

Politiques sociales et santé

La situation de l'avortement aux États-Unis : le contexte juridique national et les politiques restrictives dans les États

Marie-Douce Primeau

Diplômée de maîtrise en science politique (2006) et membre étudiante à la Chaire d'études politiques et économiques américaines, Université de Montréal

Pierre Martin

Professeur agrégé de science politique et directeur de la Chaire d'études politiques et économiques américaines, Université de Montréal

À quoi ressemble le paysage politique aux États-Unis en ce qui concerne la réglementation de l'avortement? Depuis l'annonce, l'an dernier, de la démission de Sandra Day O'Connor de son poste de juge à la Cour suprême et le décès du juge en chef William Rehnquist, l'avortement est revenu à l'avant-scène de l'actualité politique aux États-Unis. Après les nominations des juges conservateurs John Roberts et Samuel Alito, les conditions semblent réunies pour que le relatif consensus qui entourait l'arrêt [Roe v. Wade](#) depuis 1973 s'effrite¹.

A Portrait of the Abortion Issue in the United States: I – The Legal Context and Restrictive Policies in the States

With the recent nominations of John Roberts and Samuel Alito as Supreme Court Justices, many worry about the future of legal abortion in the United States. This note will take a look at the Supreme Court judgements concerning abortion since Roe v. Wade, before examining the restrictions instaurated by the states and their effects on women seeking an abortion.

Avec les nominations récentes de John Roberts et de Samuel Alito à la Cour suprême, de nombreux groupes s'inquiètent au sujet de l'avenir de l'avortement aux États-Unis. Cette note dresse l'historique des décisions de la Cour suprême concernant l'avortement depuis Roe v. Wade, pour ensuite dresser un portrait des politiques publiques restrictives instaurées par les États et de leurs effets sur les clientèles visées.

Bien que l'élection d'une majorité démocrate aux deux chambres du Congrès le 7 novembre 2006 a affaibli le courant conservateur aux États-Unis, il n'en demeure pas moins que, le même jour, les électeurs de plusieurs États ont approuvé par référendum des propositions portant sur des « valeurs sociales traditionnelles ». Dans deux États, la Californie et le Dakota du Sud, les électeurs ont rejeté, respectivement par 54% et 56%, des propositions qui auraient imposé des

¹ Cette note est tirée du mémoire de maîtrise de Marie-Douce Primeau, sous la direction de Pierre Martin : *Impact des restrictions imposées par les États américains sur le nombre d'avortements, de naissances et le moment de la procédure, 1990-2001*, Département de science politique, Université de Montréal, août 2006.

La Chaire d'études politiques et économiques américaines (CÉPÉA; <http://cepea.cerium.ca>) est affiliée au Centre d'études et de recherches internationales de l'Université de Montréal (CÉRIUM; www.cerium.ca). La Chaire bénéficie de l'appui financier du ministère des Relations internationales du Québec (www.mri.gouv.qc.ca).

La série « Notes & Analyses » publie des notes de synthèse ou des analyses plus approfondies, en français ou en anglais, produites dans le cadre des activités de la CÉPÉA. Pour recevoir ces textes au moment de leur parution et des informations sur nos activités, inscrivez-vous à notre liste d'envoi en écrivant à : cepea@umontreal.ca.

La responsabilité éditoriale de la série est partagée par l'équipe de direction de la CÉPÉA : Pierre Martin (directeur), Michel Fortmann, Richard Nadeau et François Vaillancourt (directeurs de recherche). Le contenu des textes de cette série n'engage que leurs auteurs. © CÉPÉA 2006

conditions extrêmement restrictives à la pratique de l'avortement. Dans ce contexte, les fondements des politiques actuelles sur l'avortement demeurent fragiles. Alors que l'avortement continue à faire l'objet de débats et de luttes politiques à tous les niveaux et que la Cour suprême semble plus réceptive que jamais à un renversement du statu quo juridique, il convient de faire un portrait précis de la situation de l'avortement aux États-Unis.

