

Evaluation du risque de recours abusif à l'IVG en France suite au délai supplémentaire de deux semaines.

R. Estève*, S. Alouini**, G. Moutel*, M. Uzan**, C. Hervé*
2001

* Laboratoire d'Ethique Médicale, Faculté de Médecine Necker - Paris V, 156 rue de Vaugirard, 75730
PARIS Cedex 15

** Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Jean Verdier, avenue du 14 juillet, 93143 BONDY
Cedex

RESUME

Objectif. Le délai pour l'IVG en France a été allongé récemment de deux semaines passant de 10 semaines de grossesse (12 SA) à 12 semaines de grossesse (14 SA). En raison des progrès de l'échographie, certains fœtus sont soupçonnés de présenter une malformation au 1er trimestre de la grossesse. Le diagnostic échographique de sexe à 12 SA est parfois possible. Nous évaluons en quoi l'allongement du délai légal d'IVG peut inciter des femmes à y recourir à partir des seuls critères échographiques.

Méthodologie. L'enquête a été menée au mois de mars 2001 dans le Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Jean Verdier de BONDY. Deux questionnaires ont été élaborés au Laboratoire d'Ethique Médicale de Necker et appliqués auprès de 128 femmes et 24 soignants.

Résultats. Le recours à l'IVG serait potentiellement fort en cas de laparoschisis ou d'absence d'une main, faible en cas de clarté nucale et quasi inexistant en cas de sexe non désiré dans une population ayant en moyenne moins de un enfant par femme.

Conclusion. Un consensus national sur les anomalies fœtales à rechercher et à ne pas rechercher (comptage des doigts ? lèvre supérieure ?...) et l'éventuelle détection du sexe à l'échographie du 1er trimestre nous paraît urgent devant les progrès technologiques faits. Une information claire et non alarmiste est primordiale face à une anomalie fœtale devant conduire à un diagnostic anténatal complet et précis (caryotype, contrôle échographique deux à trois semaines plus tard).

Mots-clés : Interruption volontaire de grossesse Echographie Premier trimestre Ethique

Le délai pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France a été allongé récemment de deux semaines passant de 10 semaines de grossesse (12 semaines d'aménorrhée (SA)) à 12 semaines de grossesse (14 SA) (loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001).

Cette nouvelle loi a trois buts :

- éviter qu'environ 2 000 femmes, entre 12 et 14 SA, se rendent à l'étranger pour leur IVG.
- préserver financièrement celles qui appartiennent à la classe socio-économique défavorisée.
- s'aligner sur les délais de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg [1].

En raison des progrès de l'échographie, certains fœtus sont soupçonnés de présenter une malformation au 1er trimestre de la grossesse. Cela peut être une anencéphalie, une amélie, un laparoschisis, un hygroma coli, une mégavessie,...[2, 3]

Le diagnostic échographique de sexe à 12 SA est parfois possible, cela relève encore toutefois de la recherche [4, 5].

Ainsi certains experts en médecine fœtale se sont inquiétés du risque d'IVG devant une suspicion de malformation ou un sexe non désiré [6, 7].

Nous évaluons en quoi l'allongement du délai légal d'IVG peut inciter des femmes à y recourir à partir des seuls critères échographiques.

METHODOLOGIE

Cette enquête a été menée du 27 février 2001 au 23 mars 2001 dans le Service de Gynécologie-Obstétrique du Professeur Michèle UZAN à l'Hôpital Jean Verdier de BONDY, dans la banlieue-est de PARIS.

Un 1er questionnaire était destiné à toutes les femmes en âge de procréer qui, après informations sur le contenu de l'enquête, ont bien voulu répondre.

Ce questionnaire est composé de 4 cas cliniques :

- la clarté nucale du fœtus, c'est la nuque épaisse qui peut être un signe d'appel d'une trisomie [8, 9] ou d'une malformation cardiaque [10]
- le laparoschisis, c'est la sortie du tube digestif à travers un orifice latéro-ombilical, cela s'opère à la naissance
- l'absence d'une main
- le sexe non désiré

Les différentes questions de chaque cas clinique amènent progressivement à la question clef qui les sonde indirectement sur leurs désirs d'interrompre la grossesse :

"Etes-vous sûre de poursuivre la grossesse ?"

La décision n'est pas facile d'autant plus qu'il n'a pas été possible de les informer comme il se doit.

