

Commission paritaire 74 425
Toute copie, même partielle, interdite sans autorisation.



TransVIE

WWW.TRANSVIE.COM actualités du respect de la vie

Supplément, TransVIE-mag 80 • 1995

Copie interdite

LES CONSÉQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHO-SOCIALES DE L'AVORTEMENT SUR LES FEMMES

**Un rapport de la Commission d'Enquête sur le Fonctionnement et
les Conséquences de la Loi sur l'Avortement
Royaume-Uni, Juin 1994**

Traduction TransVIE, mars 1995, avec l'aimable autorisation du Secrétariat de la Commission d'Enquête

Note générale

Le présent rapport recèle une approche originale du syndrome post-avortement, tant du point de vue des résultats que du protocole d'étude, justifiant sa traduction et sa publication. TransVIE n'en partage pas pour autant toutes les conclusions, notamment, lorsqu'elles sous-entendent que les lois de légalisation de l'avortement puissent être amendées afin d'en supprimer les conséquences les plus néfastes pour les femmes. L'avortement est toujours un acte létal pour l'enfant, quelle qu'en soit l'issue pour la femme, et les lois qui le dépénalisent ne peuvent, par conséquent, être efficacement amendées en ce sens.

Note à l'attention des lecteurs francophones

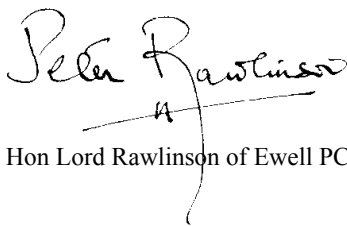
Le présent document est paru au Royaume-Uni, en anglais, sous le titre : "The Physical and Psycho-Social effects of Abortion on Women". Par souci de fidélité au texte initial, les témoignages (annexe 6), transcrits dans une forme littéraire proche de leur expression orale, n'ont pas été soumis à une traduction qui ne pouvait qu'en trahir la qualité émotionnelle et la spontanéité. C'est donc bruts qu'ils vous sont livrés. Nous prions les lecteurs non-anglophones de leur compréhension. Il en est de même des circulaires d'information fournis par les cliniques d'avortement à leurs clientes (annexe 7).

LES CONSÉQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHO-SOCIALES DE L'AVORTEMENT SUR LES FEMMES

PRÉFACE

L'avortement est une question importante qui provoque de nombreux débats et discussions, et touche la vie de milliers de personnes, directement ou indirectement. Ce premier rapport de la Commission d'Enquête privée, que j'ai eu le privilège de présider, n'a pas cherché à étudier ou à faire un commentaire sur l'éthique même de l'avortement, mais plutôt à enquêter sur les effets de l'avortement sur celles qui sont directement impliquées - les femmes. Pour ce faire, la Commission a sollicité des témoignages oraux et écrits auprès d'un large éventail d'experts qui ont des points de vue et des expériences diverses sur cette question. Ce rapport est le résumé de nos constats au terme de deux années de recherche. Je souhaite aussi beaucoup qu'il fasse prendre conscience du besoin urgent de nouvelles recherches neutres, complètes et à long-terme sur cet aspect particulier de l'avortement.

Ce fut un grand privilège de présider cette Commission et de travailler avec ceux qui s'y sont associés. Mes remerciements et ma gratitude vont à chacun de ceux qui ont donné si généreusement de leur temps, de leur sagesse et de leurs compétences. Je voudrais également remercier le Secrétariat de la Commission, sans le travail acharné duquel le rapport n'aurait jamais pu être produit. Je suis particulièrement reconnaissant au Dr. Stephanie Smith (née Lewis) qui assura au début de notre travail le rôle de Secrétaire et qui consacra près d'une année à organiser les auditions et à rassembler les éléments de l'enquête, ainsi qu'à Mrs Philippa Taylor qui la remplaça l'année suivante.



The Right Hon Lord Rawlinson of Ewell PC QC

NOTES

1 Une publicité fut placée dans deux magazines féminins diffusés par le circuit général, qui informait que le Lord Rawlinson présidait une commission d'enquête privée afin de déterminer l'impacte de l'avortement sur les femmes. L'encart invitait toute personne ayant eu un avortement, et qui était prête à partager son expérience dans la confidentialité, à contacter le secrétariat de la Commission.

2 P.e. BREWER, C. 1977 Incidence of post-abortion psychosis : a prospective study. *British Medical Journal* **1** 476-7. ; ROMANS-CLARKSON, Sarah E. 1989 Psychological Sequelae of Induced Abortion *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **23** 555-565 ; Clinical Reviews - Psychiatry : Mental Health after Abortion *Medical Monitor* (12th June) **44-5**,47).

3 JARMULOWICZ, Michael. 1992 Physical and Psychological Effects of Abortion : A Review of the medical literature ; McALL, Kenneth and WILSON, P. 1987 Ritual Mourning for unresolved grief after abortion *Southern Medical Journal* **80**, (7) 817-21 ; NEY, Philip G., WICKETT, A., 1989 Mental Health and Abortion : Review and Analysis *Psychiatric Journal Univ. Ottawa* **14** (4) 506-516.

4 Le taux actuel de mortalité maternelle total est de 8/100 000 au Royaume-Uni.

5 JARMULOWICZ, Michael. 1992 Physical and Psychological Effects of Abortion : A Review of the medical literature.

6 BRUDENELL, Michael. 1980 Gynaecological sequelae of induced abortion *The Practitioner*, **224** 893-8.

7 Dr Zolse (MRCPsych) est conférencier au Département de Médecine Psychologique à l'Hôpital St Bartholomews de Londres

8 Ciba Foundation Symposium 1985 115: Pitman, Londres

INTRODUCTION

1. L'Abortion Act de 1967 décriminalisa l'avortement [au Royaume-Uni] pour un certain nombre de situations médicales spécifiques. Durant ces 27 années, quatre millions d'avortements ont été réalisés en Grande-Bretagne sous ses indications. Par conséquent nous avons eu largement le temps de rassembler des données sur les effets de l'avortement sur la vie des individus et sur la société toute entière.

2. Un certain nombre de personnes, parmi lesquelles des députés, des gynécologues, des médecins généralistes et d'autres gens, ont veillé à ce que cette opportunité ne soit pas négligée et que les secteurs où il serait nécessaire que la recherche fournisse des informations complémentaires soient mis en évidence. A cet effet, une Commission privée fut établie en novembre 1992 sous la présidence de Lord Rawlinson of Ewell pour enquêter sur l'application et les conséquences de l'Abortion Act.

3. Une liste des membres de cette Commission est donnée en Annexe 1.

4. Le rôle assigné à la Commission est similaire à celui d'une Commission Parlementaire d'Enquête. En l'occurrence, celui d'enquêter sur divers aspects de l'avortement en sollicitant des auditions et des témoignages écrits d'experts représentant un large spectre d'opinions. Des rapports seront publiés pour chacun des aspects étudiés. Celui-ci est le premier de la série.

5. La Commission choisit, comme premier travail, d'enquêter sur la fréquence des effets physiques et psycho-sociaux de l'avortement sur les femmes. Ce rapport ne porte pas sur l'éthique de l'avortement elle-même, mais se limite aux effets de l'avortement ressentis directement par les femmes.

6. Un certain nombre d'experts et d'organisations furent invités à donner leur témoignage oral et/ou écrit. Leur liste figure en Annexe

2. Y figure également la liste de ceux d'entre eux qui répondirent à notre appel. Les témoignages oraux furent retranscrits tels quels. Chaque expert a eu la possibilité de lire la transcription de son témoignage pour la confirmer et/ou pour la corriger et faire des commentaires supplémentaires. Certains témoins nous ont également transmis des preuves écrites et/ou des références à des articles publiés. Ces références figurent en Annexe 3.

7. La Commission invita toute femme ayant vécu un avortement à lui écrire¹. Elle avait alors l'opportunité de remplir un questionnaire (voir Annexe 4) et/ou de donner un témoignage écrit. Au total, près de 200 femmes répondirent, demandant un questionnaire et/ou envoyant des informations. 136 femmes complétèrent le questionnaire, 87 d'entre elles acceptant de témoigner oralement. Le résumé des réponses aux questionnaires figure en Annexe 5. Neuf femmes furent invitées à donner un témoignage oral de leur expérience à un sous-groupe de la Commission ; leurs témoignages sont transcrits dans l'Annexe 6. La Commission souhaitait s'assurer que les dépositions qu'elle reçut englobe un éventail d'expériences aussi vaste que possible, aussi bien bonnes que mauvaises. Par conséquent, elle rédigea délibérément l'invitation de telle sorte qu'elle n'encourage pas uniquement les réponses des femmes qui avaient eu une mauvaise expérience ou au contraire uniquement celles qui auraient eu une bonne expérience de l'avortement.

8. Néanmoins, les femmes qui répondirent résultèrent inévitablement d'une auto-sélection, les femmes ayant vécu une expérience plus forte, bonne ou mauvaise, ayant une plus forte propension à répondre. Comparativement à des enquêtes menées par des méthodes auto-sélectives semblables, le nombre de répondantes fut élevé, notamment eu égard à la sensibilité du sujet. Le profil des répondantes est similaire à celui de l'ensemble des femmes qui avortent (en terme d'âge, de statut marital, d'âge de gestation, de statut du lieu d'avortement - clinique ou hôpital -, par exemple). L'échantillon ne diffère pas de plus de 10 % des statistiques officielles de l'avortement en 1992 (statistiques OPCS).

Bien que ce ne soit pas un échantillon intégralement représentatif de toutes les femmes qui subissent un avortement, les dépositions d'histoires personnelles vécues par les femmes ont aussi une valeur intrinsèque puisqu'elles sont l'expérience réelle de ce groupe de femmes.

9. Après avoir entendu la majorité des témoins, la Commission écrivit également au Département de la Santé. Bien que ce dernier n'estima pas approprié de témoigner oralement, il accepta de répondre à des questions spécifiques apparues à ce stade de l'enquête.

VUE D'ENSEMBLE

10. Il existe une divergence croissante d'opinions dans la profession médicale à propos de l'existence et de la fréquence d'effets adverses à la suite des avortements. De nombreux gynécologues, psychiatres et d'autres experts, affirment qu'il n'existe aucune preuve d'une souffrance répandue, physique ou mentale, après les avortements². Inversement, d'autres recherches ont permis de rassembler des preuves à la fois d'effets adverses physiques et psychiques³.

LES CONSEQUENCES PHYSIQUES DE L'AVORTEMENT

11. Les taux de mortalité féminine dus à l'avortement et à l'accouchement sont tous les deux faibles - 1/100 000 et 3/100 000 respectivement, selon le Dr. Alan Rogers⁴. Le fait d'éviter la mort de la mère est rarement le motif invoqué pour recourir à l'avortement. Cependant, dans son article⁵, le Dr. Michael Jarmulowicz rapporte que de tous les avortements qui ont été pratiqués au Royaume-Uni depuis l'introduction de l'Abortion Act en 1967, seuls 151 (0,004%) le furent pour sauver la vie de la mère.

12. Le Dr. Rogers dit que durant les 20 dernières années la capacité de la profession à offrir des avortements sans danger s'était grandement accrue et que l'avortement dangereux est une chose révolue. Il cite un rapport intermédiaire du Collège Royal des obstétriciens et Gynécologues de 1984 (voir 21) selon lequel même les avortements tardifs pouvaient être considérés comme sans danger en ce qui concerne les risques majeurs pour la vie de la mère.

13. Mis à part les cas de danger immédiat de mort pour la mère, des complications physiques post-abortives variées sont possibles, qui peuvent avoir sur la vie d'une femme des effets profonds et même permanents dans certains cas. Les complications immédiates peuvent inclure la perforation de l'utérus, la lacération du col, l'hémorragie et l'infection intra-utérine, et la rétention placentaire pour les avortements de second trimestre. Les complications qui se manifestent plus tardivement comprennent l'inflammation tubaire ou salpingite, la béance cervicale, l'immunisation anti-rhésus, l'endométriase, le choriocarcinome et la perturbation du cycle menstruel⁶.

14. Le Dr. Rogers affirme que les complications post-abortives physiques sont extrêmement rares, qu'aucune des patientes sur lesquelles il avait réalisé des avortements répétitifs n'avaient souffert de béance cervicale ou de blessure à l'utérus à la suite de(s) l'avortement(s) précédent(s). Il faut noter, cependant, que, pour la plupart des patientes sur lesquelles il réalisa des avortements, le Dr Rogers n'était pas informé de leur passé gynécologique (voir ci-dessous 41 et 79).

15. Néanmoins, Mr. Robert Balfour décrivit un certain nombre de cas récents qu'il eut à traiter où il lui fut demandé d'essayer de réparer à l'utérus ou au col de l'utérus des dommages causés par les procédures d'avortement. Il est clair que des complications continuent de se produire par erreurs chirurgicales.

16. Mr. Balfour rapporta que la majorité des complications qu'il lui a été donné de voir s'étaient déclarées plus de 7 jours après l'avortement. Sept jours est le temps alloué [aux femmes] pour retourner les informations concernant les complications en utilisant le formulaire «jaune» réglementaire de notification d'avortement. Qui plus est, une femme peut avoir un avortement à une clinique extérieure à sa région d'habitation et par conséquent sera déjà retournée chez elle lorsqu'une complication se déclarera, sauf si elle est immédiate. Si elle est oscultée par son généraliste et envoyée à l'hôpital local, la clinique d'avortement peut ne pas être informée et ne rien savoir de la complication. Pour cette raison, il est probable que le taux de complication soit sous-rapporté. Mr. Balfour suggéra qu'il pourrait y avoir jusqu'à 10 % des cas reconnus qui ne soient pas rapportés.

17. Le Département de la Santé, dans sa réponse à la Commission, rapporta qu'après 7 jours, seulement 51 % des formulaires de notification d'avortement étaient retournés, que même après 28 jours, le taux de retour était seulement de 92 %. Ceci introduit une autre source potentielle de sous-enregistrement de complications. Le Département déclara qu'il mènerait une enquête sur le faible taux de retour des formulaires.

18. Il est également peu probable que les femmes qui ont fait l'expérience de complications retournent à la clinique qui a réalisé l'avortement. Le Dr. Blacker rapporta que les données brutes d'une étude très récente qu'il avait conduite montraient que les femmes concernées par cette étude ne rendirent pas visite à leur généraliste dans la période qui suivit leur avortement. Il affirma devant la Commission que son étude, ainsi qu'une étude récente du Dr. Gabriella Zolose⁷ suggérait que la plupart des femmes se tenaient à l'écart des services médicaux après un avortement. Par conséquent, s'il y a plus de complications que ne le croit le Dr. Rogers, il est peu probable que ce dernier, ou que d'autres dans une

situation similaire, en soient informés. Les études du type de celles du Dr. Blacker et du Dr. Zolose sont appelées études prospectives. Les femmes sont recrutées pour l'étude avant leur avortement et suivies après celui-ci. Par conséquent les informations sont collectées au fur et à mesure de leur apparition. La plupart des études menées jusqu'à ce jour étaient retrospectives, c'est-à-dire que les femmes étaient recrutées après leur avortement et invitées à remémorer les conséquences émotionnelles et physiques de ce dernier. Ces recherches sont moins fiables parce qu'elles reposent sur la mémoire du vécu, qui peut être suggestive, plutôt que sur l'enregistrement du vécu lorsqu'il se produit.

19. Le Dr. Jarmulowicz cita un certain nombre de publications dans lesquelles la fréquence des complications à court terme et à long terme sont précisées. La perforation de l'utérus est considérée comme la complication immédiate la plus fréquente, avec des fréquences de 0,1-0,3% à 2% selon la source, les avortements tardifs produisant les taux les plus élevés. Les complications à long terme pour lesquelles il existe des résultats chiffrés incluent notamment les effets sur les grossesses ultérieures, par exemple l'accroissement du risque de fausses-couches (dans une étude anglaise rapportée lors du Symposium de la Fondation Ciba (1985)⁸, 4% des femmes risquaient une fausse-couche à cause d'un avortement antérieur⁹). Il fut aussi prouvé qu'à la suite de l'avortement peuvent survenir des inflammations pelviennes à chlamydia qui accroissent le risque ultérieur de fausses-couches, de grossesses extra-utérines, d'endométries, d'hystérectomies et d'autres désordres de la fertilité¹⁰.

20. Le Professeur Wendy Savage affirma qu'à la clinique qu'elle dirige, les femmes sont informées avant l'avortement des risques de complications. Après l'avortement, il leur est demandé de retourner dans la quinzaine chez leur généraliste pour une visite de contrôle. Mais, semble-t-il, le généraliste n'est pas informé par la clinique des complications survenant à l'une de ses patientes. Le Pr. Savage fit remarquer que bien souvent, les femmes ne se rendent pas aux visites de suivi après l'avortement. A la suite de ce témoignage, la Commission réclama une clarification sur ce point au Pr. Savage qui suggéra, dans sa réponse, que dans un secteur tel que le sien, beaucoup de femmes sont pauvres et n'ont pas accès aux facilités de transport, etc., qu'elles peuvent avoir des difficultés considérables à se rendre chez le médecin ou à la clinique, et que si elles se sentent bien, elles peuvent ne pas voir la nécessité de retourner pour une visite de suivi.

21. Il apparut clairement, à l'audition d'un certain nombre de témoins¹¹ et à la lecture des études existantes que les taux de suivi médical sont toujours faibles. Même dans l'étude du Collège Royal des Médecins Généralistes et du Collège Royal des Obstétriciens et Gynécologues¹² (que le Dr. Peter Frank rapporta à la Commission), plus de 60 % de toutes les femmes étudiées furent perdues de vue au moment du suivi¹³. Ceci pourrait indiquer qu'il existe une explication plus universelle que la pauvreté ou le manque de facilités pour le retour en visite de suivi, étant donné que toutes les femmes qui avortent n'ont pas un revenu faible ou n'habitent pas dans une région qui soit mal desservie par les moyens de transport.