Cette note aborde la question des politiques de restriction de l'avortement et du cadre légal qui entoure ces politiques, tant au niveau fédéral qu'au niveau des États. Il en résulte un portrait marqué par la grande diversité des réglementations étatiques. Alors que certains États ont des réglementations plutôt libérales et permissives, plusieurs autres ont adopté, au fil des ans, toute une gamme de règles restrictives qui compliquent considérablement le recours à cette procédure et, dans certains cas, viennent tester les limites légales fixées par le jugement historique de 1973 dans le cas *Roe vs Wade*.

Malgré sa position ambivalente envers l'étendue des droits reproductifs de la femme, il n'en demeure pas moins que par son appui

à l'essentiel de *Roe vs Wade* la juge O'Connor a été le vote décisif dans deux des plus importants jugements de la dernière décennie concernant l'avortement (*Casey* et *Stenberg*). Selon le groupe activiste *NARAL Pro-Choice America*, l'arrivée sur le banc de la Cour suprême du juge en chef John Roberts et du juge Samuel Alito est de très mauvais augure pour ceux et celles qui souhaitent le maintien du régime actuel, qui impose des limites concrètes au droit des États de légiférer pour restreindre l'accès à l'avortement. En effet, le juge Roberts a, à maintes reprises dans le passé, exprimé des avis défavorables au jugement *Roe vs Wade* et sa présence à la tête de la Cour suprême, en compagnie d'un autre nouveau juge conservateur, Samuel Alito, a de fortes chances de faire pencher l'équilibre de la Cour, même si les deux juges recrues ont maintes fois énoncé leur intention de ne pas renverser le précédent juridique solide qu'est devenue cette décision controversée au cours des trois dernières décennies².

Durant sa carrière en tant que solliciteur général et juge à la cour d'appel des États-Unis, Roberts a clairement souligné qu'il considérait *Roe v. Wade* comme une mauvaise interprétation de la constitution, et que cette décision devrait être reversée³. Les voix conservatrices de Roberts et Alito s'ajouteront à celles des juges Antonin Scalia et Clarence Thomas, qui n'ont jamais caché leur aversion pour les politiques permissives en matière d'avortement et leur intention de renverser *Roe* et *Casey*. Le **tableau 1**, en annexe, présente les juges de la Cour suprême et leurs positions respectives sur la question de l'avortement.

Même s'il n'est pas certain que ces quatre juges réussiront à rallier un des juges modérés, ou *swing vote*, à leur cause, il n'en reste pas moins que la nomination à la Cour suprême d'un juge extrêmement opposé à l'avortement comme *Roberts* signifie tout de

² Voir la série d'articles concernant la nomination du juge Roberts sur le site Web de *NARAL*: www.prochoiceamerica.org

³

même la multiplication des obstacles pour les femmes désirant se faire avorter. Cette note de recherche vise à dresser un portrait des politiques publiques américaines concernant l'avortement. Dans un premier temps, celle-ci dresse un historique des jugements de la Cour suprême concernant l'avortement depuis *Roe vs Wade*, pour ensuite offrir un survol des différents types de restrictions implantées par les États en 2005 et de leurs effets sur les clientèles visées.

L'approche d'un pays face à la prévention et aux questions de santé reproductive résulte d'une lutte de pouvoir entre les forces culturelles, politiques et économiques⁴. Aux États-Unis, les politiques publiques sont façonnées par trois instances distinctes, aux visions souvent contradictoires: le fédéral, qui s'occupe principalement d'affaires constitutionnelles et économiques. [La Cour suprême](#), qui par son interprétation de la constitution et son pouvoir de révision encadre l'action des autres pouvoirs et décide de l'orientation de l'ensemble des politiques publiques. Et enfin les États, qui par leurs préférences individuelles influencent les politiques publiques dans les limites fixées par les deux autres instances. En résulte un manque d'homogénéité que plusieurs considéreraient déroutant.