En effet, le facteur temps est essentiel dans l'acquisition d'informations et le mûrissement de la décision mais de toute façon, le fossé entre l'imaginaire et le réel n'aurait pas été comblé et constitue pour nous le biais principal.

Un 2ème questionnaire, semi-directif, s'adresse aux médecins et sages-femmes suivant des femmes enceintes.

Les questions sont posées par la même personne qui recueille par écrit les réponses

Le test du Chi² a été utilisé pour la comparaison des pourcentages et le test de Fisher-Snedecor pour la comparaison des moyennes.

RESULTATS - DISCUSSION

I. QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FEMMES

A/ Caractéristiques des femmes

Il y a 128 femmes réparties en trois groupes :

groupe A : 45 femmes consultant pour avis gynécologique

groupe B : 44 femmes suivies pour une grossesse normale

groupe C : 39 femmes demandeuses d'IVG ou en contrôle post-IVG précoce

La majorité est d'origine modeste, beaucoup sont antillaises ou africaines.

Il n'y a pas de différence significative entre la moyenne d'âge des trois groupes de femmes ($F = 2,78$, < valeur seuil comprise entre 3,04 et 3,09). Elle est de 25,1, 27,6 et 24,6 ans pour les groupes A, B et C respectivement. Les variations extrêmes des âges pour chaque groupe sont les mêmes, entre 16 et 42 ans.

Les femmes du groupe B vivent plus fréquemment en couple et ont plus souvent un emploi que les femmes des deux autres groupes ([tableau I](#)).

Le nombre moyen d'enfant par femme est faible :

groupe A : 0,7 enfant par femme

groupe B : 0,8 enfant par femme

groupe C : 0,7 enfant par femme

L'IVG en demande ou réalisée tout récemment n'étant pas comptabilisée, c'est le groupe C qui a le plus grand nombre d'antécédent d'IVG et le groupe A qui en déclare le moins ([tableau II](#)). Il n'y a pas de différence significative entre les groupes B et C par rapport au nombre d'IVG dans leurs antécédents ($p = 0,8$).

B/ Analyse des résultats

La loi française n° 94-654 du 29 juillet 1994 autorise l'interruption médicale de grossesse (IMG) à tout moment de la grossesse après accord médical, en cas de découverte d'une affection d'une particulière gravité, incurable au moment du diagnostic.

La clarté nucale est un signe d'appel, le laparoschisis est curable à la naissance, l'absence d'une main est un handicap grave mais certainement pas d'une extrême gravité. Ainsi le mot "abusif" paraît justifié en ce qui concerne le recours à ces interruptions de grossesse qui ne respecteraient pas cette loi de 1994.

La clarté nucale a été choisie car elle est l'anomalie la plus fréquente, dans 42,9 % des anomalies dépistées pour Hernadi [11] ; combinée à l'âge maternel, la sensibilité de détection d'une trisomie est supérieure à 80 % [8].

Le laparoschisis est par contre rare, 1/10 000 naissances. Cette malformation est opérable à la naissance et de bon pronostic si les anses intestinales ne souffrent pas excessivement lors de la grossesse. L'échographie surveillera l'évolution anatomo-physiologique de ces anses.

L'absence d'une main est encore plus rare, facilement imagée par les femmes mais pose de délicats problèmes éthiques aux couples, aux médecins et à la société.

Le sexe non désiré est une triste réalité bien connue en Chine et en Inde où le diagnostic de sexe est interdit [12]. La culture du sexe masculin fort est bien ancrée au Maghreb, au Moyen-Orient où Kamel montre bien l'influence néfaste d'un sexe non désiré, surtout le sexe féminin, sur la psychologie de la femme enceinte et les plus grandes difficultés du travail, de l'accouchement [13].

La loi Veil n° 75-17 du 17 janvier 1975 légalise l'IVG si la femme est en situation de détresse du fait de la grossesse, nous pouvons très bien concevoir aussi que la représentation d'une malformation, voire un sexe non désiré, s'ils n'étaient pas démythifiés, puissent les mettre dans un tel état !

L'on conçoit en effet que personne ne voudrait être les parents d'un enfant représenté comme anormal, une réflexion sur la normalité des êtres vivants apparaît ici indispensable.

Au sujet de la clarté nucale, le taux d'indécision est fort, peu de femmes sont sûres de poursuivre la grossesse ([tableau III](#)).