22. Le Pr. Robert Winston, un expert dans le domaine du traitement de la fertilité, rapporta que les dommages aux trompes étaient l'une des principales causes de grossesses extra-utérines. Sa propre activité est orientée vers le traitement de femmes ayant des dommages aux trompes. Cependant, ayant lu d'autres articles sur la question, il défend avec moins de vigueur, aujourd'hui, l'idée que l'avortement cause plus d'infertilités que l'accou-

NOTES

9 Témoignages oraux et JARMULOWICZ, Michael. 1992 Physical and Psychological Effects of Abortion : A Review of the medical literature.

10 BUCHAN, H, VESSEY, H, GOLDACRE, M, FAIRWEATHER, J. 1993 Morbidity following pelvic inflammatory disease *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. **100** 558-562 ; BLACKWELL, Anona L., THOMAS, Philipp, WAREHAM, K and EMERY, S.J. 1993 Health Gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy *The Lancet*, **342** 206-209.

11 Dr Jarmulowicz, Mr Balfour, Dr Blacker

12 L'Unité de Recherche du Manchester du royal College of General Practitioners a co-ordonné une vaste étude à long-terme avec le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, sur les effets de l'avortement provoqué sur la santé des femmes. L'étude fut conduite entre 1976 et 1987 et plusieurs articles ont été tirés de ses résultats (voir annexe 3)

13 Il existe encore d'autres problèmes concernant la représentativité de l'étude du RCGP/RCOG (voir 29)

14 FRANK, P.I., McNAMEE, R., HANNAFORD, P.C., KAY, C.R., HIRSCH, S. 1993 The effect of induced abortion on subsequent fertility *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **100** 575-580 (RCGP and RCOG joint study).

15 JARMULOWICZ, Michael. 1992 Physical and Psychological Effects of Abortion : A Review of the medical literature.

16 SOUTHGATE, L., TREHARNE, J & WILLIAMS R. 1989 Detection, treatment and follow up of women with Chlamydia trachomatis infection seeking abortion in inner city general practices *British Medical Journal* **299** 1137-8 ; WOOD, S.M. & MUSCAT, I. 1989 Screening and treatment to prevent post-abortion chlamydia pelvic infection *The Lancet* **928** ; COHN, M. & STEWART, M. 1989 Post-abortion chlamydia pelvic infection *The Lancet* **1219** ; CATES, W., ROLFS, R.T. & ARAL, S.O. 1990 Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease, and fertility : an epidemiologic update *Epidemiological Review* **12** 199-220 ; BLACKWELL, Anona L., THOMAS, Philipp, WAREHAM, K and EMERY, S.J. 1993 Health Gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy *The Lancet*, **342** 206-209.

17 DUTHIES, S.J., HOBSON, D., TAIT, I.A., PRATT, B.C., LOWE, N., SEQUEIRA, P.J.L. & HARGREAVES, C. 1987 Morbidity after termination of pregnancy in first trimester *Genitourinary Medicine* **63** 182-7 ; BUCHAN, H., VESSEY, M., GOLDACRE, M. & FAIRWEATHER, J. 1993 Morbidity following pelvic inflammatory disease *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **100** 558-62 ; BLACKWELL, Anona L., THOMAS, Philipp, WAREHAM, K and EMERY, S.J. 1993 Health Gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy *The Lancet*, **342** 206-209.

18 BLACKWELL, Anona L., THOMAS, Philipp, WAREHAM, K and EMERY, S.J. 1993 Health Gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy *The Lancet*, **342** 206-209.

chement, qui comporte aussi un risque de dommage utérin et un risque d'infection. Le Pr. Wintson ne transmet aucune donnée à la Commission, bien qu'il y ait été invité plusieurs fois, sur le taux de patientes recevant un traitement contre la stérilité à la suite de l'avortement provoqué, comparé au taux observé à la suite de l'accouchement. Les résultats récemment publiés de l'étude prospective du RCGP/RCOG sur l'avortement ne parvient pas non plus à montrer qu'un avortement réduise significativement la fertilité ultérieure¹⁴.

23. Cependant, tous les cas d'infertilité résultant de l'avortement ne sont pas forcément rapportés. Le Dr. Jarmulowicz raconta l'histoire d'une femme qui, bien qu'elle ait souffert plusieurs années à la suite d'un avortement et soit devenue infertile, ne cherchait pas à s'en faire soigner. La fréquence de l'infertilité à la suite d'un avortement pourrait être sous-évaluée si les femmes qui en souffrent ne font aucune tentative pour contacter une clinique spécialisée dans ces traitements, en raison de motifs psychologiques ou émotionnels.

24. Il est apparu clairement au cours des auditions de la Commission que les infections tubaires à chlamydia peuvent être engendrées par l'avortement -en particulier lorsqu'une infection était latente au moment de l'avortement¹⁵. Quant un avortement produit une infection tubaire qui, sans cela, ne serait pas survenue, il y a forcément, par déduction, un accroissement du risque d'infertilité. Cette connexion a également été établie par un bon nombre

NOTES

19 Un autre rapport récent estime que les infections à Chlamydia et leurs séquelles coûtent aux britanniques au moins 50 millions de livres sterling chaque année en diagnostic et en traitement. TAYLOR-ROBINSON, Prof. David 1994 Chlamydia trachomatis and sexually transmitted disease *British Medical Journal* **308** 150-1

20 P.e. BREWER, C. 1977 Incidence of post-abortion psychosis : a prospective study. *British Medical Journal* **1** 476-7 ; GIBBONS, Mary. 1984 Psychiatric sequelae of induced abortion *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **34** 146-150 ; ROMANS-CLARKSON, Sarah E. 1989 Psychological Sequelae of Induced Abortion *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **23** 555-565 ; ROSENFELD, J. 1992 Emotional responses to therapeutic abortion *American Family Physician* **45** (1) 137-40.

21 P.e. McALL, Kenneth and WILSON, P. 1987 Ritual Mourning for unresolved grief after abortion *Southern Medical Journal* **80**, (7) 817-21 ; NEY, Philip G., WICKETT, A., 1989 Mental Health and Abortion : Review and Analysis *Psychiatric Journal Univ. Ottawa* **14** (4) 506-516 ; SPECKHARD, Ann, C. and RUE, Vincent M. 1992 Postabortion syndrome : An emerging public health concern. *Journal of Social Issues* **48** (3) 95-119 ; JARMULOWICZ, Michael. 1992 Physical and Psychological Effects of Abortion : A Review of the medical literature ; REARDON, D.C. 1987 Aborted women - Silent no more *Westchester, Illinois ; Crossways Books*.

22 GIBBONS, Mary. 1984 Psychiatric sequelae of induced abortion *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **34** 146-150 ; ZOLESE, G and BLACKER, C V R. 1992 The Psychological Complications of Therapeutic Abortion. *British Journal of psychiatry* **160** 742-749.

23 LARIMORE, W.L., LARSON, D.B. & SHERRILL, K.A. 1992 Interpreting literature on abortion *American Family Physician* **46** (3) 666-7.

24 CRAFT, I., EVANS, D. & YOVICH, J. 1979 Consequences of induced abortion *The Lancet* **437**.

25 KAY, Clifford R and FRANK, Peter I 1981 Characteristics of women recruited to a long-term study of the sequelae of induced abortion *Journal of the Royal College of General Practitioners* **31** 473-7 (RCOG and RCGP joint study).

26 *Ibidem*.

27 BREWER, C. 1977 Incidence of post-abortion psychosis : a prospective study. *British Medical Journal* **1** 476-7.

d'auteurs d'études cliniques déjà publiées¹⁶. Ceci restera significatif pour chaque femme concernée, même si les enquêtes faites sur un grand nombre de femmes, comme l'enquête citée par le Pr. Wintson, montrent que pour les femmes réclamant un traitement contre l'infertilité, prises dans leur ensemble, l'avortement n'est pas un facteur significatif.

25. Dans un certain nombre d'études récentes, le lien entre les infections à chlamydia pré-existantes à l'avortement et les inflammations pelviennes ultérieures est clairement établi. Les conclusions des auteurs, dans chaque cas, étaient qu'avant de faire un avortement, il fallait assurer la surveillance et/ou le traitement prophylactique des infections à chlamydia, de manière à réduire la fréquence des inflammations pelviennes post-abortives et la fréquence des séquelles gynécologiques sérieuses telles que les grossesses extra-utérines et l'infertilité¹⁷. Dans l'une des études¹⁸, le bénéfice à court terme a été évalué à £ 6,50 (environ 60 FF) par patiente si la recherche et le traitement des infections à chlamydia étaient introduits avant l'avortement, réduisant le coût de traitement des infections pelviennes ultérieures et par conséquent, le coût global de l'avortement supporté par le NHS [sécurité sociale britannique]¹⁹.

26. Le Pr. Wendy Savage acquiesça à une question de la Commission de savoir si c'est une bonne pratique clinique de dépister les femmes ayant une chlamydia et de les traiter avant l'avortement - en particulier pour les plus jeunes femmes. Elle affirma qu'elle estimait que le dépistage chez les jeunes femmes devrait être rendu obligatoire par le Département de la Santé en tant que composante d'un service de bonne qualité.

LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE L'AVORTEMENT

27. Il existe une divergence d'opinions parmi la profession médicale à propos de la fréquence et de la sévérité de quelconques effets psychologiques de l'avortement. Le consensus populaire semble être que l'avortement a peu de conséquences psychologiques adverses²⁰. Cependant, il existe des preuves opposées tirées d'un certain nombre d'études et de témoignages individuels de l'expérience vécue par les femmes, qui montrent que des conséquences négatives surviennent au moins pour certaines femmes²¹.

28. Cette divergence d'opinions pourrait être le résultat, au moins partiellement, d'une déficience méthodologique, de l'insuffisance du suivi dans les études cliniques²² et d'un biais dans les revues non-systématiques de la littérature médicale²³.

29. Au Royaume-Uni, la récente étude prospective du RCGP/RCOG est probablement la plus vaste de ce type. Cependant, elle présente un certain nombre de limites qui ont probablement affecté les résultats obtenus, la plus importante étant que cette étude ne comprend que des femmes qui ont obtenu leur avortement par leur médecin généraliste. Les 30% de femmes qui, au Royaume-Uni, se rendent directement dans les cliniques d'avortements privées sans être envoyées par leur médecin ne furent pas intégrées dans l'étude. De ce fait, les femmes étudiées n'étaient pas représentatives de toutes les femmes ayant recours à l'avortement. Par exemple, 73% des femmes de l'étude avaient eu un avortement dans un hôpital public, comparé à 46% pour toutes les femmes ayant recours à l'avortement²⁴ ; 18,4% des femmes de l'étude avaient plus de 35 ans, contre 9,9% dans le groupe de contrôle et 15,2%

Table 1 . Première admissions en psychiatrie et taux d'admission pour les femmes avortant et accouchant au Danemark dans les trois mois suivant l'avortement ou l'accouchement, et pour l'ensemble des femmes danoises pendant une période de trois mois, en 1974/75, selon le groupe d'âge.

Groupes d'âge	Femme avortant			Femmes accouchant			Autres femmes de 15 à 49 ans(a)		
	Nbre total	Admissions en Psychiatrie	Taux p. 10000	Nbre total	Admissions en psychiatrie	Taux p. 10000	Nombre total(b)	Admissions en psychiatrie	Taux p. 10000(c)
<19	4375	5	11.4	4812	3	6.2	180465	354	4.9
20-24	5820	11	18.9	24808	26	10.5	184911	503	6.8
25-29	6303	13	20.6	27150	31	11.4	207885	585	7.0
30-34	5504	14	25.4	11452	19	16.6	166970	601	9.0
35-39	3532	6	17.0	2675	7	26.2	145618	549	9.4
40-44	1565	-	-	460	-	-	138338	414	7.5
45-49	135	1	74.1	21	-	-	145632	487	8.4
Total	27234	50	18.4	71378	86	12.0	1169819	3493	7.5

(a) Mêmes groupes d'âge exceptés les moins de 15 ans

(b) Au 01/01/1975

(c) Admissions annuelles totales ajustées sur une période de trois mois

DAVID, H.P. 1985 Post-abortion and post-partum psychiatric hospitalization . In : Abortion : Medical Progress and Social implications Pitman, London (Ciba Foundation Symposium 114) 150-64.

pour l'ensemble des femmes qui avortent²⁵ ; 47,7% des femmes de l'étude étaient célibataires, contre 32,2% dans le groupe de contrôle et 50,4% de l'ensemble des femmes qui avortent²⁶. Par conséquent, il est peu probable que les résultats de cette étude reflètent correctement la situation de l'ensemble des femmes qui recourent à l'avortement. Questionné sur ce point, le Dr. Frank, du RCGP, reconnut que l'expérience vécue des femmes qui vont directement en clinique privée aurait certainement modifié les résultats de l'étude de façon significative. Qui plus est, un très petit nombre de facteurs a été pris en compte dans cette étude. Des conséquences physiques de l'avortement rapportées dans toutes les autres études, parmi lesquelles les fréquences des grossesses extra-utérines, des fausses-couches, des hystérectomies et des décès maternels, ne furent pas abordées dans celle-ci. Un certain nombre d'effets psychologiques tels que la colère, la violence sur enfant et l'insomnie, qui ont aussi été rapportés par d'autres comme pouvant être des conséquences de l'avortement, n'y figurent pas non plus. Une faiblesse supplémentaire de cette étude était le taux

élevé d'abandons en cours d'étude (voir 47).

30. Selon une étude prospective britannique menée en 1975 par le Dr. Colin Brewer, la fréquence de troubles mentaux sérieux, nécessitant une hospitalisation, était faible, que ce soit à la suite d'un avortement (0,3/1000) ou d'un accouchement (1,7/1000)²⁷. Les résultats d'une étude danoise menée sur la même durée (3 mois), montraient également un faible taux d'hospitalisation, mais différaient légèrement car le taux était plus élevé après l'avortement (1,84/1000) qu'après l'accouchement (1,2/1000)²⁸.

31. L'étude du Dr. Brewer fut la première de son genre au Royaume-Uni à essayer d'étudier à posteriori les conséquences de l'avortement sur un grand échantillon de femmes. Cependant, il y avait de sévères limites dans la conception même de l'étude. Par exemple, seulement 25 % des médecins de la région concernée furent inclus dans l'étude, et leurs zones géographiques d'activité se recouvraient, de sorte que la population couverte par l'étude ne pouvait être qu'estimée, et le nombre d'avortements réalisés n'était pas correctement enregistré mais seulement calculé à partir des estimations pour la population concernée et par référence au taux régional de l'époque²⁹. La conception de l'étude danoise était de nature à éliminer ces difficultés et s'intéressait à un échantillon plus large - la population danoise féminine totale. Etant donné que toutes les femmes ayant eu un avortement étaient incluses, tout biais, intentionnel ou non, était éliminé. Par conséquent les résultats de l'étude danoise peuvent être considérés comme plus fiables que ceux de l'étude britannique.

32. Les deux études indiquent que le taux d'hospitalisation pour désordres mentaux est faible dans les trois premiers mois. Cependant, étant donné le nombre annuel d'avortements au Royaume-Uni (environ 180 000), on peut tout de même s'attendre, chaque année, à 45 à 325 nouveaux cas de psychoses post-abortives, selon l'étude utilisée pour faire l'estimation.

33. D'autres effets psychologiques de l'avortement, bien que significatifs, pourraient ne pas être suffisamment sévères pour nécessiter une hospitalisation. Le Dr. Blacker rapporta un taux de

NOTES

28 DAVID, Henry, P. 1985 Post-abortion and post partum psychiatric hospitalisation *Abortion : Medical progreee and Social Implications Pitman, London (Ciba Foundation Symposium) 115* 150-64.

29 BISHOP, S., 1992 A study of post-abortion syndrome in the light of recent research to consider how social work might better repond to this area of need *Dissertation submitted for masters degree in social work.*

30 ZOLESE, G and BLACKER, C V R. 1992 The Psychological Complications of Therapeutic. Abortion. *British Journal of psychiatry 160* 742-749.

31 P. e. résumé des témoignages écrit et oral d'Alice (Annexe 6)

32 FRANK, P.I., McNAMEE, R., HANNAFORD, P.C., KAY, C.R., HIRSCH, S. 1993 The effect of induced abortion on subsequent fertility *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 100* 575-580 (RCGP and RCOG joint study).

33 P.e. résumé des témoignages écrits et oraux de Beth et Alice (annexe 6)

34 Témoignage oral de Ms Margaret Cuthill et témoignage écrit de Ms Joanna Thompson.

35 FARMER Dr & O'BRIAN S., 1975 Evidence submitted to the Select committee

séquelles psychiatriques à court et moyen terme d'environ 10%, à la fois dans la littérature médicale³⁰ et dans les résultats bruts d'une étude prospective récemment achevée (voir 18).

34. Il apparaît que la réaction initiale la plus commune après un avortement est le soulagement. Le Dr. Blacker montra que dans un certain nombre d'études comme dans sa propre étude, il était communément observé qu'un taux élevé de détresse à la consultation préalable faisait place après l'avortement à une amélioration rapide. Ce fait a été confirmé par le Dr. Margaret Oates. Le Dr. Blacker fit toutefois remarquer à la Commission que dans la récente étude prospective qu'il a conduite avec le Dr. Zolese (voir 18), le quart des 18% de femmes qui étaient psychiatriquement malades 4 semaines après l'avortement ne l'avait jamais été auparavant. De plus, le Dr. Blacker fit remarquer à la Commission que des faits individuels rencontrés dans la pratique de la médecine tendent à montrer que les séquelles psychologiques à long-terme ne se développent pas tout de suite, mais quelque temps après l'avortement. Par conséquent, l'apparition de nouveaux cas psychiatriques pourrait être le symptôme de séquelles à long-terme en développement.