Les politiques publiques peuvent généralement être classées en trois volets distincts⁵. D'un côté, on retrouve les politiques distributives, qui visent le Bien-être de la population dans son ensemble. De l'autre, les politiques redistributives visant à venir en aide aux citoyens les moins favorisés de la société (par exemple, [Medicaid](#)). Enfin, les politiques sociales régulatrices, ou politiques morales, visent la restriction de l'accès à

certains biens ou services. Cette catégorie de législations ne vise pas un bien-être économique ou politique. À la base de ces lois, il y a un pouvoir qui tranche entre deux factions opposées d'un même débat, en s'appuyant sur des idéologies et non des faits⁶.

Les politiques sociales régulatrices sont donc essentiellement un moteur de transmission de valeurs morales. Aux États-Unis, les politiques reproductrices peuvent être pensées soit dans une vision redistributive ([Medicaid](#)), soit comme des politiques régulatrices. C'est justement dans l'optique de leur « débat moral et normatif à propos de la place de l'individu dans la communauté »⁷ que les politiques restrictives liées à l'avortement peuvent être classifiées comme des politiques régulatrices morales typiques.

L'idée de politique régulatrice dans le domaine de la reproduction ne date pas de la dernière décennie. En fait, la plupart des débats sur l'avortement depuis *Roe v Wade* (1973) a pris place dans les législatures étatiques, où des restrictions au droit des femmes d'avorter librement ont fréquemment été instaurées, et dans les Cours de Justice, où la constitutionnalité de ces lois a été confirmée⁸. Depuis la libéralisation de l'avortement (1973), la Cour suprême a d'ailleurs statué à plus de trente reprises sur la constitutionnalité de mesures instaurées par les États et le gouvernement fédéral. Le **tableau 2**, en annexe, résume les principales décisions de la Cour suprême des États-Unis depuis 1973.

Si, dans l'ensemble, leurs jugements ont su respecter l'esprit initial de *Roe v. Wade* (1973), on assiste tout de même depuis le début des années 1980 à un durcissement des positions

⁴ Hock-Long, Linda, Roberta Herceg-Baron, Amy Cassidy et Paul G. Whittaker. 2003. «Access to Adolescent Reproductive Health Care Services: Financial and Structural Barriers to Care». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35 (mai-juin): 144-147.

⁵ La classification des politiques de Lowi (1965) va intégrer à la fois la vision d'Emile Durkheim (« The division of labour in society », 1964), et celle de Tatalovich, Raymond et Byron W. Daynes Dir. 1988. *Social Regulatory Policy*. Colorado: Boulder.

⁶ Tatalovich, Raymond et Byron W. Daynes Dir. 1988. *Social Regulatory Policy*. Colorado: Boulder.

⁷Traduction de l'auteure: « A moral and normative debate about the place of the individual in the community ».

Dans Tatalovich, Raymond et Byron W. Daynes Dir. 1988. *Social Regulatory Policy*. Colorado: Boulder. p. 2

⁸ Ryan, Barbara et Eric Plutzer. 1989. « When Married Women Have Abortions: Spousal Notification and Marital Interaction ». *Journal of Marriage and the Family* 51 (février): p,41.

des juges à ce sujet. Les États ne sont pas en reste. En 1994 seulement, 304 projets de lois concernant l'avortement ou la contraception ont été déposés dans 38 États américains, dont la majorité visaient à restreindre l'accès à l'avortement⁹; en 2004 le nombre a atteint les 500¹⁰. L'intérêt de ces mesures? En augmentant les coûts (directs ou indirects) reliés à l'avortement, les États espèrent influencer les décisions reproductives des femmes concernées.

L'avortement, d'une manière comparable aux biens conventionnels, obéit aux lois fondamentales de l'offre et de la demande. La femme va ainsi choisir un niveau d'évitement de grossesse auquel le coût marginal est équivalent au coût marginal bénéfique, mesuré comme le gain espéré de l'évitement de cette grossesse¹¹. Le choix de se faire avorter sera déterminé par les coûts de la procédure, revenus et préférences¹².