Après évocation du recours au caryotype, les doutes, les peurs s'estompent et leurs choix sont de se fier aux résultats.

La clarté nucale pouvant être aussi prédictive d'une anomalie cardiaque, n'y aurait-il pas également un risque de recours à l'IVG chez des couples bien informés, d'autant plus à antécédents de cardiopathie familiale ?

Au sujet du laparoschisis, la proportion de femmes désirant ne pas continuer la grossesse est plus faible que pour la clarté nucale ou l'absence d'une main.

Le laparoschisis est mieux toléré par les femmes car il n'entraîne pas de retard mental et est curable à la naissance.

Deux remarques ont été relevées : *"ça dépend du degré de malformation", "cela dépend du taux de réussite de l'opération et du pronostic ultérieur"*.

Ainsi, elles soulignent l'importance d'une information claire et appropriée ; le médecin devant veiller à sa bonne compréhension (art. 35 du Code de déontologie médicale).

Pour le groupe C, les résultats sont fortement biaisés par le fait que ces femmes répondent par confusion avec leurs demandes d'IVG. Cela montre l'importance relative de la représentation que l'on se fait de son enfant et du degré de volonté d'en avoir un.

En cas d'absence d'une main, le pourcentage de femmes ne souhaitant pas continuer la grossesse est systématiquement plus grand qu'en cas de laparoschisis, cela est très significatif dans le groupe B ($p < 0,01$) alors que le taux d'incertitude est le même.

Les femmes du groupe B, enceintes du 2ème ou 3ème trimestre, seraient moins enclines à mener à terme la grossesse par rapport aux femmes non enceintes car ayant un sentiment maternel fort, elles ressentent une responsabilité bien plus importante pour leur bébé.

Elles ont un sentiment de culpabilité et ont peur du regard des autres : *"j'ai peur que l'enfant m'en veuille, qu'il soit rejeté de la société", "je pense arrêter la grossesse, c'est dommage de commencer la vie comme ça avec un handicap, je me sentirai coupable"*.

Peut-on parler de recours abusif à l'IVG dans cette situation ?

Certainement si le couple, pressé par la limite légale de l'IVG, ne prend pas les temps d'écoute, de réflexion et de compréhension nécessaires à une décision si difficile.

En cas de sexe non désiré, seule une adolescente de 16 ans d'origine camerounaise n'est pas sûre de poursuivre la grossesse. Elle disait "cela dépend du nombre d'enfant et de quel sexe, 2 enfants, 3 enfants du même sexe, ça commence à flipper".

Le nombre moyen d'enfant par femme étant faible, elles ne sont pas vraiment touchées par le sujet. En effet, les couples ayant déjà au moins deux enfants du même sexe seraient plutôt concernés ainsi que les gens originaires d'un pays où le sexe masculin est dominant comme la Chine, l'Inde, les pays musulmans.

II. QUESTIONNAIRE DESTINE AUX SOIGNANTS

24 soignants ont été interrogés.

Il y a :

14 gynécologues-obstétriciens

7 sages-femmes

3 radiologues-échographistes

A/ Problèmes (tableau IV)

Plus de 3/4 des soignants pensent que la découverte d'un sexe non désiré ou une anomalie des membres pourrait entraîner un recours abusif à l'IVG.

Le diagnostic échographique de sexe relève encore de la recherche, c'est à partir de 11 SA que les sexes seraient individualisables, le phallus masculin ayant une orientation plutôt crâniale, le féminin plutôt caudale [4, 5].

C'est pour les membres qu'il y a le plus d'anomalies non diagnostiquées [14], ce qui entraîne la proportion de procès la plus importante en diagnostic anténatal. Les couples sont attentifs aux détails, ils recherchent le produit garanti, l'enfant parfait [15].

1/3 craignent un recours abusif à l'IVG en cas de fente labiale.

Le diagnostic de fente labiale à l'échographie du 1er trimestre est très difficile, ainsi il n'est pas recherché en routine.

Blumenfeld et al ont déjà fait 23 interruptions pour 24 fentes, identifiées entre 13 et 16 SA, 50 % des fœtus n'avaient pas d'anomalie associée à l'examen anatomo-pathologique [16].