35. Ms Joanna Thompson, une conseillère post-avortement expérimentée de CCFL (Christian Caring For Life), rapporta que le soulagement est l'émotion dominante après un avortement, jusqu'à la date où l'enfant aurait dû naître. A ce moment là, le regret, la dépression, la culpabilité peuvent apparaître. Le Dr. Blacker rapporta que dans l'étude prospective conduite avec le Dr. Zolese (voir 18), leur première idée était de pousser l'enquête jusqu'au moment où la naissance aurait dû se produire. Mais le taux d'abandon fut si élevé que l'étude ne fut pas poussée au-delà de 6 mois après l'avortement. Par conséquent, la fréquence d'effets psychologiques négatifs au moment où l'enfant aurait dû naître ne fut pas étudiée.

36. Le Dr. Rogers affirma à la Commission que, selon son opinion, la tristesse que quelques femmes connaissent après un avortement est naturelle, mais qu'il n'observait de complications psychologiques que très rarement. Il attribua la majeure partie de la détresse observée après l'avortement à l'attitude de la société vis-à-vis de l'avortement et aux circonstances sociales vécues par la femme, qui peuvent d'ailleurs être aussi la raison pour laquelle elle a eu recours à l'avortement.

37. Le Dr. Rogers et le Dr. Brewer estimèrent tous deux qu'offrir un service de conseils après l'avortement pourrait être source de problèmes pour les femmes en leur faisant croire qu'il leur faut avoir des séquelles émotionnelles ou psychologiques négatives de l'avortement.

38. Néanmoins, on en trouve dans les récits des femmes qui ont avorté un certain nombre de fois et de femmes qui étaient à l'aise dans la société avant l'avortement et ne s'attendaient pas à vivre des conséquences négatives. Certaines décrivent même la détresse qui les a envahies du fait qu'elles n'aient pas été averties de la possibilité d'effets négatifs tels que la dépression, etc. pouvaient survenir. Dans certains cas, aucune difficulté ne fut ressentie pendant des années après l'avortement, jusqu'à ce qu'un événement réveille en elles une réaction adverse notable³¹. Pour ces femmes, ce ne fut, de toute évidence, pas le fait d'avoir proposé une aide qui créa ou réveilla leurs problèmes.

39. Bien qu'il soit clair que les femmes qui répondirent à la Commission ne constituaient pas nécessairement un échantillon

représentatif de toutes les femmes qui vécurent un avortement (voir 7 et 8), il fut indéniable qu'au moins quelques femmes firent l'expérience de mauvaises conséquences émotionnelles à long terme. Une analyse des questionnaires montra que 87% des femmes eurent des conséquences émotionnelles à long terme, et 20 % des femmes firent appel à un conseiller.

40. La Commission fut surprise par l'affirmation du Dr. Rogers selon lequel en 20 années durant lesquelles il réalisa plus de 100 000 avortements, il n'avait jamais vu une femme qui ait souffert de contre-effets.

41. Ce dernier reconnut, cependant, qu'il a peu de suivi des patientes de sa clinique, et que cela étant, il semblait peu probable que lui ou le personnel de la clinique puisse détecter d'autres effets adverses que ceux qui sont immédiats. Le Dr. Rogers remarqua qu'on s'attend à ce que les femmes informent leurs propres médecins de leurs avortements. De fait, la loi fixe comme condition à l'avortement dans une clinique de jour que le médecin généraliste des femmes soit informé. Cependant, afin de respecter la confidentialité de ses patientes, la clinique du Dr. Rogers n'a pas de liens formels avec les médecins généralistes des femmes. Par conséquent, il n'est pas possible de s'assurer que les femmes contactent leurs généralistes avant ou après l'avortement.

42. Un certain nombre de témoins, parmi lesquels le Dr. Blacker et ceux représentant CCFL et BVA (British Victims of Abortion), affirmèrent qu'il était très improbable qu'une femme ayant fait l'expérience de conséquences psychologiques adverses à la suite d'un avortement retourne dans la clinique où celui-ci a eu lieu ni vers le médecin qui l'y avait envoyée. En fait, le Dr. Brewer et le Dr. Rogers reconnurent aussi là une remarque de bon sens. Dans l'étude du RCGP/RCOG, il y eut un plus fort taux d'abandon parmi les femmes ayant vécu l'avortement (66% d'abandon) que parmi les femmes ne l'ayant pas vécu (58%)³². Cette différence fut attribuée au fait que le groupe des femmes ayant eu un avortement aurait été plus mobile. Le Dr. Frank reconnut qu'il ne serait pas étonnant que les femmes ayant vécu une mauvaise expérience psychologique de leur avortement aient changé de médecins afin d'éviter de retourner chez ceux qui les avaient aiguillées vers l'avortement. De plus, nous remarquons que la clinique du Dr. Rogers, tout comme les autres cliniques d'avortements "Marie Stopes", facture à £ 25 (environ 230 FF) les séances de conseil post-avortement, à partir de la deuxième. Il est possible, également, qu'une femme se rende chez son généraliste pour tout une variété de petites maladies ou pour une dépression qui peuvent avoir été produites par l'avortement, mais sans qu'elle réalise le lien existant avec son avortement³³.

43. Le Dr. Blacker rapporta les résultats de sa récente étude ainsi que ceux de l'étude prospective du Dr. Zolese, suggérant que la plupart des femmes restent éloignées des services médicaux après l'avortement (voir 18). Par conséquent les quelques 17 000 nouveaux cas de désordres psychiatriques auxquels on peut s'attendre chaque année (selon l'estimation basse de 10% donnée par le Dr. Brewer) doivent soit se résoudre spontanément ou avec l'aide de conseillers indépendants, soit être soufferts en silence par les femmes. Dans son témoignage, Ms Jane Airey, de BVA, rapporta que les femmes suivies par cette organisation souffrent en fait en silence, parce qu'aucune n'a reconnu qu'elle souffrait en raison d'un avortement antérieur. Elle rapporta qu'il existe un schéma symptomatique classique qui est reconnaissable chez beaucoup de femmes qui souffrent à la suite d'un avortement.

44. Il est possible que les femmes soient plus enclines à rechercher l'aide d'une organisation indépendante de conseil et d'aide telle que LIFE, BVA ou CCFL qui ne soit pas associée à la profession médicale. LIFE a reçu plusieurs milliers de demandes d'aide en 1992 - y compris dans des situations où la grossesse était le résultat du viol, de l'inceste ou de l'abus paternel ; où l'enfant risquait d'être handicapé et où la femme enceinte était une jeune fille de moins de 16 ans. Il apparut clairement dans le témoignage de Ms Thompson que le CCFL rencontre un nombre croissant de clientes dans cette situation. Bien que le nombre de personnes que le CCFL et que BVA rencontrent dans une année pour un conseil post-avortement soit faible en comparaison du nombre prévisible de cas, il ne fait qu'augmenter³⁴.

45. Par contraste avec l'expérience du Dr. Rogers, au début du mois de mars 1976, un symposium s'est tenu à l'Hôpital Westminster

NOTES

- of the House of Commons on Abortion
- 36 Dr Blacker, Ms Joanna Thompson, Ms Margaret Cuthill
- 37 FRANK, P.I., McNAMEE, R., HANNAFORD, P.C., KAY, C.R., HIRSCH, S. 1993 The effect of induced abortion on subsequent fertility *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **100** 575-580 (RCGP and RCOG joint study).
- 38 Auto-mutilation à la suite d'une demande d'avortement, *Pulse*, nov. 1990.
- 39 SPECKHARD, Ann. C. and RUE, Vincent M. 1992 Postabortion syndrome : An emerging public health concern. *Journal of Social Issues* **48** (3) 95-119.
- 40 Témoignage oral d'Alex, l'une des femmes qui donna son témoignage à la Commission et qui avait vécu un avortement treize années auparavant (voir annexe 6)
- 41 BISHOP, S., 1992 A study of post-abortion syndrome in the light of recent research to consider how social work might better respond to this area of need *Dissertation submitted for masters degree in social work*.
- 42 Témoignage oral du Dr Oates
- 43 Santé mentale après l'avortement *Médical Monitor, Clinical reviews* (12/6/92)
- 44 Témoignage oral des Dr Brewer et Dr Oates
- 45 Témoignage oral de plusieurs des femmes qui ont vécu l'avortement et ont témoigné devant la Commission (voir annexe 6)
- 46 Témoignage oral des Dr Brewer et Dr Oates
- 47 Témoignage écrit du Dr Blacker, également ZOLESE, G and BLACKER, C V R. 1992 The Psychological Complications of Therapeutic Abortion. *British Journal of psychiatry* **160** 742-749.
- 48 Le soutien des femmes ayant eu un avortement pour de telles raisons est essentiel. L'organisation Support After Termination for Foetal Abnormality (SATFA) existe, qui essaie d'apporter son aide à ces femmes.
- 49 Témoignage oral du Dr Casey, Dr Blacker et Ms Thompson
- 50 voir la note 47
- 51 FRANK, P.I., KAY, C.R., SCOTT, M., HANNAFORD, P.D., HARAN, D. 1987 Pregnancy following induced abortion : maternal morbidity, congenital abnormalities and neonatal death *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **94** 836-842 (RCGP and RCOG joint study).
- 52 Par exemple, 163 360 des 179 522 avortements réalisés en 1991 furent fait sur la base d'un risque pour la santé de la mère. *Office of Population Census and Surveys, Medical series AB No. 18, Table 27*
- 53 Voir annexe 7 pour la liste de contrôle à l'usage des conseillers du Tower Hamlets Pregnancy Counselling and Abortion Service.
- 54 P.e. résumé des témoignages oral et écrit d'Alice.

pour enquêter sur 1 000 tentatives de suicide enregistrées dans l'aire de rattachement de l'hôpital pendant 12 mois, essentiellement parmi des jeunes gens³⁵. Les chercheurs rapportèrent que le seul facteur commun qu'ils trouvèrent fut qu'«il y avait sept fois plus de femmes qui avaient eu un avortement parmi celles qui tentèrent de se suicider que parmi le groupe témoin», et le rapport s'élevait à 9 comparé à la population générale. Dans cette étude, aucune des femmes qui tenta de se suicider n'était enceinte. Bien que ces chiffres soient faibles, la Commission chercha à en savoir plus et apprit du Dr. Kumar, représentant du Collège Royal des Psychiatres, qu'il n'était pas routinier - et qu'il était même rare, en fait - qu'une personne traitée pour une tentative de suicide soit questionnée sur l'existence éventuelle d'un avortement antérieur. De plus, aucune autre enquête sur un tel lien n'a été conduite par la profession des psychiatres.

46. Les séquelles psychiatriques à long-terme semblent avoir été moins bien comprises que celles à court-terme, en raison, la plupart du temps, du très fort taux d'abandon dans les études au delà de quelques mois. Partant de là, toute estimation de la fréquence des séquelles doit être faite sur le témoignage des quelques femmes qui restent dans l'étude. Malheureusement, celles-ci constituent un échantillon non représentatif, qui s'est auto-sélectionné. Il y a des chances pour que celles qui ont fait l'expérience d'effets adverses aient quitté l'étude, puisque quand cela arrive, elle souhaite probablement éviter tout ce qui risquerait de leur rappeler leur avortement. En conséquence, le taux de complication peut être sous-estimé. Qui plus est, la Commission entendit plusieurs témoins³⁶ rapporter que les femmes peuvent utiliser le déni (par exemple, se nier à elle-même qu'elle ont vécu des effets négatifs) comme moyen de réaction aux sentiments adverses. Que ceci soit considéré comme un «bon» ou «mauvais» mécanisme d'adaptation, il est certain qu'il disposera la femme à éviter tout rappel de l'événement que sont les questionnaires de suivi, les entretiens, etc.

47. De ce fait, dans la plupart des cas, les preuves de séquelles à long-terme apparaissent anecdotiques et n'offrent que peu d'indication sur leurs fréquences. Le témoignage donné par BVA montre que les femmes peuvent ne rien ressentir avant plusieurs années. A titre d'exemple, on a cité le cas d'une cliente adressée à BVA par «The Samaritains» : elle avait eu un avortement 35 ans plus tôt. Ms. Thompson du CCFL rapporta que son organisation avait conseillé des femmes qui avaient eu leurs avortements jusqu'à sept années plus tôt. Quelques unes des femmes qui correspondirent avec la Commission ont vécu des contre-effets plus de 12 années après leur avortement. Seule l'étude du RCGP/RCOPG a tenté de faire un suivi à long-terme après l'avortement. Dans cette étude, les femmes furent suivies pendant 11 ans, au terme desquels plus de 60 % d'entre elles avaient été perdues de vue³⁷.

48. Bien que la fréquence des contre-effets psychologiques puisse être méconnue, la Commission reçut la preuve que de tels effets se produisent. Un témoin, le Dr. McAll, témoigna de sa propre expérience dans son service de soins psychiatriques privé. Beaucoup de ses patientes qui ont eu un avortement souffrent de désordres physiques et psychologiques apparemment sans relation avec cet acte, tels que l'arthrite, les problèmes gastro-intestinaux, l'alcoolisme, l'anorexie nerveuse, la boulimie, etc. Jusqu'à 74 % de ces cas se résolvent lorsque le traitement vise à guérir directement le traumatisme émotionnel causé par l'avortement (voir 44).

49. Nous avons noté qu'une étude du RCOG/RCGP sur l'avortement et l'auto-mutilation n'avait pas encore été totalement

publiée, bien qu'un pré-rapport montre que le risque de troubles non-psychotiques augmentait de 10 % chez les femmes ayant eu un avortement par rapport aux autres groupes de femmes. Le pré-rapport suggérait que les médecins généralistes avertissent les patientes qui envisagent un avortement que cet acte est associé à des événements non-psychotiques tels que l'anxiété et [neurosis]³⁸.

50. La Commission reçut des témoignages indiquant qu'il existe un certain nombre de facteurs prédisposant une femme à souffrir psychologiquement et émotionnellement après un avortement. Parmi ceux-ci, on trouve :

- l'âge de la femme - les plus jeunes femmes ont plus de risques de souffrir³⁹⁻⁴⁰
- l'existence d'une grossesse antérieure⁴¹
- des antécédents de dépression ou de maladie mentale (voir 51)⁴²⁻⁴³
- l'ambivalence vis-à-vis de l'avortement⁴⁴⁻⁴⁵
- le fait que l'avortement soit réalisé en raison d'un handicap foetal ou pour des raisons génétiques⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁴⁸
- la désapprobation socio-culturelle et/ou un arrière-plan religieux⁴⁹⁻⁵⁰

51. Les résultats de l'étude du RCGP/RCOG ne permirent pas de mettre en évidence qu'un passé de dépression ou de maladie mentale accroisse le risque de contre-effets psychologiques et émotionnelles de l'avortement⁵¹. Cependant, ceci fut contredit par le témoignage donné devant la Commission par le Collège Royal des Psychiatres, qui rapporta clairement que l'expérience avait montré que les désordres psychiatriques antérieurs prédisposent les individus à des problèmes similaires après l'avortement. Ceci pourrait indiquer que l'étude du RCGP/RCOG n'était pas vraiment représentative de la majorité des femmes qui recourent à l'avortement (voir 29).

52. La Commission entendit témoigner que des recherches supplémentaires sur les facteurs de prédisposition étaient nécessaires s'il fallait que les femmes soient correctement informées des conséquences potentielles de l'avortement. La Commission invite vivement le Département de la Santé à financer des études indépendantes dans ce domaine vital, ainsi que des études sur les conséquences de l'avortement sur les femmes qui se rendent dans des cliniques privées sans y être envoyées par leur médecin généraliste, étant donné que ce groupe important de femmes (30% de tous les avortements britanniques) a été négligé dans les études antérieures.

LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA GROSSESSE

53. Quelques témoins suggèrent à la Commission de s'intéresser aux conséquences psychologiques adverses des grossesses menées à leur terme. Par exemple, le Dr. Brewer se référa à sa propre étude (voir 30) qui montrait que l'avortement produisait moins de risques d'effets psychologiques que n'en produisait la poursuite de la grossesse ; le Dr. Rogers affirma qu'à sa connaissance, peu de femmes, sinon aucune, n'avaient souffert d'effets psychologiques ou émotionnels sérieux ; et le Dr. Oates, dans son témoignage, affirma qu'elle considérait l'accouchement comme le plus grand risque pour la santé mentale d'une femme et que les problèmes psychologiques résultant de l'avortement étaient peu nombreux en comparaison.

54. Néanmoins, le Dr. Oates fournit peu de preuves pour accréditer ses dires. Quant à l'étude du Dr. Brewer, elle était biaisée de plusieurs manières rendant les résultats moins fiables qu'il pourrait sembler à premier abord (voir 31). Une étude danoise menée au même moment, et qui peut être considérée plus fiable (voir 31), montrait l'effet inverse : des psychoses plus nombreuses après l'avortement qu'après l'accouchement (voir 30).

55. Le Dr. Rogers rapporta à la Commission qu'il y avait peu de suivi des femmes avortées à sa clinique (voir 41). Il n'est pas surprenant, par conséquent, qu'il ne rencontrât que peu de femmes ayant connu des effets psychologiques adverses étant donné qu'il y a peu de chances qu'ils apparaissent immédiatement après l'avortement.

56. Le Dr. Oates reconnut qu'il n'y avait pas eu de recherche adéquate sur les séquelles à long terme de l'avortement provoqué en raison des difficultés méthodologiques majeures dans le suivi des femmes ayant vécu l'avortement. Ces difficultés de suivi à long terme furent mentionnées à plusieurs reprises par différents témoins (voir 18, 21, 35 et 46).