Les décisions concernant la contraception et l'abstinence sont basées uniquement sur les informations disponibles avant la grossesse. En contraste, la décision de se faire avorter va être prise à la lumière d'une nouvelle information. L'avortement (contrairement à la contraception ou à l'abstinence) fonctionne ainsi comme une assurance qui limite les risques lorsque cette information est négative. Une augmentation du coût des avortements va entraîner une augmentation du coût de l'assurance, et décourager les femmes de tomber enceintes.¹³

⁹ Henshaw, Stanley K. 1995. « Factors Hindering Access to Abortion Services ». *Family Planning Perspectives* 27 (mars-avril): 54-59 + 87.

¹⁰ De celles-ci, vingt-neuf ont été adoptées. Source: NARAL <http://www.prochoiceamerica.org/legislation/index.cfm>

¹¹ Levine, Philip B. 2003. « Parental involvement laws and fertility behaviour ». *Journal of Health Economics* 22 (septembre): 861-878.

¹² Garbacz, Christopher. 1990. « Abortion Demand ». *Population Research and Policy Review* 9 (mai): 151-160.

¹³ Traduction de l'auteure: « Contraception and abstinence decisions are made only on the basis of

En d'autres termes, l'avortement agit comme une police d'assurance, qui protège les femmes de devoir donner naissance à des enfants non désirés. Si l'on suit cette logique, « les principaux déterminants de la demande d'avortement sont les coûts directs et d'opportunité au moment de la décision d'avorter »¹⁴. D'où l'intérêt des restrictions¹⁵, qui vont hausser les coûts de l'avortement par rapport aux autres options.

Malgré le grand nombre de contraintes imposées par les États, on peut généralement classer celles-ci sous deux catégories distinctes, toutes deux s'inspirant de la théorie des choix rationnels pour justifier leurs actions. D'un côté on retrouve les restrictions cherchant à influencer la demande d'avortements en changeant la décision de la patiente. Dans cette classe on retrouve la notification et le consentement des parents, les périodes de délais et de consultation obligatoire avant l'avortement, et enfin les restrictions de Medicaid.

L'autre catégorie regroupe les contraintes s'attaquant à l'offre de services, c'est-à-dire essentiellement le « ban after quickening » et les obstacles techniques et légaux visant à réduire le nombre de fournisseurs. La plupart des politiques restrictives des États tombent dans l'une de ces catégories, ou sont une combinaison plus ou moins aléatoire de celles-

information available before the pregnancy occurs. In contrast, the abortion decision is made with the benefit of the new information. Abortion (unlike contraception or abstinence) works as an insurance policy to limit the downside risk when that information is negative.

Increasing the cost of abortion increases the cost of this insurance policy and discourages women from becoming pregnant». Dans Kane, Thomas J et Douglas Staiger. 1996. « Teen motherhood and abortion access ».

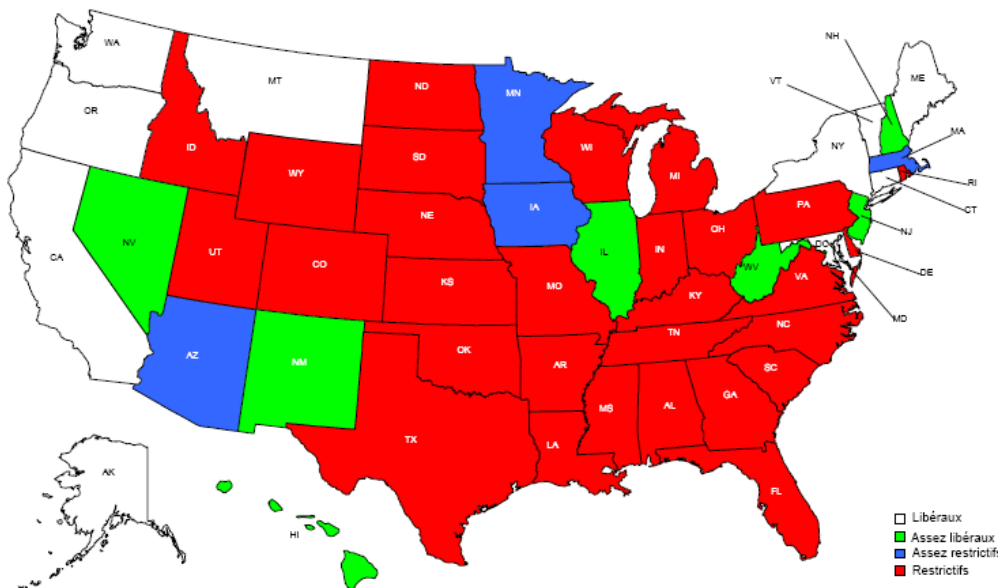
Quarterly Journal of Economics 111 (mai): p,468, mais cette idée se retrouve aussi chez Levine, Philip B. 2003. « Parental involvement laws and fertility behaviour ». *Journal of Health Economics* 22 (septembre): 861-878.