Pourtant la reconstruction labiale post-natale donne de bons résultats ! [17]

Environ 1/4 désignent le laparoschisis, l'omphalocèle, cette dernière étant une hernie du tube digestif dans le cordon ombilical, la clarté nucale et l'hygroma coli qui sont des nuques épaisses.

L'omphalocèle est physiologique jusqu'à 12 SA puis régresse, ainsi une erreur de datation par excès de la grossesse pourrait paniquer un couple, qui contraint par la nouvelle limite de l'IVG, ne voudrait pas attendre 2 semaines les résultats du caryotype et se précipiterait vers l'interruption !

La clarté nucale et l'hygroma coli bénéficient d'un atout : le caryotype.

Finalement 1/5 pensent que toute malformation visible pourrait entraîner un recours abusif à l'IVG.

B/ Solutions (tableau V)

Plus de 3/4 des soignants insistent sur la qualité de l'information qui doit être précoce et complète. Un support papier semble aussi nécessaire pour que les couples puissent assimiler les données à leurs rythmes ; en effet leurs capacités d'écoute sont diminuées par le choc psychologique lié à la désintégration de leurs projets.

Par le biais des consultations spécialisées (généticiens, chirurgiens...) et des associations de parents, ils soulignent l'importance de l'interdisciplinarité et des avis non médicaux [18, 19].

Le personnel médical, para-médical et les associations de parents doivent accompagner les couples dans leurs décisions, non les diriger vers une solution ou l'autre [20].

1/3 appellent à l'élaboration d'un consensus national sur l'information à révéler aux parents si les anomalies mineures et le sexe étaient visibles à l'échographie du 1er trimestre.

Il est illégal et non déontologique de cacher des anomalies aux parents mais faut-il pour autant tout rechercher ?

Ainsi certaines équipes en France ne comptent plus les doigts, d'autres le font dans le but de dépister un syndrome polymalformatif.

Y a-t-il intérêt de s'acharner sur la lèvre supérieure dès le 1er trimestre alors que c'est très difficile à voir, passible d'interruption hâtive et angoissant pour les parents dès le début d'un heureux événement ?

Conclusion

Le risque d'un recours abusif à l'IVG serait potentiellement fort en cas de laparoschisis ou d'absence d'une main, faible en cas de clarté nucale et quasi inexistant en cas de sexe non désiré dans une population ayant en moyenne moins de un enfant par femme.

Un consensus national sur les anomalies fœtales à rechercher et à ne pas rechercher (comptage des doigts ? lèvre supérieure ?...) et l'éventuelle détection du sexe à l'échographie du 1er trimestre nous paraît urgent devant les progrès technologiques faits.

L'avis 66 du Comité consultatif national d'éthique du 23 novembre 2000 sur l'allongement du délai d'IVG spécifie *"qu'une pratique qui se limite à faire droit à des demandes individuelles ne relève pas de l'eugénisme"*.

Le passage de 12 à 14 SA interpelle néanmoins l'échographiste et le gynécologue dans le contenu qui fonde son information. L'explication de ce que sont la personne humaine et la normalité biologique doit contrebalancer certaines représentations mythiques des patientes qui, prises de panique, pourraient se précipiter vers l'IVG [21].

Une information claire et non alarmiste est primordiale face à une anomalie fœtale devant conduire à un diagnostic anténatal complet et précis (caryotype, contrôle échographique deux à trois semaines plus tard).

Si ces examens complémentaires vont dans le sens d'une malformation d'une particulière gravité et incurable, une IMG pourra être évoquée au couple. Celle-ci permettra la réalisation d'un examen anatomo-pathologique du fœtus et du placenta qui précisera le diagnostic et permettra un conseil génétique indispensable pour le bon déroulement des futures grossesses.

Ainsi, une 1ère conséquence d'un recours abusif et rapide à l'IVG serait d'avorter des femmes ayant finalement des fœtus qui n'étaient pas malformés.

Une 2ème conséquence serait de ne pas pouvoir faire un diagnostic complet, précis, qui est primordial pour un conseil génétique préparant la future grossesse.

REMERCIEMENTS. – Nous remercions l'équipe de recherche du Laboratoire d'Ethique Médicale, Faculté de Médecine Necker – Paris V, ainsi que le personnel médical et paramédical de l'Hôpital Jean Verdier de Bondy pour leurs contributions à ce travail.