57. Par conséquent, il existe des doutes considérables sur la validité de toutes les affirmations, basées sur des preuves si limitées et biaisées, selon lesquelles la grossesse produirait plus de détresses psychologiques que l'avortement. Etant donné que les études à long-terme ont échoué dans le suivi des femmes après l'avortement (voir ci-dessus), il n'est pas possible de savoir si les schémas de développement des problèmes psychologiques après l'accouchement et l'avortement sont les mêmes. Les extrapolations tirées d'études à court-terme pourraient se révéler non fiables. Un certain nombre d'hypothèses alternatives peuvent être proposées. Elles ont le mérite d'être compatibles avec le peu de preuves existantes.

58. Par exemple, il est possible que, à la suite de l'accouchement, la majeure partie des problèmes psychologiques survienne dans un court laps de temps après l'évènement puis s'éteignent rapidement, tandis que pour l'avortement il pourrait y avoir moins de problèmes dans le court-terme mais plus dans le long-terme. Etant donné que les problèmes psychologiques faisant suite à l'accouchement sont mieux admis socialement que les problèmes post-abortifs, le mécanisme de déni décrit plus haut (voir 46) pourrait produire une réponse décalée dans le second cas. Les récits envoyés par les femmes révèlent qu'un certain nombre d'entre elles ne font la connexion entre leurs sentiments de dépression et leur avortement qu'après plusieurs années. Le Dr. Mc All rapporta des cas où les contre-effets ne furent reliés à un avortement antérieur que bien des années plus tard.

59. Il est possible également que les problèmes psychologiques survenant après l'accouchement soient plus aigus, et soient par conséquent mieux perçus par le personnel médical. Il est possible qu'à la suite de l'avortement, il y ait moins de problèmes aigus mais un plus grand nombre de problèmes chroniques modifiant significativement le caractère et le comportement individuel des femmes sans nécessairement attirer l'attention d'un médecin et sans recevoir, par conséquent, une attention et un traitement adéquats. Les récits de quelques femmes et beaucoup de lettres reçues par la Commission indiquent que cette hypothèse reflète l'expérience d'au moins quelques unes d'entre elles.

60. En tout état de cause, toute conclusion tirée de preuves si

ténues doit être considérée comme une théorie non-prouvée. Il existe de toute évidence plus d'une manière d'interpréter l'information disponible et il n'existe aucune preuve pour dire que les conséquences de l'accouchement sont plus fréquentes que celles de l'avortement - même si elles peuvent apparaître plus rapidement et sembler plus aigües, ce qui est déjà en soit sujet à controverse.

61. Etant donné le manque de preuves concrètes qu'une grossesse menée à terme pose un plus grand risque pour la santé mentale de la femme qu'un avortement (voir ci-dessus), la Commission fut très interpellée par les témoignages donnés par les Dr. Oates et Kumar, représentant le Collège Royal des Psychiatres. Ils estimèrent, en tant qu'experts en psychiatrie, que bien que la plupart des avortements soient réalisés sous le motif de danger pour la santé de la mère⁵², il n'existe en fait aucune justification psychiatrique de l'avortement.

62. La Commission attire l'attention afin que dans l'avenir toute comparaison des contre-effets psychologiques après l'accouchement et après la grossesse porte sur des événements réellement comparables. La grossesse, et l'accouchement qui s'ensuit, désirés ou non, sont le résultat naturel d'une relation sexuelle sans protection tandis que l'avortement est une intervention chirurgicale ou médicale visant à mettre prématurément un terme à un processus qui conduirait naturellement à la naissance d'un bébé. L'avortement et la grossesse sont donc clairement différents - même si tous deux ont un lien avec la conception et le développement d'un fœtus dans l'utérus.

LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ

63. Toute bonne pratique médicale requiert nécessairement avant de l'entreprendre une information adéquate du patient sur les conséquences potentielles du traitement médical, de manière à lui permettre de prendre une décision éclairée. L'importance du conseil pré-avortement a été soulignée dans le rapport de la Commission Lane et dans la circulaire HC(77)26 du Département de la Santé, qui précise que les femmes «doivent être informées de la nature de l'opération et de la probabilité d'un rétablissement total ou des risques de séquelles s'ils existent». En réponse à une question écrite, le Département de la Santé précisa que l'information qui doit être donnée avant tout traitement médical devrait être suffisante pour qu'un jugement équilibré puisse être fait. Cependant, le Département ne considère pas qu'il soit nécessaire de préciser une quelconque information obligatoire mais se contente d'en laisser la définition à la discrétion du médecin. L'information concernant les solutions alternatives n'est pas obligatoire, bien que le Guide du Département de la Santé concernant le conseil suggère qu'elle soit donnée au moment de l'entretien, qui est facultatif.

NOTES

55 Témoignage aoral du Dr Frank

56 P.e. résumé des témoignages oraux et écrits de Beth et Lucy (annexe 6)

57 P.e. résumé des témoignages oraux et écrits de Beth, Alice et Susan (annexe 6) et témoignage de BVA et CCFL

58 GOLDBERG, J.R. The Medical debate : abortion - regret or relief? *Oregon's Magazine on Women and Health*; NEY, Philip G. 1983 A Consideration of Abortion Survivors *Child Psychiatry and Human Development*, 13 (3) 168-77.

64. Le Pr. Savage a décrit l'information donnée avant l'avortement aux femmes qui se rendent à sa clinique. Cette information comprend les taux de saignements, d'infection, de blessure à l'utérus et la fréquence des cas suffisamment sérieux pour nécessiter une réparation chirurgicale. De plus, elles sont informées qu'elles risquent de ressentir des «sentiments mitigés» à court ou à long terme⁵³.

65. Nous n'avons pas été en mesure d'établir la quantité d'informations réellement dispensées aux femmes avant l'avortement à la clinique du Dr. Rogers. Le Dr. Rogers affirma à la Commission qu'il était certain de pouvoir déterminer, avec l'expérience, le moment où une femme est prête pour l'avortement et où elle en comprend les conséquences, et qu'il pouvait reconnaître le moment où elle a pris la bonne décision. Néanmoins, le Dr. Rogers ne s'occupe directement que de 15 % des patientes de sa clinique. Par conséquent, il doit faire confiance aux autres médecins de sa clinique en espérant qu'ils soient aussi sensibles que lui au degré de préparation et d'information des patientes.

66. Il apparut clairement dans les témoignages donnés par LIFE, BVA et CCFL, et dans les récits individuels des femmes qu'au moins pour certaines d'entre elles l'information donnée est inadéquate pour permettre une décision éclairée et, qu'à cause de cela, elles manifestent ensuite des regrets d'avoir pris ce qu'elles considèrent à posteriori comme une mauvaise décision. En fait, les récits laissent penser que beaucoup d'entre elles ne reçurent pas de conseils à la hauteur de ce qui est suggéré dans les guides du Département de la Santé.

67. En particulier, il semble que l'information concernant le stade de développement foetal est manquante, tout comme la description de la méthode d'avortement qui va être utilisée. Les représentants de BVA expliquèrent à la Commission que c'est souvent seulement lors d'une seconde grossesse qu'une femme reçoit, incidemment, l'information, ce qui lui fait réaliser quel était le stade de développement du fœtus avorté au moment où été mis un terme à la précédente grossesse. Ceci était manifestement le cas pour une des femmes qui donna un témoignage oral devant la Commission (voir annexe 6)⁵⁴.

68. Afin de s'assurer que les femmes reçoivent suffisamment d'informations avant l'avortement, la Commission invite le Département de la Santé à exiger des centres d'avortement qu'ils donnent l'information essentielle concernant les risques de séquelles physiques et psychiques et les stades de développement foetaux.

69. La plupart des pays d'Europe reconnaissent la nécessité d'une période de réflexion entre la demande d'avortement et l'avortement proprement dit. Pendant ce temps, un entretien peut être accordé, qui doit inclure l'information sur les alternatives et les services disponibles pour les femmes qui gardent leur enfant. De plus, un examen aux ultra-sons permettant de confirmer la grossesse et l'âge du fœtus peut être offert, incluant la possibilité pour la femme de voir l'échographie. Ms Thompson, de CCFL, affirma qu'une période d'attente serait bénéfique car elle soulagerait la pression qui pousse à une décision rapide et permettrait à la femme d'étudier plus en profondeur les informations qui lui sont données et d'en considérer les conséquences. Un certain nombre de femmes qui témoignèrent oralement de leur avortement rapportèrent également qu'elles étaient trop pressées par le temps et prenaient une décision hative.

70. Le Dr. Brewer confirma que, dans l'absolu, il pourrait être sage d'instituer une telle période de réflexion mais s'inquiéta pour les femmes qui découvrent tardivement leur grossesse. Toutefois, le Dr. Brewer indiqua lui-même qu'à sa propre expérience, les femmes qui avortent tardivement, notamment après avoir ressenti les mouvements du fœtus, présentaient de plus grands risques de connaître une détresse et une ambivalence psychique. Il est donc d'autant plus nécessaire dans ces cas là d'allouer le temps nécessaire à la décision.

71. A la question de savoir si une telle période de réflexion devrait être prise en considération au Royaume-Uni, le Département de la Santé répondit qu'à aucun moment, durant les débats parlementaires sur la réforme de la loi sur l'avortement, une telle proposition n'avait été considérée.

72. Etant donné le caractère irréversible de l'avortement et le risque d'en avoir des séquelles permanentes, la Commission pense qu'une période de réflexion d'au moins une semaine avant l'avortement est essentielle. Elle recommande que cette période soit rendue obligatoire, et que soit également instituée l'obligation de donner conseil aux femmes sur les alternatives et les services disponibles si elles poursuivent leur grossesse, tels que les bénéfices de la sécurité sociale, les maisons d'accueil, les organismes d'adoption, etc.

L'ENTRETIEN (OU CONSEIL)

73. Le Département de la Santé a établi qu'un entretien doit être offert, et a élaboré des guides pour ces entretiens (Circulaire HC(77)26). Cependant, il n'existe aucune obligation légale concernant ce point.

74. Le Dr. Rogers et le Pr. Savage indiquèrent tous deux qu'un entretien est offert avant un avortement. Le service Tomer Hamlets du Pr. Savage dispose d'un «Formulaire de conseil» dont un exemplaire a été remis à la Commission (voir annexe 7). Cependant, le témoignage donné par le Dr. Rogers ne fait pas ressortir clairement que toutes les femmes qui viennent à sa clinique aient bénéficié d'un entretien avant l'avortement, étant donné que celles qui prétendent avoir reçu conseil ailleurs n'en reçoivent pas une fois sur place.

75. Dans son témoignage, le Dr. Oates affirma qu'un examen psychiatrique avant l'avortement ainsi qu'un suivi et une aide psychologique ultérieurs étaient clairement indiqués dans les circonstances suivantes :

- avortements de second trimestre ;
- femmes ayant connu ou présentant actuellement des désordres psychologiques ;
- femmes qui se sentent poussées à avorter ou ayant des sentiments mitigés à propos de leur décision d'avorter.

La Commission ne fut pas en mesure de vérifier si le suivi est fait réellement, ni quelle en est la fréquence.

76. Des éléments de l'étude du RCGP/RCOG suggèrent que les femmes qui demandent l'avortement sont souvent émotionnellement instables⁵⁵. La Commission pense que c'est une raison de plus pour qu'un entretien soit offert à ces femmes avant un avortement, mais aussi après.

77. Le Dr. Blacker affirma qu'à son avis, il était évident qu'un meilleur conseil avant l'avortement rendait l'avortement moins traumatisant. Pourtant, une enquête par téléphone dans 14 cliniques d'avortements qu'il a dirigées, a montré que seulement 3 d'entre elles proposaient un entretien préalable à l'avortement.

78. Dans les récits des femmes ayant vécu l'avortement il apparut clairement qu'au moins certaines d'entre elles ne reçurent aucun conseil avant l'avortement et eurent par la suite du ressentiment de ne pas avoir été correctement préparées aux conséquences potentielles. Il apparaît que l'information concernant l'aide disponible après l'avortement est très peu diffusée. Les femmes en apprennent l'existence incidemment ou en parlant avec d'autres femmes⁵⁶.

79. Le Dr. Rogers indiqua que le conseil post-avortement est proposé dans sa clinique mais que cette offre est rarement saisie par les femmes. Cependant, il indiqua aussi que les femmes quittent sa clinique rapidement après l'avortement, souvent dans les 3 heures ou après 2 jours au maximum. A ce moment, elles se trouvent probablement dans la période durant laquelle la plupart des femmes ressentent un soulagement immédiat (voir 34). La Commission reçut d'autres preuves que les femmes qui font la liaison entre leurs problèmes émotionnels et leur avortement sont peu enclines, si elles ressentent le besoin d'être aidées, à retourner à la clinique où elles ont eu leur avortement. Par conséquent, il est peu surprenant que le Dr. Rogers voie peu de femmes revenir à sa clinique pour un conseil post-avortement. Un certain nombre de femmes ayant témoigné oralement devant la Commission décrivent le personnel de la clinique où elles eurent leur avortement comme particulièrement inadéquat une fois l'avortement terminé.

80. Le Pr. Savage attribua le faible taux de suivi dans sa région au faible niveau de revenu, aux mauvaises conditions matérielles et aux difficultés de déplacement et par conséquent à une répugnance à retourner aux visites de suivi, en particulier si la femme ne ressent aucun effet adverse. Le Pr. Savage avait été invité par la Commission à s'exprimer sur les conséquences physiques de l'avortement sur les femmes et par conséquent son commentaire sur les taux de suivi ne mentionne pas spécifiquement les conséquences psychologiques adverses. Cependant, pour certaines femmes, la répugnance à retourner à la clinique, quelqu'en soit l'objet, pourrait être le résultat de contre-effets émotionnels.

81. Dans le sens de cette interprétation du manque d'appel aux services d'aide post-avortement des cliniques, la Commission reçut des informations d'organisations telles que LIFE, BVA et CCFL selon lesquelles ces organismes reçoivent un nombre croissant de femmes qui nécessitent un tel service(voir 44).

82. Il apparut également clairement, à partir des témoignages des femmes ayant eu un avortement, que beaucoup d'entre elles trouvèrent que le conseil post-avortement n'était pas correctement disponible et se sentirent abandonnées dans de nombreux cas.

83. La Commission souhaite que la question du conseil et de l'aide avant et après l'avortement soit reconsidérée rapidement afin de limiter la détresse des femmes qui ont vécu l'avortement sans possibilité adéquate de résoudre les troubles émotionnels qu'elles connaissent souvent.

CONCLUSIONS

84. La Commission, à la suite des auditions, conclut qu'il se produit après l'avortement des effets négatifs. En particulier, l'infection des trompes qui peut en résulter, et qui est l'une des principales causes d'infertilité. Statistiquement parlant, la fréquence avec laquelle l'infertilité est due à un avortement antérieur n'est pas précisément connue. Cependant, il serait prudent, en la matière, de dépister et de donner avant l'avortement un traitement prophylactique de toutes les infections pelviennes et en particulier celles à chlamydia, qui sont particulièrement difficiles à diagnostiquer, afin de réduire le risque d'inflammations pelviennes post-abortives et leur infertilité associée. De plus, ceci réduirait le coût unitaire des avortements en réduisant la nécessité d'une hospitalisation et du traitement des inflammations pelviennes post-abortives, ainsi que de tous les effets à long-terme tels que les grossesses extra-utérines ou l'infertilité.

85. Les effets psychologiques peuvent avoir des conséquences à court-terme ou à long-terme. Les effets aigus à court terme nécessitant une hospitalisation sont peu fréquents mais, étant donné le grand nombre d'avortements réalisés annuellement, ils produisent un nombre significatif de nouveaux cas chaque année. Les effets moins aigus sont sous-estimés en raison du taux très élevé d'abandon dans les études visant à déterminer les effets de l'avortement sur des périodes de plus de quelques mois après l'évènement.

86. Le soulagement apparaît comme l'émotion dominante immédiatement après l'avortement. Cependant, la Commission reçut la preuve que des sentiments de regrets peuvent survenir ultérieurement, par exemple à la date à laquelle l'enfant aurait dû naître ou lors d'évènements ultérieurs tels qu'une nouvelle grossesse, la naissance d'un enfant chez un autre membre de la famille ou chez une amie ou même à la ménopause⁵⁷. Une estimation correcte du taux d'effets psychologiques à long-terme est difficile à établir étant donné le fort taux d'abandon constaté dans les études. De plus, des effets psychologiques ont été rapportés des années après l'avortement alors qu'aucune étude n'a tenté de suivre les femmes si longtemps après l'avortement. Néanmoins, les témoignages individuels de femmes qui eurent recours à l'avortement démontrèrent que de tels effets se produisent au moins pour certaines d'entre elles et qu'ils peuvent avoir une incidence négative significative sur leurs vies et sur leurs relations. A moins que ce fait soit mieux reconnu par la société, de telles femmes risquent de ne jamais recevoir le traitement que leur cas nécessite.

87. La Commission apprit qu'on pense que certains facteurs accroissent les risques qu'une femme ressent des effets psychologiques négatifs à la suite d'un avortement. Ces facteurs sont notamment : son âge, le nombre de grossesses préalables, l'ambivalence au regard de l'avortement, l'existence d'un handicap foetal ou un passé dépressif ou de troubles mentaux. Ces femmes «à-risque» devraient en être prévenues avant l'avortement afin qu'elles puissent prendre leur décision en connaissance de cause. La Commission reçut la preuve qu'une telle information n'est pas donnée à toutes les femmes concernées, ce qui pourrait s'expliquer en partie par le fait que tous les médecins généralistes ne sont pas au courant de ces facteurs de prédisposition.