¹⁴ Traduction de l'auteure: « The primary determinants of abortion demand are the direct and opportunity costs at the time of the abortion decision » Dans Medoff, Marshall H. 2000. « Black Abortion Demand ». *The Review of Black Political Economy* (été): p. 30

¹⁵ Par restriction, on entend toute barrière, qu'elle soit légale ou technique, qui vise à restreindre l'accès des femmes à l'avortement dans un état donné.

ci¹⁶. Si l'on considère l'avortement comme un bien normal, les contraintes vont diminuer les taux d'avortements en faisant du coup augmenter le nombre de naissances. Toutefois, cet impact sur le nombre de naissances est relatif, puisque les restrictions viennent augmenter les coûts associés à l'activité sexuelle, et ainsi diminuer la fréquence de celle-ci¹⁷. En théorie, les restrictions seraient ainsi simultanément associées à une chute du nombre absolu d'avortement, et une diminution de la fécondité des femmes ciblées.

Carte 1 : Attitude des législateurs face à l'avortement par État, 2000¹⁸



L'aide subventionnée des gouvernements dans le domaine de la planification familiale est une ressource clé pour aider les femmes de milieu

¹⁶ Meier, Kenneth J, Donald P. Haider-Markel, Anthony J. Stanislawski et Deborah Mcfarlane. 1996. « The Impact of State-Level Restrictions on Abortion ». *Demography* 33 (août): 307-312.

¹⁷ Cook, Philip J., Allan M. Parnell, Micheal Moore et Deanna Pagnini. 1998. « The effects of short-term variation in abortion on pregnancy outcomes ». *Journal of Health Economics* 18 (avril): 241-257.

¹⁸ Le degré de restriction a été établi en fonction de la note donnée à l'État par le NARAL pour l'ensemble de sa législation en 2001. Ces notes, qui varient de A+ à F, sont ensuite triées selon le classement A+ à A- équivalent à libéral, B+ à B- à assez libéral, C+ à C- à assez restrictif et D à F à restrictif.

défavorisées et aux adolescentes à atteindre leurs objectifs reproductifs¹⁹. Les fonds fédéraux proviennent de quatre sources : le [Titre X](#), qui transfère les fonds directement aux fournisseurs, les [Titres V](#) et XIX qui visent essentiellement les anciens combattants et les handicapés, et enfin [Medicaid](#). [Medicaid](#) est un programme de transfert de droit, par lequel les paiements pour les services éligibles sont partiellement remboursés par le fédéral selon un taux inversement corrélé au revenu médian des États. Avec [Harris v. McRae](#), la Cour suprême a confirmé la constitutionnalité de [l'amendement Hyde](#) (1976), la Cour a statué que le fédéral n'est pas obligé de subventionner les frais liés à l'avortement, sauf en cas de viol, d'inceste ou de danger à la vie de la patiente. Donc, la responsabilité quasi totale du financement des avortements pour les femmes défavorisées revient aux États, dont les préférences individuelles vont largement influencer la couverture permise.