■ REFERENCES

1. Nisand I. *L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Rapport réalisé à la demande de Mme Aubry, Ministre de l'emploi et de la solidarité et de Mr Kouchner, Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale. Février 1999
2. Economides D.L., Braithwaite J.M. *First trimester ultrasonographic diagnosis of fetal structural abnormalities in a low risk population*. Br.J. Obstet. Gynaecol. 1998 ; 105:53-57
3. Whitlow B.J., Chatzipapas I.K., Lazanakis M.L., Kadir R.A., Economides D.L. *The value of sonography in early pregnancy for the detection of fetal abnormalities in an unselected population*. Br.J. Obstet. Gynaecol. 1999 ; 106:929-936
4. Efrat Z., Akinfenwa O.O., Nicolaides K.H. *First-trimester determination of fetal gender by ultrasound*. Ultrasound Obstet. Gynecol. 1999 ; 13:305-307
5. Whitlow B.J., Lazanakis S., Economides D.L. *The sonographic identification of fetal gender from 11 to 14 weeks of gestation*. Ultrasound Obstet. Gynecol. 1999 ; 13:301-304
6. Nisand I. *Au-delà d'un certain délai, le médecin devra connaître les raisons invoquées par la femme*. Le Monde interactif du 13 juillet 2000, www.lemonde.fr
7. Frydman R. *IVG : l'inquiétante recherche de "l'enfant parfait"*. Le Monde interactif du 31 juillet 2000, www.lemonde.fr
8. Snijders R.J.M., Johnson S., Sebire N.J., Noble P.L., Nicolaides K.H. *First-trimester ultrasound screening for chromosomal defects*. Ultrasound Obstet. Gynecol 1996 ; 7:216-226
9. Jemmali M., Valat A.S., Poulain P., Favre R., Bourgeot P., Subtil D., Puech F. *Clarté nucale : dépistage des anomalies chromosomiques et des malformations congénitales. Etude multicentrique*. J. Gynéc. Obstét. Biol. Reprod. 1999 ; 28(6):538-543
10. Hyett J., Moscoso G., Papapanagiotou G., Perdu M., Nicolaides K.H. *Abnormalities of the heart and great arteries in chromosomally normal fetuses with increased nuchal translucency thickness at 11-13 weeks of gestation*. Ultrasound Obstet. Gynecol 1996 ; 7(4):245-250
11. Hernadi L., Torocsik M. *Screening for fetal anomalies in the 12th week of pregnancy by transvaginal sonography in an unselected population*. Prenat. Diagn. 1997 ; 17(8):753-759
12. Prakash P. *L'échographie fœtale pour détermination du sexe est interdite en Inde en raison de la pratique très courante d'avortements des fœtus féminins*. Journal Libération 31 mai 2001 ; p. : 11
13. Kamel H.S., Ahmed H.N., Eissa M.A., Abol-Oyoun A.M. *Psychological and obstetrical responses of mothers following antenatal fetal sex identification*. J. Obstet. Gynaecol. Res. 1999 ; 25(1):43-50
14. Grandjean H., Larroque D., Levi S. and the Eurofetus Study Group *The performance of routine ultrasonographic screening of pregnancies in the Eurofetus Study*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1999 ; 181(2):446-454
15. Hendriks A. *Legal and ethical aspects of new reproductive technologies ; the case of prenatal diagnosis*. Med. Law 1996 ; 15:677-689
16. Blumenfeld Z., Blumenfeld I., Bronshtein M. *The early prenatal diagnosis of cleft lip and the decision-making process*. Cleft Palate-Craniofac. J. 1999 ; 36(2):105-107
17. Saboye J., Chancholle A.R., Tournier J.J. *Chirurgie néonatale des fentes labio-palatines : étude rétrospective de 242 enfants opérés en 10 ans*. Méd. Fœt. Echo. Gynéc. 2000 ; 44:60-61
18. Fertil P.E., Reiss R.E. *Counseling prenatal diagnosis patients : the role of the social worker*. Soc. Work in Health Care 1997 ; 24(3/4):47-63
19. Helm D.T., Miranda S., Chedd N.A. *Prenatal diagnosis of down syndrome : mothers' reflections on supports needed from diagnosis to birth*. Mental Retardation 1998 ; 36(1):55-61
20. Eiserman W., Strauss R.P. *Letters to the editor : Blumenfeld Z., Blumenfeld I., Bronshtein M. The early prenatal diagnosis of cleft lip and the decision-making process*. Cleft Palate-Craniofac. J. 1999 ; 36(2):105-107. Cleft Palate-Craniofac. J. 1999 ; 36(6):542-545
21. Hervé C. *Ethique, politique et santé*. Paris, Col. médecine et société, Ed. PUF, 2000

Evaluation du risque de recours abusif à l'IVG en France suite au délai supplémentaire de deux semaines.