88. La grossesse elle-même peut produire des contre-effets physiques et psychologiques. Il existe des éléments contradictoires sur la question de savoir lequel de l'avortement ou de l'accou-

chement produit le plus de séquelles psychiatriques bien que les résultats de l'étude danoise (voir 30) indique que l'hospitalisation est plus fréquente après l'avortement qu'après l'accouchement. Cependant, les éléments reçus par la Commission indiquent que la valeur de la comparaison des effets de l'accouchement et de l'avortement est discutable en elle-même. La comparaison porte sur des évènements de nature différente et les preuves sont insuffisantes pour conclure que les schémas de développement des symptômes soient similaires.

89. La Commission entendit des témoins représentant le Collège Royal de Psychiatrie affirmer que bien que la majorité des avortements soient réalisés sous le motif du risque pour la santé mentale de la mère, il n'existe aucune justification psychiatrique de l'avortement. Par conséquent, la Commission estime que réaliser des avortements sous ce motif n'est pas seulement discutable en terme de respect de la loi, mais soumet également la femme à un risque de souffrir de troubles psychiatriques après l'avortement sans pour autant soulager aucun des problèmes psychiatriques qui pourraient pré-exister.

90. Le problème de l'avortement est souvent présenté comme celui d'un libre choix de la femme, même si les termes législatifs le définissent comme une décision médicale nécessitant l'application de certains critères par le médecin. La philosophie du libre choix est, pourtant, biaisée lorsque toutes les options vont dans le sens de l'avortement. Les femmes qui regrettent maintenant leur avortement auraient pu choisir une autre option si les alternatives, et les moyens nécessaires pour prendre ces alternatives, leur avaient été offerts. La Commission reçut la preuve, de plusieurs témoins et des récits individuels des femmes, que bien loin d'être un choix entre plusieurs alternatives, la décision d'avorter est souvent apparue comme le seul «choix» disponible. Une telle décision ne représente pas un choix libre.

91. Des témoignages reçus, la Commission conclut que la quantité d'informations données aux femmes avant l'avortement variait énormément. Un conseil pré-avortement est offert dans quelques cliniques mais absolument pas dans toutes. Etant donné qu'aucune information n'est obligatoire, celle sur les alternatives n'est souvent pas donnée ou est donnée superficiellement. La Commission fut interpellée en découvrant dans les témoignages des femmes que beaucoup d'entre-elles ne reçurent même pas un conseil à la hauteur de ce qui est suggéré par le Département de la Santé. Par conséquent, il arrive que cet acte irréversible soit choisi sans les connaissances suffisantes pour établir un jugement éclairé, avec un conseil minimum voire sans conseil et sans un délai suffisant pour considérer véritablement toutes les alternatives. La Commission pense que ce risque est particulièrement élevé avec la plus grande disponibilité de l'avortement médical par utilisation de la pilule abortive RU 486.

92. Les organisations indépendantes qui proposent une aide pour les grossesses difficiles ou après l'avortement font face à une demande croissante en provenance de femmes qui subissent des contre-effets émotionnels négatifs à cause d'un avortement qui s'est produit des années auparavant. Il est possible que les femmes se sentent moins en danger avec de telles organisations - en particulier parce que les conseillères elles-mêmes peuvent avoir vécu de telles difficultés dans le passé. Au moins quelques-unes des femmes qui ont subi des séquelles négatives apparaissent récalcitrantes à l'idée de retourner vers qui que ce soit du monde médical pour demander de l'aide.

93. Il existe quelques données publiées⁵⁸, et la Commission entendit le témoignage de deux experts, les Dr. McAill et Mrs Scarisbrick (représentant LIFE) indiquant que d'autres personnes, par exemple le père, les parents de la femme, les autres enfants, le personnel médical, etc, peuvent aussi souffrir de l'avortement. Néanmoins, la Commission se limita elle-même aux séquelles ressenties directement par les femmes qui ont eu recours à l'avortement.

RECOMMANDATIONS

94. En 1976, conformément aux recommandations du Comité Restreint sur l'avortement, le Département de la Santé introduisit un certain nombre de règles et fit un certain nombre de changements dans les procédures, sans modifier la loi. C'est dans cet esprit que la Commission fait les recommandations suivantes.

95. La Commission recommande que le Département de la Santé fasse du dépistage des infections vaginales, y compris les infections à chlamidia, et de l'administration d'un traitement prophylactique antibiotique avant avortement, un élément de la procédure de base, de manière à réduire les risques de maladies inflammatoires post-abortives pelviennes à chlamidia et les risques d'infertilités consécutives.

96. La Commission recommande au Département de la Santé de financer des études prospectives, en veillant sérieusement à réduire le taux d'abandon en cours d'étude et en s'assurant qu'elles incluent les femmes qui ont eu leur avortement dans une clinique privée sans en référer à leur médecin généraliste. La Commission fait sienne l'une des suggestions d'un des experts, le Dr. Blacker, selon lequel, si les entretiens des suivis individuels dans les études étaient présentés comme parties intégrantes d'une offre de suivi thérapeutique plus large, le taux d'abandon devrait être plus faible. Etant donné la divergence d'opinions parmi la profession médicale, les conseillers et les autres personnes impliqués dans l'avortement, la Commission pense qu'il est essentiel que de nouvelles recherches de bonne qualité, faisant appel à des échantillons pleinement représentatifs, soient menées pour déterminer l'étendue des conséquences physiques et plus particulièrement psychiques de l'avortement.

97. Il est possible que les patientes qui échappent au suivi soient celles qui sont le plus en détresse. Par conséquent la Commission recommande que des efforts particuliers soient entrepris pour les garder en contact avec un personnel capable de leur offrir un traitement adéquat. Par exemple, les centres d'avortement (publics et privés) devraient être dans l'obligation de lancer un suivi indépendant et à long-terme pour leurs patientes les plus à risque psychologiquement.

98. A la lumière du témoignage des psychiatres représentant le Collège Royal des Psychiatres, selon lequel il n'y a aucune recommandation psychiatrique à l'avortement, la Commission recommande au Département de la Santé d'assurer le respect des dispositions de l'Abortion Act (1967) et de l'Human Fertilisation Act (1990), par des inspections régulières, ou par des contrôles ponctuels, en ce qui concerne les motifs invoqués pour les avortements, afin de savoir si le motif de risque pour la santé mentale de la mère (voir 61) est sérieux et peut être prouvé, ou s'il est invoqué en contradiction avec la législation et doit alors être remis en cause.

99. La Commission manifeste son désaccord avec la tendance à comparer les effets de la grossesse à ceux de l'avortement, étant donné qu'il s'agit d'évènements nettement différents. Les informations concernant la fréquence des séquelles psychologiques immédiates ou retardées après chacun de ces deux évènements sont limitées (voir 53-62) et par conséquent sont au mieux inappropriées et ont de fortes chances d'être fausses.

100. Bien qu'il ne soit pas souhaitable, dans l'absolu, de concevoir des enfants quand il n'y a pas de désir de les accepter et de les élever, il est important que des aides matérielles et financières soient offertes à la mère une fois qu'un enfant est conçu. En l'absence de telles aides, il peut sembler à beaucoup de femmes qu'elles n'ont pas réellement d'alternatives réalistes à l'avortement.

101. La Commission recommande qu'une information

- sur les risques de séquelles négatives,
- sur le stade de développement foetal,
- sur les alternatives

- et sur l'aide offerte à la fois par les services publics et les organismes privés tels que LIFE, BVA, CCFL, etc. soit donnée aux femmes envisageant l'avortement. La Commission recommande également que de nouvelles études soient entreprises pour élucider les facteurs de prédisposition aux séquelles psychologiques.

102. La Commission recommande au gouvernement de donner aux hôpitaux du service public les instructions nécessaires pour que les femmes bénéficient d'un délai de réflexion d'une semaine entre la première visite près d'un médecin, où l'avortement est envisagé, et la réalisation effective de l'avortement. Le gouvernement devrait également définir clairement la même règle pour les cliniques privées. Tout manquement à cette règle devrait conduire à la suspension de la licence d'avortement. Une information concernant les alternatives à l'avortement et les services à la disposition des femmes désirant garder leur enfant devrait être donnée. De telles mesures n'offrent pas seulement un délai nécessaire pour considérer toutes les conséquences et alternatives de l'acte proposé, mais soulage la pression de l'urgence poussant à une décision rapide. Les décisions prises sous l'urgence sont connues pour être regrettées ultérieurement lorsque l'urgence disparaît.

103. La Commission invite le Département de la Santé à enquêter sur la manière dont ses guides sont réellement appliqués et à s'assurer qu'ils sont même respectés, notamment parce que beaucoup de cliniques n'offrent aucun conseil pré-avortement.

104. En raison de la répugnance à retourner à la clinique où elles ont eu leur avortement dont semble faire preuve les femmes qui ont des problèmes, la Commission demande instamment que les cliniques soient tenues de donner l'information disponible concernant les services d'aide nationaux et locaux indépendants qui offrent un conseil post-avortement.

105. Les organisations indépendantes qui offrent un conseil post-avortement semblent attirer les femmes qui ne retourneraient pas vers un service médical. Par conséquent, la Commission recommande que de telles organisations soient encouragées et que des subventions officielles soient débloquées pour la formation des conseillers afin qu'ils puissent répondre à une demande croissante.

ANNEXE 1

Liste des membres

The Right Hon Lord Rawlinson of Ewell PC QC (Chairman)
Ms Helen Alford MEng
Mr David Alton MP
Mr David Amess MP
Dr Hartley Booth MP
Mrs Phyllis Bowman
The Baroness Cox
Mr Jonathan Evans MP
Ms Ann Farmer
Ms Catherine Francoise
Mr Lucke Gormally LicPhil
Mr Christopher Graffius
Ms Anna Gear LLB
Mr Ken Hargreaves
Dr Joseph Hendron MP FRCGP
The Right Hon The Lord Jakobovits
Mis Mary Langdon-Stokes FRCOG
Dr John McLean
The Hon Christopher Monckton DL
The Hon Mrs Christopher Monckton
Dr Philip R Norris MD FRCOG
Prof John Scarisbrick MA PhD FRFL
Prof Norman Stone MA
Prof Ronald Taylor FRCOG
Dr Margaret White JP MBChB DObst RCOG

Secretariat assuré par Mr Nigel Williams, Dr Stephanie Smith Bsc Phd
et Ms Philippa Taylor

ANNEXE 2

Témoins oraux

Ms Jane Airey
Mr Robert Balfour
Dr Russell Blacker
Dr Colin Brewer
Prof Patricia Casey
Ms Margaret Cuthill
Ms Elaine Davis
Dr Peter Frank
Mr Peter Garrett
Dr Michael Jarmulowicz
Mr John Kelly
Prof Kumar
Dr Kenneth McAll
Dr Margaret Oates
Mr Alan Rogers
Dr Wendy Savage
Mrs Nuala Scarisbrick
Mrs Joanna Thompson
Prof R Winston

Témoins ayant été invités à donner un témoignage oral et/ou écrit

Ms Jane Airey (British Victims of Abortion)
Mr Robert Balfour
Mr L S Barron
Dr Russell Blacker
Dr Colin Brewer (British Pregnancy Advisory Service)
Prof Patricia Casey
Ms Margaret Cuthill (BVA)
Ms Elaine Davis (Christians Caring For Life)
Dr Peter Frank (Royal College General Practitioners)
Mr Peter Garrett (LIFE)
Dr Josephine Green (Centre For Family Research)
Dr Michael Jarmulowicz
Mr John Kelly
Prof Kumar (Royal College of Psychiatrists)
Dr Kenneth McAll (Psychiatrist)
Dr Bernard Nathanson (USA)
Dr Philip Ney (USA)
Dr Margaret Oates (RCP)
Mr David Paintin
Mr Alan Rogers (Marie Stopes)
Dr Wendy Savage
Mrs Nuala Scarisbrick (LIFE)
Support After Termination For Abnormality
The Department of Health
The Royal College of General Practitioners
The Royal College of Midwives
The Royal College of Nurses
The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
The Samaritans
Ms Joanna Thompson (CGFL)
Prof R Winston
Women Hurt By Abortion

ANNEXE 3

Bibliographie transmise par les divers témoins

- BARRON, S.,L. 1986 Sexual Activity in girls under 16 years of age *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **93** 787-793.
- BISHOP, S., 1992 A study of post-abortion syndrome in the light of recent research to consider how social work might better respond to this area of need *Dissertation submitted for masters degree in social work*.
- BLACKWELL, Anona L., THOMAS, Philipp, WAREHAM, K and EMERY, S.J. 1993 Health Gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy *The Lancet*, **342** 206-209.
- BOYLE, Mary. 1993 The abortion debate : A neglected issue in psychology ? *The Psychologist : Bulletin of the British Psychological Society* **6** 106-9.
- BREWER, C. 1977 Incidence of post-abortion psychosis : a prospective study. *British Medical Journal* **1** 476-7.
- BREWER, c. 1978 Safer than Childbirth. *GP June* **23** p20.
- BROWN, Douglas, ELKINS, Thomas and LARSON, David B. Prolonged Grieving After Abortion : A descriptive study *Journal of Clinical Ethics*.
- BRUDENELL, Michael. 1980 Gynaecological sequelae of induced abortion *The Practitioner*, **224** 893-8.
- BUCHAN, H, VESSEY, H, GOLDACRE, M, FAIRWEATHER, J. 1993 Morbidity following pelvic inflammatory disease *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. **100** 558-562.
- CALDICOTT, F., 1993 Termination of Pregnancy *Statement of the Royal College of Psychiatrists*.
- CATES, W., ROLFS, R.T. & ARAL, S.O. 1990 Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease, and fertility : an epidemiologic update *Epidemiological Review* **12** 199-220
- COHN, M. & STEWART, M. 1989 Post-abortion chlamydia pelvic infection *The Lancet* **1219**.
- CRAFT, I., EVANS, D. & YOVICH, J. 1979 Consequences of induced abortion *The Lancet* **437**.
- DAVID, Henry, P., RASMUSSEN, Niels, Kr and HOLST, Erik. 1981 Postpartum and postabortion psychotic reactions *Family Planning Perspectives* **13** (2) 88-92.
- DAVID, Henry, P. 1985 Post-abortion and post partum psychiatric hospitalisation *Abortion : Medical progress and Social Implications Pitman, London (Ciba Foundation Symposium)* **115** 150-64.
- DUTHIES, S.J., HOBSON, D., TAIT, I.A., PRATT, B.C., LOWE, N., SEQUEIRA, P.J.L. & HARGREAVES, C. 1987 Morbidity after termination of pregnancy in first trimester *Genitourinary Medicine* **63** 182-7.
- FARMER Dr & O'BRIAN S., 1975 Evidence submitted to the Select committee of the House of Commons on Abortion
- FRANCIS, Christine. 1994 Sex education for teenagers in Holland *Nursing Standard* **8** (15).
- FRANK, P.I., KAY, C.R., WINGRAVE, S., LEWIS, T., OSBORNE, J., and NEWELL, C. 1985 Induced abortion operations and their early sequelae *Journal of the Royal College of General Practitioners* **35** 175-180 (RCGP and RCOG joint study).
- FRANK, Peter I. KAY, C.R, LEWIS T. 1985 Outcome of pregnancy following induced abortion *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **92** 308-316 (RCGP and RCOG joint study).
- FRANK, P.I., KAY, C.R., SCOTT, M., HANNAFORD, P.D., HARAN, D. 1987 Pregnancy following induced abortion : maternal morbidity, congenital abnormalities and neonatal death *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. **94** 836-842 (RCGP and RCOG joint study).
- FRANK, P.I., KAY, C.R., Mc NAMEE, HANNAFORD, P.C., HIRSCH, S. 1991 The effect of induced abortion on subsequent pregnancy outcome *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **98** 1015-1024 (RCGP and RCOG joint study).
- FRANK, P.I., McNAMEE, R., HANNAFORD, P.C., KAY, C.R., HIRSCH, S. 1993 The effect of induced abortion on subsequent fertility *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **100** 575-580 (RCGP and RCOG joint study).
- FRANZ, Wanda. What is post-abortion syndrome ? (submitted by BVA)
- GARDNER, G. 1993 Chlamydia, its complications and medical negligence.
- GARRETT, Peter. 1993 Abortion Trauma Syndrome *LIFE paper*.
- GIBBONS, Mary. 1984 Psychiatric sequelae of induced abortion *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **34** 146-150.
- GOLDBERG, J.R. The Medical debate : abortion - regret or relief ? *Oregon's Magazine on Women and Health* ; NEY, Philip G. 1983 A Consideration of Abortion Survivors *Child Psychiatry and Human Development*, **13** (3) 168-77.
- GREEN, Josephine. 1990 Prenatal screening and diagnosis : Some psychological and social issues. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology Dec 1990*, **97** 1074-1076.
- JARMULOWICZ, Michael. 1992 Physical and Psychological Effects of Abortion : A Review of the medical literature.
- KAY, Clifford R and FRANK, Peter I 1981 Characteristics of women recruited to a long-term study of the sequelae of induced abortion *Journal of the Royal College of General Practitioners* **31** 473-7 (RCOG and RCGP joint study).
- KUMAR, R and ROBSON, K.M. 1984 A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing *Women British Journal of Psychiatry*, **144**.
- LARIMORE, W.L., LARSON, D.B. & SHERRILL, K.A. 1992 Interpreting literature on abortion. *American Family Physician* **46** (3) 666-7.
- LEETON, John and BUTTERY, Beresford. 1988 The «forgotten» intrauterine device ; an unusual cause of infertility. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* **28** 150-1.
- LYONS, John S and LARSON, David B. 1988 Research on the Psychological Impact of Abortion : A systematic review of the literature 1966 to 1985 *From Values and Public Policy*, ed. G Regier, Family Research Council of America.
- McALL, Kenneth and WILSON, P. 1987 Ritual Mourning for unresolved grief after abortion *Southern Medical Journal* **80**, (7) 817-21.
- NEY, Philip G. 1979 Relationship between Abortion and Child Abuse *Canadian Journal of Psychiatry* **24** 610-20.
- NEY, Philip G. 1983 A Consideration of Abortion Survivors *Child Psychiatry and Human Development*, **13** (3) 168-77.
- NEY, Philip G. 1987 Does Verbal Abuse Leave Deeper Scars : A Study of Children and Patents *Canadian Journal of Psychiatry* **32** 371-8.
- NEY, Philip. 1989 Child Mistreatment : Possible reasons for its Transgenerational Transmission *Canadian Journal of Psychiatry* **34** 594-600.
- NEY, Philip G., WICKETT, A., 1989 Mental Health and Abortion : Review and Analysis *Psychiatric Journal Univ. Ottawa* **14** (4) 506-516.
- NEY, Philip G. 1990 Putting your ethics on display *Can Med Assoc J* **142** (7) 752.
- NEY, Philip G and WICKETT, Adele R. 1993 Relationship Between Induced Abortion and Child Abuse : Four Studies *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, **8** (1) 43-63.
- ROMANS-CLARKSON, Sarah E. 1989 Psychological Sequelae of Induced Abortion *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **23** 555-565.
- ROSENFELD, J. 1992 Emotional responses to therapeutic abortion *American Family Physician* **45** (1) 137-40.
- SAVAGE, Wendy. 1982 One Doctor's View of Abortion. *New Society*.
- SOUTHGATE, L., TREHARNE, J & WILLIAMS R. 1989 Detection, treatment and follow up of women with Chlamydia trachomatis infection seeking abortion in inner city general practices *British Medical Journal* **299** 1137-8.
- SPECKHARD, Ann, C. and RUE, Vincent M. 1992 Postabortion syndrome : An emerging public health concern. *Journal of Social Issues* **48** (3) 95-119.
- SPECKHARD, Ann, C. Summary of the psycho-social aspects of stress following abortion (submitted by BVA).
- TAYLOR-ROBINSON, David. 1994 Chlamydia trachomatis and sexually transmitted disease : What do we know and what shall we do ? *British Medical Journal* **308** 150-151.
- WOOD, S.M. & MUSCAT, I. 1989 Screening and treatment to prevent post-abortion chlamydia pelvic infection *The Lancet* **928**.
- ZOLESE, G and BLACKER, C V R. 1992 The Psychological Complications of Therapeutic Abortion. *British Journal of psychiatry* **160** 742-749.
- Abortion - where are we now ? 1992 «19» Magazine 15-17.
- Clinical Reviews - Psychiatry : Mental Health after Abortion *Medical Monitor (12th June)* **44-5,47**).
- The National Right to Life Committee, 1987 A Report on the Psychological Aftermath of Abortion *Presented to C. Everett Coop*.