Plusieurs types de restrictions concernant [Medicaid](#) ont été implantés cette dernière décennie, mais dans l'ensemble, celles-ci peuvent être regroupées en trois catégories : les

États qui n'acceptent de financer l'avortement qu'en cas de danger de mort, ceux qui rajoutent à cette condition les cas de viol ou d'inceste, et enfin ceux qui incluent les deux premiers cas et qui rajoutent la condition psychologique de la mère (financement dans tous les cas). En 2005, seuls 18 États subventionnaient encore tous les avortements non thérapeutiques des femmes bénéficiaires, et 28 autres uniquement en cas de viol, d'inceste ou de danger à la vie de la patiente.

¹⁹ Sollom, Terry, Rachel Benson Gold et Rebekah Saul. 1996. « Public Funding for Contraceptive, Sterilization and Abortion Services, 1994 ». *Family Planning Perspectives* 28 (juillet-août): p. 166.

Or, l'impact des restrictions de [Medicaid](#) divise les auteurs. Si pour certains il n'y a aucune corrélation entre le financement étatique et le taux d'avortement²⁰, la majorité des auteurs soutiennent que celui-ci a un impact significatif sur la décision d'avorter²¹. Dans les États qui finançaient les avortements à travers [Medicaid](#), les femmes bénéficiaires avaient recours à l'avortement quatre fois plus souvent que celles sans couverture²². Loin d'être homogène, l'effet du financement étatique des avortements serait concentré chez les femmes noires non mariées de moins de 30 ans, où celui-ci entraînerait une augmentation de 9,6% du nombre de procédures²³.

Si le financement étatique des avortements est associé à une augmentation du nombre d'avortements, les restrictions des États quant à la subvention de [Medicaid](#) sont associées à un déclin - 9-15% - encore plus important de celui-ci²⁴. Les restrictions de [Medicaid](#)

réduiraient de près de moitié non seulement le taux d'avortement par naissance, le taux d'avortement par 1000 femmes en âge de procréer, mais aussi le nombre d'avortement chez les adolescentes de 15-19 ans²⁵. Selon ses estimés, environ 40 000 à 80 000 avortements seraient éliminés si le système de [Medicaid](#) arrêtaient de subventionner les avortements partout aux États-Unis, et le nombre de grossesses diminuerait de 70 000 à 180 000²⁶.

Mais l'impact principal des restrictions du financement par [Medicaid](#) des avortements serait plutôt le nombre de semaines où se pratiquerait la procédure. En effet, les patientes qui seraient éligibles à [Medicaid](#) mais qui ne reçoivent pas de compensation puisque le financement n'est pas disponible auraient des avortements de deux à trois semaines plus tard que les autres patientes. Des femmes ayant avorté à plus de dix semaines de grossesse, 42% des femmes admissibles à [Medicaid](#) mais qui ne recevaient pas ce service justifiaient ce retard par des problèmes financiers, contre 10% du reste de l'échantillon²⁷. Le nombre de semaines de gestation au moment de l'avortement va non seulement avoir un impact sur la santé de la

²⁰ Matthews, Stephen, David Ribar et Mark Wilhelm. 1997. « The Effects of Economic Conditions and Access to Reproductive Health Services on State Abortion Rates and Birthrates ». *Family Planning Perspectives* 29 (mars-avril): 52-60.

²¹ Voir Finer, Laurence B. et Stanley K. Henshaw. 2003. « Abortion Incidence and Services in the United States in 2000 ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35 (janvier-février): 6-15; Lichter, Daniel T., Diane K. McLaughlin et David C. Ribar. 1998. « State Abortion Policy, Geographic Access to Abortion Providers and Changing Family Formation ». *Family Planning Perspectives* 30 (novembre-décembre): 281-287; Henshaw, Stanley K. 1995b. « Factors Hindering Access to Abortion Services ». *Family Planning Perspectives* 27 (mars-avril): 54-59 + 87.

²² Jones, Rachel K., Jacqueline E. Darroch et Stanley K. Henshaw. 2002. « Patterns in the Socioeconomic Characteristics of Women Obtaining Abortions in 2000-2001 ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34 (septembre-octobre): 226-235.

