale. Elle ne peut en aucun cas conditionner ni le moment ni la technique ni les modalités générales de l'intervention.

Bibliographie

- [1] Audibert, F. (2001). Parents et professionnels dans la décision : positions respectives. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 47–49). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [2] Boulot, P. (2004). Diagnostic prénatal et prise en charge anténatale des anomalies fœtales. Principes généraux. In F. Pellas, M.-H. Boucand & P. Denormandie (Eds.), *Éthique et handicap* (pp. 51–59). Montpellier : Sauramps médical.
- [3] Briard, M.-L. (2001). Les spécificités de l'annonce anténatale d'un handicap. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 16–23). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [4] Chervenak, F. & McCullough, L. B. (2012). Responsibly counselling women about the clinical management of pregnancies complicated by severe fetal anomalies. *Journal of Medical Ethics*, 38(7), 397–398.
- [5] Conseil national de l'Ordre des médecins, *Code de déontologie médicale*. En ligne <http://ordomedic.be/fr/code/contenu>, consulté le 7 mars 2014.
- [6] De Muylder, X. (2001). Questions d'un obstétricien face aux interruptions médicales de grossesse. *Ethica Clinica*, 21, 38–43.
- [7] Epelbaum, C. (2001). Justifier une annonce anténatale : les critères. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 24–29). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [8] Foidart, J.-M., Schaaps, J.-P., Retz, M.-C., Erpicum, P., Demarche, M., Born, J., ... Pirlot, G. (2001). Interruptions thérapeutiques de grossesse. *Ethica Clinica*, 21, 9–16.
- [9] Genicot, G. (2010). L'interruption de grossesse. In *Droit médical et biomédical* (pp. 546–553). Bruxelles : Larcier.
- [10] Janse-Marec, J. (2001). Confronté à l'annonce du handicap. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 57–60). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [11] Legros, J.-P. (2001). Les incertitudes liées à l'annonce anténatale : la notion de risque acceptable. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 50–56). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [12] Milliez, J. (2001). Approches introductives. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 7–15). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [13] Roegiers, L. (2003). *La grossesse incertaine*. Paris : Presses universitaires de France.
- [14] Sirol, F. (2002). *La décision en médecine fœtale*. Toulouse : Érès.
- [15] Code pénal. *Moniteur belge*, 09-06-1867, p. 3 133. En ligne http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?table_name=loi&cn=1867060801&language=fr, consulté le 19 janvier 2014.
- [16] Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code. *Moniteur belge*, 05-04-1990, p. 6 379.

- [17] Loi du 13 aout 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code. *Moniteur belge*, 20-10-1990, p. 20 101.

En ligne http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?table_name=loi&cn=1990081340&language=fr, consulté le 29 janvier 2014.

Lectures complémentaires

- [A] Authier-Roux, F. (1999). *Ces bébés passés sous silence. À propos des interruptions médicales de grossesse*. Toulouse : Érès.
- [B] Ben Soussan, P. (Ed.) (2006). *L'annonce du handicap autour de la naissance en douze questions*. Toulouse : Érès.
- [C] Bessis, R. (2001). Les limites en échographie fœtale. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 35–41). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [D] Bitouze, V. (2001). La médecine fœtale interpellée : place de la psychanalyse et de l'éthique clinique. *Ethica Clinica*, 21, 25–32.
- [E] Comité local d'éthique hospitalier de la Clinique et Maternité Sainte-Élisabeth (2001). Grille d'évaluation d'une demande d'interruption de grossesse. *Ethica Clinica*, 21, 33–37.
- [F] David, D. (1992). Les aspects psychologiques de l'interruption médicale de la grossesse. In M. Soulé, *Introduction à la psychiatrie fœtale* (pp. 115–128). Paris : ESF.
- [G] Dommergues, M. (2001). Dépistage des anomalies fœtales : stratégies et limites. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 30–34). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [H] Dubos, J.-P., Djavadzadeh, M. & Thomas, D. (2001). L'enfant « différent » et le pédiatre : évolution d'une rencontre. *Ethica Clinica*, 21, 17–19.
- [I] Durif-Varembont, J.-P. (2008). Les mots et la chose : réflexions éthiques à propos des interruptions médicales de grossesse. In R. Scelles, A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier & R. Salbreux (Eds.), *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques* (pp. 167–182). Toulouse : Érès.
- [J] Golse, B. (2001). Différentes attitudes face au handicap : les professionnels, la famille, la société. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 67–70). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [K] Gourand, L. (2003). Impact de l'échographie sur l'investissement parental. In L. Roegiers & C. Hubinont (Eds.), *Décision en médecine fœtale. Le cas du cytomégalovirus* (pp. 69–74). Paris : John Libbey Eurotext.
- [L] le Grand-Sébille, C. (2001). L'élimination de fœtus et de nouveau-nés : perspectives comparatistes. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 71–77). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [M] Mehl, D. (2001). Le diagnostic anténatal dans le débat public. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 3–6). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [N] Mirless, V. (2001). Définir un handicap en anténatal : les complexités. In P. Denormandie & E. Hirsch (Eds.), *L'annonce anténatale et postnatale du handicap. Un engagement partagé* (pp. 42–46). Paris : Doin–Lamarre–AP–HP.
- [O] Poilblanc, M. (2009). Interruption médicale de grossesse. In C. Hervé (Ed.), *Visions comparées de la bioéthique* (pp. 71–73). Paris : L'Harmattan.

- [P] Puech, F. (2001). L'interruption volontaire de grossesse d'indication médicale. Le point de vue de l'obstétricien. *Ethica Clinica*, 21, 4–8.
- [Q] Romano, H. (2008). Efficacité symbolique des consultations anténatales : temps de l'annonce en diagnostic anténatal et consultation génétique. In R. Scelles, A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier & R. Salbreux (Eds.), *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques* (pp. 183–203). Toulouse : Érès.
- [R] Soulé, M. (1992). Le psychiatre dans un service de médecine fœtale et de diagnostic anténatal. In M. Soulé, *Introduction à la psychiatrie fœtale* (pp. 129–139). Paris : ESF.
- [S] Tisseron, S. (2003). Bien vus et mal entendus de la situation échographique. In L. Røegiers & C. Hubinont (Eds.), *Décision en médecine fœtale. Le cas du cytomégalovirus* (pp. 75–83). Paris : John Libbey Eurotext.
- [T] Wilkinson, D. (2012). Fatal fetal paternalism. *Journal of Medical Ethics*, 38(7), 396–397.