Annexe 4

QUESTIONNAIRE DIFFUSE PAR LA COMMISSION

Ainsi qu'il vous a été dit, nous conduisons une étude pour déterminer l'impact de l'avortement sur les vies personnelles des femmes. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le questionnaire qui suit. Ne soyez pas gênée de ne pas pouvoir répondre à toutes les questions. Répondez quand vous le pouvez et renvoyez le questionnaire rempli à :

Secrétariat de la Commission, 53 Romney Street, London SW1P 3RF
avant le 31 mars 1993.

Toutes les informations reçues seront conservées dans la plus stricte confidentialité. Aucune référence aux résultats de l'enquête ne comportera de détails qui pourraient permettre l'identification de quiconque.

Accepteriez-vous d'être entendue à propos de votre expérience par un petit groupe de membres de la Commission, composé uniquement de femmes ?

Oui/Non

(Si vous avez répondu Oui, la Commission prendra contact avec vous dans un proche avenir).

Sauf indication contraire, entourez d'un cercle une seule réponse par question.

Section 1

Votre situation au moment de l'avortement

1. Aviez-vous eu au moins un avortement avant celui-ci ?
Si oui, combien (précisez)
2. De quand datait votre avortement le plus récent ?
1993 1992 1991 1990 Autre(précisez)
3. Au moment de votre avortement, étiez-vous :
Mariée Célibataire Divorcée Séparée
Veuve En concubinage
4. Aviez-vous des enfants au moment de votre avortement ? Si oui, combien ?
0 1 2 3 4 5+
5. Etiez-vous en bonne santé physique au moment de l'avortement ?
Oui Non
6. Etiez-vous sous traitement médical au moment de l'avortement ?
Oui (Allez à la question 7)
Non (Allez à la question 8)
7. Quels médicaments preniez-vous ?(Utilisez l'espace disponible)
8. Etiez-vous en bonne santé émotionnelle ?
Oui Non
Si Non, et si cela vous est possible, expliquez ce qui n'allait pas.(Utilisez l'espace disponible)
9. Bénéficiez-vous d'allocations de sécurité sociale à ce moment là ?
Oui(spécifiez) Non
10. Dans quelle tranche vos revenus se situaient-ils au moment de votre avortement ?
Jusqu'à £5 000/an
£6 000 - £ 10 000/an
£11 000 - £ 15 000/an
£16 000 - £20 000/an
£20 000 - £30 000/an

Plus de 30 000

11. Travaillez-vous à plein temps ou à temps partiel ?
Plein-temps (Allez à la question 12)
Temps-Partiel (Allez à la question 12)
Sans travail (Allez à la question 13)
 12. Quelle était votre occupation à l'époque de votre avortement ? (Utilisez l'espace disponible)
 13. A quel stade de la grossesse avez-vous découvert que vous étiez enceinte ?
A _____ semaines
 14. Combien de temps après ce constat avez-vous décidé d'avorter ?
A _____ semaines
 15. Pourquoi avez-vous décidé de recourir à l'avortement ? (Utilisez l'espace disponible)
- #### Section 2
- Conseils reçus
16. Quelqu'un d'autre vous a-t-il recommandé d'avoir recours à l'avortement ?
Oui Non
Si oui, précisez qui
(Si oui, allez à la question 17)
(Si non, allez à la question 18)
 17. Quelles raisons cette personne/ces personnes a-t-elle invoqué pour vous donner ce conseil ? (Utilisez la place disponible)
 18. Avez-vous reçu un autre avis ou conseil de recourir ou ne pas recourir à l'avortement ?
Oui (Allez à la question 19)
Non (Allez à la question 23))
 19. Qui vous a conseillé avant votre avortement ? (Entourez autant de bonnes réponses que nécessaire)
Un médecin généraliste
Un conseiller en avortement
Une autre personne (Précisez)

20. Avez-vous reçu une information sur les sujets suivants : (Entourez autant de bonnes réponses que nécessaire)

La nature de l'opération elle-même

Oui Non

Le stade de développement du fœtus

Oui Non

Les risques potentiels pour votre santé

Oui Non

21. L'information que vous avez reçue vous a-t-elle été utile ?

Très utile Légèrement utile Pas très utile Complètement inutile

22. Comment décririez-vous votre conseiller ?

Très favorable à mon avortement

Plutôt favorable à mon avortement

Neutre

Plutôt opposé à mon avortement

Très opposé à mon avortement

Section 3

Détails de la procédure

23. Vous êtes-vous adressée au centre d'avortement :

- de vous même ?

- envoyée par votre généraliste ?

24. A quel moment de la grossesse l'opération a-t-elle été conduite ?

A moins de 12 semaines 12-15 semaines

16-25 semaines 26-30 semaines

31-32 semaines Après 32 semaines de grossesse

25. Avez-vous eu une échographie ?

Oui Non

26. Avez-vous eu un autre examen, par exemple pour savoir si votre fœtus était handicapé ?

Oui (Précisez)

Non

27. L'opération a-t-elle eu lieu :

- en clinique privée ?

- en hôpital public ?

28. Quelle méthode a été employée ?

Aspiration

Dilatation et curetage

Provocation des contractions

et/ou injection extra ou intra-amniotique de prostaglandines.

Césarienne

Ne sais pas

29. Combien de temps êtes-vous restée à la clinique ou à l'hôpital ?

Moins d'une demi-journée Moins d'un jour Une nuit Plus

d'une nuit

30. L'opération a-t-elle été moins ou plus douloureuse que vous ne vous y attendiez ?

Plus douloureuse Moins douloureuse

Comme je m'y attendais

31. Y-a-t-il eu des complications médicales durant l'opération ?

Oui (Allez à la question 32)

Non (Allez à la question 34)

32. Quelles furent ces complications ?

(Utilisez l'espace disponible)

33. Quel traitement médical avez-vous reçu pour ces complications ? (Utilisez l'espace disponible. Si vous n'avez reçu aucun traitement, inscrivez «Rien»)

34. L'opération en elle-même vous a-t-elle affectée émotionnellement ?

Oui (Allez à la question 35)

Non (Allez à la question 36)

35. Quel(s) effet(s) cela a-t-il eu ? (Utilisez l'espace disponible)

Section 4

Votre expérience après l'avortement

36. Après l'avortement avez-vous reçu l'une des choses suivantes ?

Un repos en chambre immédiat sur le lieu de l'avortement ?

Oui Non

Un conseil Oui Non

Une adresse à contacter en cas d'urgence

Oui Non

37. Si vous avez reçu un conseil, de qui l'avez-vous reçu ? (Utilisez l'espace disponible)

38. Avez-vous ressenti une douleur physique après l'avortement ?

Oui (Allez à la question 39)

Non (Allez à la question 40)

39. Combien de temps avez-vous souffert après l'opération ?

Moins d'une heure 1-2 heures 3-8 heures

Plus (précisez)

40. Avez-vous souffert de contre-effets émotionnels de l'avortement ?

Oui (Allez à la question 41)

Non (Allez à la question 42)

41. Avez-vous ressenti le besoin d'exprimer des sentiments provoqués par l'avortement ?

Oui Non

42. Avez-vous eu la possibilité réelle d'exprimer vos sentiments correctement depuis votre avortement ?

Oui Non

43. Quelqu'un vous a-t-il encouragée à exprimer vos sentiments ?

Oui Non

44. Votre avortement a-t-il affecté votre relation avec le père de l'enfant ?

Oui (Allez à la question 45)

Non (Allez à la question 46)

45. Quel effet votre avortement a-t-il eu sur le père ? (Utilisez l'espace disponible)

ble)

46. Avez-vous un de vos propres enfants vivant chez vous au moment de l'avortement ?

Oui (Allez à la question 47)

Non (Allez à la question 49)

47. Lui avez-vous parlé de l'avortement avant ou après ?

Oui (Allez à la question 48)

Non (Allez à la question 49)

48. Le fait de lui en parler a-t-il modifié votre relation avec lui ?
(Si non, inscrivez "Non". Si oui, précisez dans l'espace disponible)

49. Avez-vous reçu un traitement pour une perturbation émotionnelle due à l'avortement ?

Oui (Allez à la question 50)

Non (Allez à la question 51)

50. Quel traitement avez-vous reçu ? (Utilisez l'espace disponible)

Section 5.

Séquelles à long-terme

51. Avez-vous eu des enfants depuis l'avortement ?

Oui (Allez à la question 52)

Non (Allez à la question 54)

52. Avez-vous eu des problèmes pour la conception ou pendant une grossesse depuis votre avortement ?

Oui (Allez à la question 53)

Non (Allez à la question 54)

53. Quels problèmes se sont produits et pourquoi ?
(Utilisez l'espace disponible)

Section 6.

Autres informations personnelles

54. Quel est votre statut marital actuel ?

Mariée Célibataire Divorcée Séparée Veuve Concubinage

55. Si vous en avez un, votre partenaire actuel est-il le même que celui que vous aviez au moment de l'avortement ?

Oui Non

56. Si vous en avez un, votre partenaire actuel est-il le père de l'enfant avorté ?

Oui Non

57. Combien d'enfants avez-vous maintenant ?

1 2 3 4 5+

58. Combien d'enfants vivent chez-vous ?

1 2 3 4 5+

Nom

Adresse

Code Postal

Téléphone

Date de naissance

âge

Souhaitez-vous recevoir un résumé des résultats de cette enquête ? Oui Non

Si vous vous êtes aperçue que le fait d'avoir puisé dans votre expérience de l'avortement, vous ait laissée avec le sentiment d'une souffrance non-résolue, nous pouvons vous mettre en contact avec un conseiller entraîné qui sera heureux de vous donner une aide confidentielle

Merci beaucoup d'avoir pris le temps et la peine de compléter ce questionnaire.

Annexe 5. Synthèse des réponses au questionnaire

Total

Au total, 136 femmes complétèrent et retournèrent leur questionnaire. Parmi elles, 87 (64%) étaient d'accord pour être interrogées oralement.

Age lors de l'avortement*

La majorité des répondantes avaient entre 20 et 34 ans au moment de leur avortement (59%). La catégorie la plus nombreuse après elles était celle des 35-44 ans (20%), suivie des 16-19 ans (15%). 5 avaient moins de 16 ans.

Statut marital lors de l'avortement*

Le groupe ayant le plus de risque d'avoir un avortement était celui des femmes célibataires au moment de leur grossesse - 42% des répondantes. Un quart (27%) étaient mariées et 19% vivaient avec un partenaire.

Revenus au moment de l'avortement

Ces données doivent être traitées avec précaution car bien que la majorité des femmes donnèrent juste le détail de leurs propres revenus, certaines inclurent le revenu de leur partenaire. Il faut également noter que le revenu de la femme peut ne pas refléter le niveau de vie du ménage, qui a plus de chance d'être fonction des revenus du partenaire.

Près de la moitié des répondantes (46%) était dans la tranche la plus faible de revenus à moins de £ 5 000 par an. Le reste était partagé à parts égales entre les tranches (£ 5 000 - £ 10 000) et plus de £ 10 000.

Période de gestation

Deux tiers des répondantes ont eu leur avortement dans les 12 premières semaines de grossesse. 21% eurent leur avortement entre 12 et 15 semaines et 16% entre 16 et 25 semaines de grossesse. Aucune n'a affirmé avoir eu son avortement après la 25^e semaine.

Hôpitaux publics/Cliniques privées*

Un peu moins de la moitié des répondantes (43%) eurent leur avortement en service public. Le reste s'est rendu dans des cliniques privées.

Nombre d'avortements

La plupart des répondantes n'eurent qu'un avortement (121 femmes) mais cette question fut mal comprise par quelques personnes de sorte que les résultats ne sont pas tout à fait justes et doivent être pris avec précaution.

Partenaire

A la suite de l'avortement quasiment la moitié des femmes qui répondirent vivaient maintenant avec un autre partenaire (46%). 40% sont restées avec le même partenaire et 13% n'ont actuellement aucun partenaire.

Statut marital actuel

Comme on pouvait s'y attendre, plus de femmes sont aujourd'hui mariées qu'au moment de l'avortement - 46% comparés à 27%. Il y a une chute symétrique du nombre de célibataires, de 42% à 21% et de celles vivant en concubinage, de 19% à 13%. Il y a aussi, tout aussi logiquement, une augmentation du nombre de femmes divorcées, séparées ou veuves de 12% à 19%.

Informations complémentaires

Complications issues de l'avortement

Un nombre relativement faible de femmes souffraient de complications médicales physiques au moment de l'avortement (13%) mais de celles qui eurent ensuite des enfants, les deux tiers (67%) eurent d'une façon et d'une autre des complications médicales soit pour la conception, soit pour la grossesse (en particulier des fausses-couches).

Les trois quarts des femmes qui répondirent affirmèrent qu'elles vécurent des conséquences émotionnelles à la suite de leur avortement (103 femmes, 76%). Ce nombre comprend environ 12 femmes qui inclurent le soulagement comme conséquence de leur avortement. Un plus grand nombre de femmes, cependant, firent état de problèmes émotionnels à long-terme après leur avortement (114 femmes, 87%). Pour quelques femmes, ceci a duré des années (jusqu'à 12 ans et plus dans certains cas), et pour certaines cela n'est toujours pas résolu. Environ 20 femmes demandèrent l'aide d'un conseiller. (ces chiffres ne comprennent que les femmes ayant répondu affirmativement à la question 40, ce qui exclut une petite proportion de femmes qui répondirent «Non» à cette question mais qui dans les questions suivantes répondirent qu'elles avaient ressenti le besoin d'exprimer les sentiments nés de l'avortement).

Moment de décision de l'avortement

Moitié des répondantes décidèrent leur avortement soit immédiatement soit dans la semaine où elles découvrirent qu'elles étaient enceintes, suivie de 24% se décidant dans la seconde semaine après la découverte, 12% dans la troisième semaine et 16% plus tard.

Raisons de l'avortement

La raison la plus communément citée, par près d'une femme sur deux (47%) fut soit :

- la pression du partenaire
- soit une relation instable avec le partenaire.

26% des femmes mentionnèrent leurs difficultés financières ou leur situation comme la cause, ou une des causes, tandis que la situation familiale ou la pression de la famille, les études ou la carrière professionnelle et l'âge furent chacun l'objet de 15% des réponses. 40% donnèrent d'autres raisons pour leur avortement parmi lesquelles (approximativement en ordre de priorité) :

- Enfant non prévu ou ne voulait pas d'enfant
- Instabilité émotionnelle
- Raisons de santé, maladie, difficultés antérieures durant la grossesse
- Ne voyait pas d'alternative
- Manque de conseil
- Enfant malformé ou trisomique
- Sous médication, sous «pilule du lendemain», grossesse résultant d'un viol.

Relations

88 femmes (65%) affirmèrent que leur relation avec le père de l'enfant avorté avait été affectée d'une manière ou d'une autre. Pour la majorité la relation fut affectée négativement, et dans certains cas aboutit à la rupture, tandis que 7 femmes affirmèrent que leur relation avait été en fait renforcée. 35% affirmèrent que l'avortement n'avait pas eu d'effet sur leur relation avec le père.