²³ Selon Cook, Philip J., Allan M. Parnell, Micheal Moore et Deanna Pagnini. 1998. « The effects of short-term variation in abortion on pregnancy outcomes ». *Journal of Health Economics* 18 (avril): 241-257, 7,1% des avortements chez les femmes noires sont subventionnés par l'état, alors que ce pourcentage n'est que de 1,1% chez les femmes blanches. Voir aussi

²⁴ Blank, Rebecca M., Christine C. George et Rebecca London. 1996. « State Abortion Rates: The Impact of Policies, Providers, Politics, Demographics, and Economic Environment ». *Journal of Health Economics* 15 (octobre): 513-553.

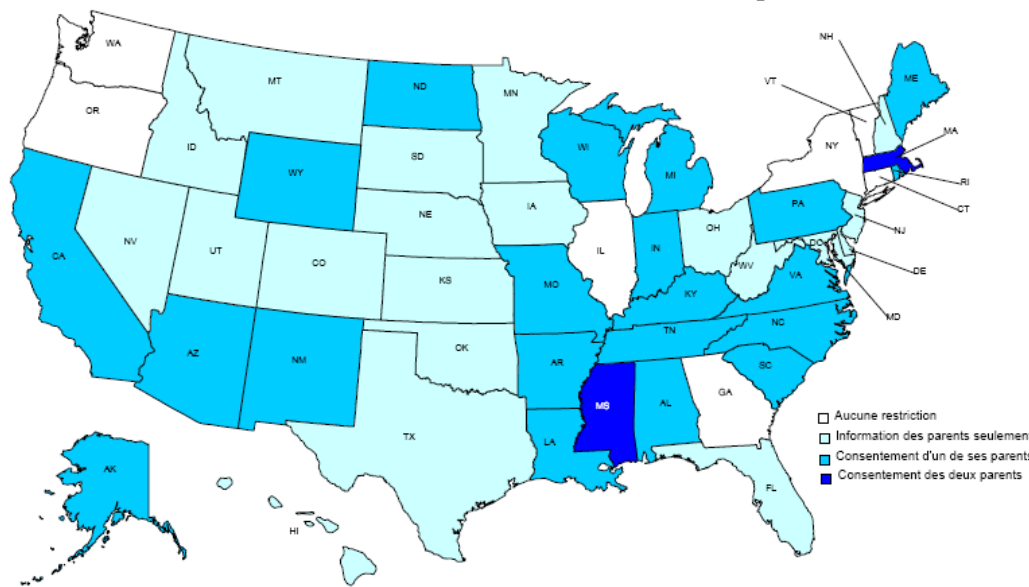
²⁵ Haas-Wilson, Deborah. 1993. « The Economic Impact of State Restrictions on Abortion: Parental Consent and Notification Laws and Medicaid Funding Restrictions ». *Journal of Policy Analysis and Management* 12 (été): 498-511 et Haas-Wilson, Deborah. 1996. « The Impact of State Abortion Restrictions on Minor's Demand for Abortions ». *Journal of Human Resources* 31 (hiver): 140-158.

²⁶ Levine, Phillip B., Amy B. Trainor et David J. Zimmerman. 1996. « The Effect of Medicaid abortion funding restrictions on abortion, pregnancies and births ». *Journal of Health Economics* 15 (octobre): 555-578.

²⁷ Henshaw, Stanley et Lynn S. Wallish. 1984. « The Medicaid Cutoff and Abortion Services to the Poor ». *Family Planning Perspectives* 16 (juillet-août): 170-172 + 177-180. Parmi les femmes bénéficiaires de Medicaid dans des états ne subventionnant pas les avortements, 18-23% à 35% de celles qui ont mené à terme leur grossesse auraient préféré avoir eu un avortement. Pour plus d'informations voir Chrissman et al. 1980. « Effects of Restricting Federal Funds for Abortion - Texas ». *Morbidity and Mortality Weekly Report* 29: 253-254 et Trussell, J, J. Menken, BL Lindheim et B. Vaughan. 1980. « The Impact of Restricting Medicaid Financing for Abortion ». *Family Planning Perspectives* 12: 120-130.

femme²⁸, mais aussi déterminer si la patiente est éligible à certaines procédures, par exemple le mifepristone qui est le plus efficace dans les premières neuf semaines de la grossesse²⁹.