R. Estève*, S. Alouini**, G. Moutel*, M. Uzan**, C. Hervé*

Tableau I :

Vivez-vous en couple ?

	groupe A	groupe B	groupe C
OUI	22 (48,9 %)	34 (77,3 %)	15 (38,5 %)
NON	23 (51,1 %)	10 (22,7 %)	24 (61,5 %)
Total	n = 45	n = 44	n = 39

Travaillez-vous ?

	groupe A	groupe B	groupe C
OUI	19 (42,2 %)	27 (61,4 %)	14 (35,9 %)
NON	26 (57,8 %)	17 (38,6 %)	25 (64,1%)
Total	n = 45	n = 44	n = 39

Réaction des femmes de chaque groupe par rapport à la découverte d'une anomalie ou du sexe non désiré

Tableau II Antécédent d'IVG

	groupe A	groupe B	groupe C
IVG ? 1	4 (8,9 %)	14 (31,8 %)	13 (33,3 %)
pas d'IVG	41 (91,1 %)	30 (68,2 %)	26 (66,7 %)
Total	n = 45	n = 44	n = 39

TABLEAU III : Réaction des femmes de chaque groupe par rapport à la découverte d'une anomalie ou du sexe non désiré

<u>Groupe A</u> : n = 45	clarté nucale	laparoschisis	absence d'une main	sexe non désiré
"Etes-vous sûre de poursuivre la grossesse ?"				
a) tout à fait sûre	} SURE	11 (24,5 %)	29 (64,5 %)	29 (64,5 %)
b) plutôt sûre				45 (100 %)
c) plutôt pas sûre	} PAS	15 (33,3 %)	13 (28,8 %)	15 (33,3 %)
d) pas du tout sûre				0 %
	SURE			
Ne sait pas		19 (42,2 %)	3 (6,7 %)	1 (2,2 %) 0 %
<u>Groupe B</u> : n = 44	clarté nucale	laparoschisis	absence d'une main	sexe non désiré
"Etes-vous sûre de poursuivre la grossesse ?"				
a) tout à fait sûre	} SURE	12 (27,2 %)	29 (65,9 %)	19 (43,2 %)
b) plutôt sûre				43 (97,7 %)
c) plutôt pas sûre	} PAS	16 (36,4 %)	10 (22,7 %)	20 (45,4 %)
d) pas du tout sûre				1 (2,3 %)
	SURE			
Ne sait pas		16 (36,4 %)	5 (11,4 %)	5 (11,4 %) 0 %
<u>Groupe C</u> : n = 39	clarté nucale	laparoschisis	absence d'une main	sexe non désiré
"Etes-vous sûre de poursuivre la grossesse ?"				
a) tout à fait sûre	} SURE	5 (12,8 %)	19 (48,7 %)	17 (43,6 %)
b) plutôt sûre				39 (100 %)
c) plutôt pas sûre	} PAS	23 (59 %)	16 (41 %)	21 (53,8 %)
d) pas du tout sûre				0 %
	SURE			
Ne sait pas		11 (28,2 %)	4 (10,3 %)	1 (2,6 %) 0 %

TABLEAU IV : Anomalies fœtales et sexe non désiré désignés par les soignants comme à risque d'IVG

• sexe non désiré		87,5 %	
• anomalie des membres		79,2 %	
• fente labiale		33,3 %	
• clarté nucale		20,8 %	} 25 %
• hygroma coli		4,2 %	
• omphalocèle		8,3 %	} 20,8 %
• laparoschisis		12,5 %	
• toute malformation visible, curable chirurgicalement		20,8 %	

Tableau V Solutions préconisées par les soignants pour éviter un recours abusif à l'IVG

• information éclairée		37,5 %	} 79,2 %
• association parents		25 %	
• consultation spécialisée		16,7 %	
• consensus national sur l'information à révéler aux parents si c'était visible	→ pas dire le sexe	25 %	} 33,4 %
	→ pas dire les anomalies mineures	8,4 %	