* Les pourcentages marqués par l'astérisque montrent une différence de moins de 10% par rapport aux chiffres officiels (OPCS Monitor AB94/1) de l'avortement en 1992)

ANNEXE 6

RESUME DES TEMOIGAGES ECRITS ET ORAUX

SUSAN

1. Background

Susan is 30 years old and is married to the father of the aborted baby. She now has a baby of 6 months. Her abortion was in 1990 at a private clinic when she was 26 years old and working as a Community Occupational Therapist.

2. Events leading to the abortion

Susan had been on the pill but stopped when she began getting headaches. She then became pregnant which shocked her enormously. She went to her GP who was «helpful» and «sensible» and asked her if she would be able to really love the child in the light of all her circumstances. He told her he would not write it on her notes in case she had a Catholic GP in the future, so in her second pregnancy no-one knew about her abortion.

As she was trying to buy a flat at the time, she was living with her father and did not think that her relationship with her boyfriend would survive having a child, and it was unfair for him to support a child as well as her. He said it was her decision.

At the time she had been very concerned she would not be allowed to have an abortion as it was just at «convenience» and so not a good enough reason - she later says she was just ignorant.

3. The abortion

This took place under 12 weeks into the pregnancy.

«I was shocked by the hardness I felt as I went up to the clinic but I was determined to do it». After it, Susan's boyfriend picked her up and took her home. She remembers feeling very angry because he wanted to watch a film on TV and not talk with her. She returned to work soon after because she did not want anyone to know about it.

4. After the abortion

Susan had a check-up several months later because her periods did not return, which she saw as punishment at first. She adds: "And then imagine how I felt when I miscarried later. But I did try very hard not to get stuck into the "see how I've been punished" mode». Her miscarriage was at 12 weeks. She says: «I explained to the Doctor that I had an abortion and I was upset because I thought I would be judged for it. He told me not to worry, but I felt ashamed and felt "how can he think I want this baby when I aborted a baby?"... (cries here)... I was trying to face losing a child that I really wanted, with dignity, and I really cried a lot about everything at that point. I went to pieces after the miscarriage and took three weeks off work and lapped up all the sympathy I wanted the first time . . . (cries here) . . . I wasn't given the chance to grieve after the abortion».

«I don't regret the abortion but I wish it had never happened». «I couldn't say the word "abortion" for a year after I'd had it.»

«I felt very much that I had to get married after the abortion - it was incredibly important». However Susan later said the two of them have never really been able to talk about it properly and she finds this a stumbling block, because she is unable to talk about it without crying. She does not get on with her sister-in-law at all, which began with her sister-in-law pregnant. Susan admits it is an irrational anger and puts it down to «a transfer or projection of the anger I feel inside about my abortion.»

Susan constantly swings from day to day and in her conversation between two conflicting feelings, which she struggles to reconcile. For instance, at

the beginning she says «I don't regret my decision» and later says «Why I get so cross and defensive and sensitive about the abortion is because I thought I took the most socially responsible decision.» However she writes «I have been terrified of what else I could do. A sense of self-loathing has been hard to overcome.» and in conversation she talks about «killing her baby».

5. Counselling

She used the questionnaire and speaking to the Commission to her own ends and to think things through herself, and move on from it, as she has never had the opportunity to do so before. At the clinic Susan was offered counselling but said, speaking as a medically trained person, that «the lady there obviously had no training, and all she wanted to ascertain was that I wasn't being forced into it». Neither did Susan have counselling afterwards nor was she told of possible psychological problems: «It didn't even occur to me. I think if I'd have known how much I think about it now I might have prepared myself better in the first place». «Counselling at the time would have made this process a lot easier».

6. Conclusion

«I talk about it all now and I'm fine. I can see it was the sensible way because I would have ended up as a single mother. That's on a practical, sensible, responsible level, and then I think "how are you? How could you have done that?" It sounds exactly like a convenience, because it doesn't suit you to have a child at that point . . . (cries here) . . . How could you have got rid of a child because... (cries)... you felt it wasn't right timing-how could I? I don't ever manage to resolve it.»

«I hear myself talking and saying "Oh yes, it was right but that's all very well if you're talking about money but this is a life... (cries) ... and then my argument swings again and I think about my life and I wouldn't be able to manage a child in a responsible way because it is hard work. Then I know it was the right thing. But then again - I killed my baby.»

«The ability to choose is very important, but I can't argue logically and this is where I'm stuck. I get stuck all the time. That can I do, where can I go? Most of the time it's all right, but . . . this is ridiculous, I'm still stuck in the grieving process after three and a half years. I'm crying all the time now, even with a husband and child.

But what's still important is that I was able to have one. I do have a right to have it. Yet it's three and a half years later and I haven't been able to brush it under the carpet «

BETH

1. Background

Beth is 33 years old, married to the husband of the aborted baby and has three children. She had the abortion when she was 19 and working as an animal technician. The pregnancy was an accident, resulting from «mucking around with the pill».

2. Events leading to the abortion

Beth visited the doctor once she began feeling different but says the doctor was convinced she was not pregnant and so did not do the test properly. As a result Beth put it out of her mind, convincing herself she wasn't. Only after a visit to another doctor at about 20 weeks was the pregnancy confirmed.

She went straight off on a pre-booked holiday to Amsterdam with her boyfriend. While there she visited a counsellor whose number had been given to her on

a leaflet at the airport. The counsellor was very helpful and although appeared to be against Beth having an abortion, as she was at 23 weeks, she said there was a doctor in London who would do it for her. «That was the first time I'd been told I could have a termination.

Up until then I thought I was going to have the baby. . . It then seemed the easy option - the other side seemed to have so many problems.»

«It seemed so unreal. . . I can't explain. . . I was in an unreal state. There were times for example. . . when I was so excited and I wanted everyone to know I was pregnant . . . but we were both on our own in the middle of a crisis and none of us was sane. We just wanted to get out of this mess».

3. The abortion

Beth went to a London private clinic but remembers little about the abortion itself. She does remember feeling euphoria after it for a while « . . . thank goodness for that - no more problems».

She was not given any information at the clinic about possible consequences, even the producing of milk afterwards - about which she was very worried at the time.

4. After the abortion

«I don't remember when, maybe a few months, depression then set in. I started going to the doctor quite frequently for silly things». She began to smoke and drink more and recalls telling her doctor that she was really upset about her abortion, however he did not help in any way, telling her to "buck up".

She says she realises now that she's counselled and never goes to the doctor any more that the visits were due to the abortion: «I was going so frequently, with this wrong, and that wrong and, looking back, they weren't tangible, they were just made up and I was crying for help that there was something wrong».

When asked about her relationship with her husband she says : «It was very rocky. Afterwards I became frigid and I think that actually went into my marriage. It was very difficult and I don't think most people would have been able to stay together, but once I latch on I don't let go! We went through really hard times.» She writes «I could not understand why he carried on as normal, and my life was shattered».

5. Counselling

When asked what she would have liked most in the way of help during her depression she said: «Someone to tell me I was wrong I think...everyone kept telling me I could not have done anything else and I did what was right. . .but it wasn't what I felt».

Talking about counselling before the abortion Beth says: «I can't say this is blame, but if there had been counselling when someone could have come to my mother with me, to tell her, or had given me the confidence and said "look you can do this» then it might have been different. «If someone had said "don't rush" because everyone said you've only got 24 hours to think about it. . .Morally it wouldn't make much difference whether the baby was 6 or 10 weeks». Beth said she wanted someone to let her think about it for longer, to suggest other options or offer a home, and to help in telling her mother.

«It is a hard decision, but you don't have to do it - there is another option and actually life without my baby...(she cries here)...is worse than with».

«People I have spoken to since seem to have as much trauma even at six weeks - they still feel they have lost their baby».

When asked what she would want to say to another girl on her way to Amsterdam in the same situation Beth replied: «I'd like to take her to counsellors - I couldn't help on my own but I'd like to take her to somewhere where professional people could counsel - not just verbally but maybe physically help, i.e. meet the parents, talk to the boyfriend etc».

Beth eventually found help from a church that she started going to. They counselled her for a while, and then she went to Care in Crisis for further counselling.

6. Conclusion

Of her husband, who has not been counselled, Beth says: «He can't talk about it, so it's not only me that's been affected», adding later that «He can never cope with me being pregnant or when the children have been very young».

Beth is now a Christian and says of her feelings: «I have handed the baby over to the Lord now, but there is still pain obviously. I have been forgiven. I can actually say I did wrong. It was wrong».

FIONA

1. Background

Fiona is 28 years old and is married to the father of the aborted baby. She has had one child since the abortion.

Her abortion took place in 1988, at a private clinic, when she was 23 years old. She was single at the time, but in a relationship with her now husband, who was married to someone else but initiating divorce. She worked as a Fraud Investigator for the Employment Service at the time.

The pregnancy was unplanned - she had come off the pill and was just using condoms. Initially, on discovering her pregnancy at 8-9 weeks, she was happy about it.

2. Events leading to the abortion

Fiona visited her GP to request an abortion. She had been advised by someone else to have it «due to living on my own, my job and my financial situation. Also my emotional well-being». The official reason stated was «the well-being of the child and mother». Later, however, Fiona states «I don't see why they have to categorise reasons for the abortion. Why do you have to have a reason for having an abortion?» She decided to have the abortion at 10 weeks.

Regarding this decision she told the Commission « . . . you haven't got time, that's the problem, to think about it.

You are also numbed by the fact that you are pregnant».

3. The abortion

She was referred by her GP, who had told her a bit about the operation itself, and had the operation at 12-15 weeks. There was no scan and no counselling at clinic even though when she went she was crying and crying «Nobody really spoke to me at all...nobody offered me any counselling before. It was almost compulsory to have the abortion. It was horrid.»

«I cried for an hour up to going into the theatre, and when I came "round" I was crying. . . I felt as though I'd lost part of myself and part of my life and future».

Fiona wrote that she found the operation more painful than expected but had no physical complications during or after. However, «nobody either explained what would happen to my body. . . I was bleeding and didn't know if it was normal».

4. After the abortion

After the abortion Fiona felt numb. She suffered emotionally for two years, saying«...it was awful really, really bad». She adds «March 26th every year was very sharp in my mind, and also the time it was due to be born.»

When asked about the effect on her relationship she replied: «It didn't help because I used to use it in arguments . . . He had regrets as well, and used to get quite upset about it at times.»

Since the birth of her daughter, however, «...a lot of it has gone, and I don't mind so much...I got through the two years and things have been much easier since.» «It was five years ago. I hardly think about it now».

5. Counselling

When asked about this, Fiona said she would have liked:

«Somebody who could almost put it in black and white - what it would be like if you had a baby on your own.

And then what it would feel like when you've got rid of it».

«Its like anything, you can think and think about it. in circles and end up thinking, "get me out of this !».

«There just wasn't proper help.»

She would have liked counselling to include her partner «...he's the father, he's part of it. I'd have rather had him there too».

6. Conclusion

«I think that if there hadn't been an option of abortion available then I'd have stuck in and got on with it. It's the option that threw me - that I could get rid of it.»

«If I fell pregnant now, by mistake, I'd probably have the child. But that's with hindsight».

JANE

1. Background

Jane is 46 years old and is single, with no children. Her abortion took place in 1975, at a private clinic, when she was 28 years old and working as assistant editor of a small magazine.

She was living on her own, with no friends, having newly arrived in England as an illegal immigrant. She became involved with someone for two months, whilst using pessaries as contraception, which she assumed were fully effective. Her pregnancy was unplanned and only discovered (at 9-10 weeks) after she missed two periods .

2. Events leading to the abortion

«I didn't know what to do. I had no money and no friends . . . there was no-one here that I was close to. I was just in such a mess.»

She also felt it may be her only chance to have a child and perhaps she "should", however «...then I thought that was just ridiculous, so I went to an advisory centre at Kings Cross. They were very good and helpful.»

3. The abortion

Jane recalled saying, when at the centre, "maybe I shouldn't have it' but she writes that the girl there was "quite helpful", and "quite strongly in favour of the abortion". The operation was explained to her, and what would happen. It took place on 23rd December, when she was under 12 weeks into the pregnancy.

«I was terribly freaked out before the abortion, so as soon as I woke up I thought "thank God, it's over»'.

4. After the abortion

Jane spent Christmas at her cousin's flat and says «I remember sitting there listening to Radio 4. I did have a couple of cries but on the whole I was glad it was all over. Occasionally I'd think maybe it was murder, as I listened to carols, ceremonies etc. All things considered though, I came through pretty well.»

The father was «well gone by then» and she had no contact with him after the abortion.

5. Counselling

She writes «While extremely relieved, I still felt very guilty and needed reassurance».

At the clinic she had been given a list of psychotherapists she could contact afterwards, so she did so, although she said this was also partly to try and avoid deportation!

She says she no longer feels guilty about it, nor has regrets, simply feeling it is sad that it had to happen at all. Although later she did say «Every now and then you do think "what would they be like now, growing up?" But only as a fleeting thing.»

6. Conclusion

«I had no job, no support, no family. What would I do with a child? I had no viable alternative. . . I did do the right thing.»

ALISON

1. Background

Alison is 31 years old and separated from her husband, who was the father of the aborted baby. She has no children. Her abortion took place in 1987, at a private clinic, when she was 25 years old. It was just 4 days before she got married to the father. At the time Alison was working as a Scientific Officer. Her pregnancy was an accident but she knew very quickly that she was pregnant, and did a home test to confirm this.

2. Events leading to the abortion

Alison was very keen to have the abortion as quickly as possible. «I just knew if I went down the aisle pregnant I'd have to have it. . . there's that psychological switch that meant being single and having a termination was alright but being married wasn't». Other factors in play were the small studio flat she lived in with her fiancé, her "immaturity", a volatile relationship and lack of support, particularly from her fiancé:

«He said it was my decision alone. . . he wouldn't say, he just would not say, whether he wanted it or not. . . I did wonder if I could carry it through therefore». «I felt dreadfully isolated and after that probably any feeling of wanting to keep the baby was lost in the feeling of carrying the responsibility of childbearing...I would always be responsible. . . I felt it would be unfair on the child. . . I wouldn't have been a good mother».

However she does also say «...there was a bit of me that thought I would quite like to go through with it», and later on she also said «I think if he had told me not to do it, then I wouldn't have gone ahead with it».

Alison didn't know what to do so spoke to a friend, who recommended she have a termination. She did not tell her family, except her sister.

3. The abortion

She decided to have a termination in London, as she did not want to go anywhere local, and she did not visit her GP in case he either forced her to have the baby, or it took too long to arrange. She saw a counsellor and gave her her reasons for the termination, although she does admit lying a bit because she was scared she would not get the abortion. However Alison said she was not pressurised, although the lady was "quite strongly in favour of the abortion" and agreed a termination was best. She does not recollect any alternatives being offered and said the whole process was very quick.

When Alison came around from the anaesthetic she was very weepy and was treated very unsympathetically by the staff She was given printed information about the operation, and counsellors she could contact, but never felt she needed it.

4. After the abortion

«Emotionally I didn't think about it. . . I was just glad it was over and I could

go home, to my wedding, knowing that was it. It was over and done with». She continues: «I've often thought about the way I felt about this, and the way I feel now, and I don't feel an awful lot different. I did it for very practical reasons, and I often feel that I should feel more guilt. . . I don't have any unresolved feelings about it.» Later on in the conversation, however, she said that when her husband left she realised there were not going to be any children « . . . almost like, I suppose, I'm not going to be able to absolve my guilt by having a child».

Her husband refused to ever talk about it and never expected her to be emotional about it. Later she says « . . . because he had cut himself off from the decision that was probably the end of the relationship. I found it hard to feel close to him sexually ever again. . . it got so bad I couldn't connect with his heart again».

«It's worse now because I'm 31 and I think am I ever going to have children? And I regret it more now than I ever did then because looking back I did it thinking there would be children».

«This conversation is very useful for me because I've never fully rationalised the way I feel about it. It's obviously because I've completely cut it off».

5. Counselling

«Faced with somebody who just would not talk about it you have no emotional contact. Maybe in that respect if I had had contact with someone who could counsel me before I reached the decision to have the abortion maybe I'd have felt able to have the baby».

By the end of the conversation she says: «I've never personally solved my emotions about it. I can't understand the way I feel, and I don't believe that I don't really feel anything about it, but I just don't know how to get at the way I really feel about it. I try to justify it in terms of practicalities.»

6. Conclusion

«I've probably never realised all the emotional impact that it's had because when my friends are getting pregnant, in stable relationships, I just think "wouldn't it be nice. . ." but not many people know how I feel.»

«People said to me about the termination that I did the right thing and I couldn't cope with a child, and I think "no, no, that doesn't justify it, that just doesn't justify it". And when he left I thought I wish I'd had it, I wish there was something to show for our marriage».

Alice feels able to cope now, having gone through a separation and associated relate counselling, and she felt our conversation to be opportune and useful in «laying the past to rest». However, she says she would not have a termination again, if she became pregnant and she concluded by saying: «It's at the back of my mind and hasn't gone away. For practical terms I can cut it off but there is an emotional part of me that thinks I shouldn't have done it. . . I don't want to get old without children».

ALICE

1. Background

Alice is 33 years old, married to the father of the aborted baby and they have 3 children. Her abortion took place when she was 18 years old and employed as an office worker.

2. Events leading to the abortion

She remembers the pregnancy being unplanned and being very shocked by it. Alice visited her doctor but the initial results were negative, then he wrote and asked her back again, and told her she was pregnant. He offered her an abortion there and then, and she signed the form immediately. She was not told how many weeks

pregnant she was, and comments «I was very shy and shocked and didn't really want this to be happening. . . I think I just blocked it all out».

An appointment came through and Alice went to the hospital for a blood test and pre-medical. She was not given any information about the abortion procedure nor possible consequences.

Later she says «I hadn't made up my mind at all but was just being influenced by others. Looking back, I would have liked more time. I regret not being able to make up my own mind. . . At the time we both blocked it all out». She also said later that she felt she wasn't making an informed decision, and she let the doctor tell her what to do because she thought he would know best, especially as she was only 18 years old. «You can't even think straight when you have an unplanned pregnancy».

3. The abortion

It did not take long for the appointment to come through from the hospital. She does not remember much about the operation, except that just before the injection she told them she didn't want to have it done, but they carried on and didn't say anything.

Her immediate feeling when she woke was "I wish I hadn't done it". She says «I woke to a room full of screaming women. It was horrendous. I thought they must be feeling how I was, because it was so immediate. When I woke I knew I'd done something terrible». She was not offered anything after the operation except bedrest.

4. After the abortion

The first few years after the abortion were fine, with no real physical nor psychological problems at all, other than the immediate reaction. «Then when I had my first baby I went into shock. It suddenly hit me that this was a baby». She describes the years between her first baby and the abortion counselling:

«I had panic attacks and five years of really bad illness and thinking I would die. . . I went to the Doctor every month and although the abortion was on my records he didn't see it was the cause.» Alice did not realise the cause either, and just thought she was ill. It was her mother who eventually suggested the illness and attacks might be due to the abortion.

She also had two miscarriages during the time when she was ill.

5. Counselling

«In the last few years I've had counselling (for the abortion), which finished about two years ago and since then, for the first time, I've lived a normal life».

Talking about her husband's feelings, Alice said «My husband feels very similar to me - he wishes we'd had more counselling. Like me, the minute he saw me in the hospital he knew we'd done the wrong thing... He hasn't had counselling since». However she says that «he does feel better about it because of me and my counselling sessions - we'd talk about them». She does feel that it has affected her relationship with her husband.

«I think you need someone to talk to you about it to tell you exactly what's going to happen and what's going to happen to you in later life».

6. Conclusion

«I felt sick about myself, how weak I was. If only I'd opened my mouth at the time and said I want to keep it then there would have been no problems».

Alice also spoke about her sister in law. «She'd got two children and didn't want a third and she got pregnant and she was saying about going and having an abortion, and I talked her out of it. She's had a little boy and she's pleased as punch that she's got him».

«If I was advising a girl in the same situation I would tell them to have lots of counselling and not to go ahead with it either. . . It will sort itself out a few years later but abortion doesn't, does it? It goes on affecting you». She added

at the end «It's hard to bring all this back again».

(Following this interview, Alice was ill for a week as a result of having to think through all her experiences again)

LUCY

1. Background

Lucy had her abortion in 1992 when she was 35 years old, married, with 2 children. The father of the baby was not her husband.

2. Events leading to the abortion

Lucy said there was no prospect of a long-term relationship with the father (who was in no doubt it had to go) and her husband «wasn't too keen on sticking around». She was not sure what to do and wanted to really think about the decision. All those close to her were telling her she had to have an abortion, however she says «I thought no, I won't be pushed, I'll think about this». She says about the decision «You're really pressurised - there's this clock ticking away against you.

It's got to go and it's got to go quickly. . .having had two children I knew how quickly it was developing».

She decided to have an abortion. «It felt to me that I had no option, even if I'd wanted to keep it. I felt that it would upset so many other people by keeping it. I'd never want to make the choice again, never. Having got two children already that made it even harder. Because you know what you're doing. »I thought "it's going to be another one of these two", so I had to think of those two». Later she said «I came around to the decision, I felt, in my own way I didn't feel pressured».

3. The abortion

Lucy said her doctor was very helpful, putting no pressure on her either way. However it took a while for an abortion to be arranged on the NHS and «I was hysterical because once I'd decided, I wanted it done quick. The NHS wheels were going to move so slowly so I went private».

She had an examination at BPAS, whom she said were very good, and was offered counselling beforehand, which she didn't feel the need to take. Lucy was told there would be a minor risk of retained products but said «they gave the impression it would all go swimmingly. . .like a tooth extraction. . .nothing was said about psychological consequences but they said I might need counselling».

Describing the place where she had the operation, Lucy said «It was just awful...they were dreadful, it was like a factory farm». She said she came around crying but no one took any notice and she was given one hour before she had to leave. «I can't believe people can treat someone like that when that's what they go through. I mean, you're killing your child!» She adds «I can imagine for some people...going through that would live with you for the rest of your life. I don't choose to think or talk about it. I won't get over it, I won't ever get over it». She put it down to being «...all time and money» and would have liked some sympathy. «I was killing my third child and it was awful».

4. After the abortion

Her immediate feeling after the abortion was «Desolation, not really regret or relief, because I didn't like it either way. A touch of relief. . . and a touch of regret». She says she has probably forced herself to be matter of fact about it. «The situation arose, I wish it had never been there, and you just have to shut it up. It's easier to turn the anger outwards rather than inwards.» She writes in the questionnaire: «I was distressed but also relieved. Angry and shocked. Lonely and have since had nightmares. Guilty and sad about the baby.»

Lucy had trouble for weeks afterwards with retained products and infection. She visited her GP and hospital and told BPAS. «I was passing huge lumps of liver and things. There was definitely something wrong - but I never had anything done. Everyone wanted to pass the buck». She said that it eventually

cleared up, several months later.

Lucy writes that the abortion had affected the relationship with the father and they have since parted.

5. Counselling

Lucy never felt she needed to return to BPAS, although she stressed they were there for her. She did, however, find help because she was on a counselling (training) course so in «all the beginning months of the counselling the subject that I chose to key into was the abortion».

She certainly felt there were some issues that had come up from the abortion and suggested there is a need for counselling for women afterwards because «killing my third baby is something I'll never really reconcile and we did a lot through the counselling around that».

6. Conclusion

When abortion is mentioned in public Lucy tells of her reaction: «I always react - a twinge of sadness is not a strong enough word - a twinge of pain, something you know you've got to carry around with you. . .for the rest of your life...Even flicking through a magazine...I choose not to look at the back pages of listings clinics.

There'll always be a twinge, always».

JULIE

1. Background

Julie had her abortion in 1991 when she was 41 years old, married, and mother to two girls aged 3 and 4 years. She was a housewife at the time.

2. Events leading to the abortion

«I didn't dream I'd get pregnant». She took the morning after pill but that did not work and she knew almost immediately that she was pregnant, even before missing her first period.

With her husband's poor health record (he had had a heart by-pass operation) and her age she said «I was 99.9 % certain that I didn't want another baby». «I didn't want a baby really because I have got two wonderful children, whom I absolutely adore too much, and I didn't feel I could be a good mother to three. I thought I could be a good mother to two. Also, I had to bear in mind I could be on my own in 10 years time possibly. . .so I will almost certainly be a single mother of teenage children».

Her husband was not sympathetic at all and «he said to me "no, of course, we couldn't possibly afford another one...of course, if we knew it was going to be a boy..." He wasn't really interested in it. It was my problem».

3. The abortion

Julie went immediately to the doctor who «luckily sent me straight to a gynaecologist who I'd actually been through a pregnancy with, and who was terribly sympathetic, made sure it was what I wanted and went ahead with it and I had it within 10 days». She was sterilised at the same time.

Her doctor fully supported Julie's decision and said he'd try to get it on her medical insurance, saying he thought it was almost a medical case. «I did get half the cost on my medical insurance, which was rather lucky».

The nurse at the clinic told Julie a bit about the procedure, but not about the development of the foetus or possible physical or psychological complications following the abortion. The gynaecologist said she could go back to him if she had any problems, although later she said she never returned to either the doctor or clinic.

4. After the abortion

«Every so often I think "gosh, that baby would have been so and so months by now". But that's all». She said she has suffered from no adverse feelings at all since the abortion and has had no complications since. «I don't think

you'll get anyone more positive than me!»

She did say that having an abortion could be very emotional for some people. «I think my sister-in-law had an abortion and sterilisation and then went back and had it reversed and had a child. I think she found it horrendous. But she knows I've had mine and we've never discussed it».

Julie said her husband could have been more sympathetic and supportive and said she did feel a little isolated, but could cope with it. «I like him less for his disinterest» she writes. «He was very unfeeling and yes, he was horrible» she said.

5. Counselling

Julie had no need for any counselling afterwards and also said it would have been no help if her husband had seen the doctor with her, although she did say that probably in a lot of cases it would be helpful for the father to be involved more in the decision.

«Another girlfriend of mine, of a similar age, has just had an abortion. . .but she didn't have any counselling and that does concern me. I think a lot of people do slip through the net and don't have any counselling». She thought that counselling should be statutory before the abortion.

6. Conclusion

«The reason I answered the advert and agreed to come was because I've had this experience. I wanted to tell you it's been. . .a very positive thing».

Giving the reason why the whole procedure has been easy for her she said «I think it's because I love my two children so much, they're so important to me. If I didn't have children I wouldn't have had an abortion, because without children I wouldn't have known how important they are to me, how much I care of children. So I only want absolutely the best for them. Certainly when I first fell pregnant I never dreamt I'd love that child so much, that she'd mean so much to me. I think if I'd had an abortion without having children I'd have thought it was a dreadful thing to do. Now I feel I would only want a baby if I could give it as perfect a life as possible».

ALEX

1. Background

Alex had her abortion when she was 13 years old and had been going out with a boy for 9 months. She was still at school and using no contraception. She is now 17 years old.

2. Events leading to the abortion

At first Alex tried to ignore that she was pregnant, even though she was missing periods, getting larger and her clothes were tighter. She did not want to associate this with being pregnant and said her boy friend was also denying it was happening.

Her main fear at first was telling her mother who was, however, very supportive when told and asked Alex what she wanted to do about it, saying she would support her whatever her decision.

Alex writes «I wasn't sure, I was confused and panicky, the fear of keeping it and all the worries it would cause, the change in my young life and the fact that the child would have a mother 13 years older than itself made me decide to have an abortion. These things were all in my head and not talked about. I told my mum the next morning that I'd like an abortion».

Time was short as she was quite late in the pregnancy and was an "urgent" case, so she went the same day for a scan «Between the scan and operation I had one day to think, but I didn't really».

Her boyfriend also told her to do what she wanted but said he thought she should get rid of it. «He didn't talk about it much».

3. The abortion

Alex was about 16-20 weeks pregnant. «At the time I felt half relieved I'd got there in time». She was given no information about the development of the foetus, the procedure or any possible risks involved. She said that maybe her mother was told instead. «I would have liked to have known what was going to happen. . . I didn't realise the seriousness of the whole thing. . . I don't know if I would have changed my mind but I had a right to know. Even though I was only 13 it was still my body».

The abortion was done on the NHS in the maternity unit. She was wired to a drip for an induced labour. Alex writes about it: «I gave birth to a white sack, I glanced down and saw a dark shadow on it, was it a leg? or an arm? I was never to know and that was it. After a few check-ups and some rest I was discharged. . .without any counselling or even an advice contact». While at the hospital she asked what would happen to the baby and was told it would go into medical waste. «That upset me - I knew I couldn't expect it to be buried but to know it had just gone into. . .waste» she found very hard.

4. After the abortion

Alex said she first felt relieved that it had gone. She had asked the midwife the sex of the baby and when told it was a boy named him Jamie Robert Lee.

Alex then slept with her boyfriend two days later. «I wasn't really hurting but I did want some comfort and that was the way it was easy to get the comfort». Also, she had not been told not to sleep with him, although she was told she should be using contraceptives. Her mother told her off for this, but did not ask how she was feeling.

5. Counselling

«I went to see a psychologist after a while because I started to emotionally break down because everything (the abortion and her parents divorce) was too much».

However Alex did not feel that the advice she was given was right, saying it was not from God, she was told long words and she did not understand it. She felt it was pushing it all further away.

Alex has now received counselling from a couple at her church. «They went through it all, prayed about it.

They've been very good». Yet she also says «I know it has not all been let out». Later she says «Sometimes...I do get tearful but only around people I'm close to who know about it». Otherwise she is careful not to show it.

6. Conclusion

«I'd like to be able to. . .offer someone the advice that you can't destroy this life. I probably would say you can't destroy this life, but still with me. . .I chose it because of my circumstances, I chose it myself on the evidence that I had». She adds «If it happened now I wouldn't have another abortion, I'd have the baby».

Alex writes «Until this very day I feel that I was treated unjustly. Maybe if someone had told me all the many years of suffering that would follow and the emotional scar it would leave, who knows, maybe I'd have a beautiful bouncy 4 year old boy today».

ANNEX 7

The London Hospital (Mile End)
275 Bancroft Road
London E1 4DG
Telephone 01 980 4855 Ext 283

Director: Professor P J Huntingford

INFORMATION BEFORE AN ABORTION

You have decided to have an abortion. As the pregnancy is early, it will not be necessary to admit you to hospital. Arrangements have been made for your operation as follows:

1. IMPORTANT

On the morning fixed for your operation have nothing to eat or drink. For your health and the safety of the operation follow all advice given in this leaflet, otherwise we may not be able to operate as arranged.

2. Please remove nail varnish and, if possible, have a bath before you come. Bring a dressing gown and slippers with you and leave all valuables at home. If you wear make-up, be prepared to remove it before the operation.

3. On.....
at.....
kindly go to: The Outpatient Department
 The London Hospital (Mile End)
 Bancroft Road
 London E1 4DG

4. You will be shown to a waiting area near the operating room, where you will change into a gown. You will not be shaved or have an enema before the operation. You will simply be asked to empty your bladder.

5. After the operation you will wake up in a bed near the operating room where you stay (usually two to three hours) until you are fully awake and fit enough to leave. Be prepared to spend from 2 to 4 hours from the time you arrive until the time you leave the hospital.

6. You may wish to bring a friend with you to the hospital. He or she may wait with you until you are ready to leave, or may choose to return at the time when it is likely you will be able to go home (about 4.30 pm). You should be accompanied home. You should not attempt to drive a car yourself, so do not drive yourself to the hospital unless there is someone else who will drive you home.

If you are not accompanied home it will be necessary to admit you to the hospital for the night.

7. Small amounts of anaesthetic can remain in the body for several hours, even after you feel fully awake. You are therefore advised to stay at home until the day after treatment.

Until the next day - do not go to work
- do not drink any beer, wine or spirits
- do not drive any vehicle or operate machinery
- do not walk or travel on public thoroughfares unaccompanied
- be careful when using domestic appliances at home, especially gas or electric cookers, kitchen utensils, heating systems etc.

On arriving home you will probably wish to eat, preferably a not too heavy meal. There is no need to go to bed immediately, but you should rest quietly at home for the remainder of the day. Somebody should be with you overnight.

You should be fit and able to resume your normal activities the day after the abortion. You will be provided with more detailed information on leaving the hospital.

Further Information

1. Your blood will have been tested before the operation. If you belong to the Rhesus Negative blood group, you will be given an injection immediately after the operation to prevent the formation of antibodies that might otherwise cause problems later on if you have a baby.

2. You may have already decided what contraceptive you wish to use after the abortion. You will already have had the opportunity of discussing contraception with us at your first visit. You may wish to continue this discussion on the day of your operation either before or afterwards.

If you wish to have an intra-uterine device fitted, this can be done under the anaesthetic immediately the abortion has been completed.

If you wish to use an oral contraceptive, a supply of the pills for three months can be given to you before you leave the hospital. You can start using them the day after the operation. We shall be glad to discuss other methods of contraception, including male and female sterilisation, if you wish.

3. Because of unforeseen complications, it is sometimes necessary to keep people in hospital overnight following an abortion. Make allowances for this.

4. Finally, if you wish to change your mind about having an abortion, or wish to discuss the matter further, please do not hesitate to tell us. Telephone 980 4855 ext 283.

Information Concerning Termination of Preanancy by Prostaglandin Injection

After 16 weeks of pregnancy, it is generally safer to carry out abortion by starting off a miniature labour. This is how it is done:

1. You will be admitted to Spencer Ward.

2. At a time to be arranged after you are admitted, the injection will be made into the womb to start off the abortion. This is usually done in Spencer Ward, occasionally for convenience it is done in the operating theatre. You will be asked to lie flat. Your tummy will be cleansed with an antiseptic solution. You will have an injection of local anaesthetic solution to numb the skin and underlying tissues of the tummy wall over the womb, about half way between your navel and pubic hair. Through the numbed area another needle is put into the womb. We know that it is in the correct place when we can suck off some of the fluid in the pregnancy sac. A thin plastic tube is threaded through the needle which is then removed. These preparations take between 5 and 15 minutes.

3. An injection of prostaglandin is then made through the plastic tube into the inside of the womb (which make the muscle of the womb contract like labour to open the cervix (= neck of the womb)) and also urea which kills the fetus and the placenta.

4. Once the womb begins to contract you will feel pains like labour in the lower part of your back and stomach. The pains come with increasing frequency and strength until the neck of the womb is opened up enough to allow the fetus and the afterbirth to pass into the vagina so that it can be easily removed. The pains may last from 6 to 12 hours before the abortion occurs, and they may not begin immediately after the injection; there is sometimes a quiet period for up to 12 hours before anything happens. It is occasionally necessary to give a second injection, but this is easily done through the plastic tube which is left in place until the abortion is complete.

5. Sometimes not all of the afterbirth (placenta) comes away cleanly and it is necessary to give, in between one-third and one-half of all women, an anaesthetic to scrape the inside of the womb clean and complete the abortion.

6. we advise that you stay with us for 24 hours after the abortion is complete, which means that you should be prepared to be in hospital for 3-4 nights, including the night before the abortion is started.

You should be fit to return to work 2 days after the abortion is completed.

7. Individual explanations and further instructions will be given to meet your own particular circumstances.