Carte 2 : Lois sur l'implication parentale par État, 2005



d'incertitude³¹. La notification d'un tiers serait ainsi désirable dans l'optique où elle permettrait la promotion de l'harmonie maritale et familiale, tout en faisant la promotion du droit du parent d'élever son enfant comme bon lui semble³².

Selon ses partisans, les lois sur l'implication parentale inciteraient les mineures à adopter des pratiques reproductives plus sécuritaires, à savoir l'abstinence³³. Or, plusieurs études démontrent que 59% des filles sexuellement actives arrêteraient ou retarderaient l'utilisation de services de planification familiale (contraception, test de dépistage du VIH, test de grossesse) si la notification parentale était obligatoire pour l'ensemble des services

Quant à elles, les politiques étatiques concernant les comportements reproductifs des adolescentes vont être centrées sur l'implication parentale dans la décision des mineures de mettre fin à la grossesse, se basant sur la théorie que la communication parents-enfants est et devrait être la base de tout programme de prévention³⁰. Selon les tenants de ces politiques, lorsque confrontées à une grossesse non désirée, l'implication parentale devrait aider les adolescentes à faire un choix mieux informé et ainsi améliorer le bien-être et la santé des adolescentes, et offrir un support aux adolescentes dans ce moment

³¹ Cet argument sous-entend à tort que l'avortement a un impact négatif sur la santé mentale et physique des femmes (Rodman, 1991), alors que de nombreuses recherches ont démontré le contraire, à savoir qu'une procédure de premier trimestre avait beaucoup moins d'effets négatifs sur la vie des patientes que l'adoption.
³² Ellertson, C. 1997. « Mandatory Parental Involvement in Minor's Abortion : Effects on the laws in Minnesota, Missouri and Indiana ». *American Journal of Public Health* 87 (août): 1367-1375, et Ryan, Barbara et Eric Plutzer. 1989. « When Married Women Have Abortions: Spousal Notification and Marital Interaction ». *Journal of Marriage and the Family* 51 (février): 41-50. L'ironie de cet argument fondamentalement pro-vie est, qu'indépendamment de la façon dont ils ont eu connaissance de la grossesse, les parents qui étaient au courant de celle-ci ont beaucoup plus de chances de tenter de persuader la mineure de se faire avorter que de continuer celle-ci. (Voir à ce sujet Henshaw, Stanley K. et Kathryn Kost. 1992. « Parental Involvement in Minors' Abortion Decisions ». *Family Planning Perspectives* 24 (septembre-octobre): 196-207 + 213)
³³ Ellertson, C. 1997. « Mandatory Parental Involvement in Minor's Abortion : Effects on the laws in Minnesota, Missouri and Indiana ». *American Journal of Public Health* 87 (août): 1367-1375, et Cook, Philip J., Allan M. Parnell, Micheal Moore et Deanna Pagnini. 1998. « The effects of short-term variation in abortion on pregnancy outcomes ». *Journal of Health Economics* 18 (avril): 241-257.

²⁸ Kero, A., U. Högberg et A. Lalos. 2004. « Wellbeing and mental growth – long term effects of legal abortion ». *Social Science & Medicine* 58 (juin): 2559-2569.
²⁹ Joyce, Theodore et Robert Kaesner. 1996a. « The Effect of Expansions in Medicaid Income Eligibility on Abortion ». *Demography* 33 (mai): 181-192.
³⁰ Casper, Lynne M. 1990. « Does Family Interaction Prevent Adolescent Pregnancy? ». *Family Planning Perspective* 22 (mai-juin): p. 109

de santé reproductive³⁴. De celles-ci, 96%-98%³⁵ à 99%³⁶ des adolescentes questionnées continueraient à être sexuellement actives en étant consciente de ne pas être efficacement protégées. Pourtant, l'introduction de lois d'implication parentales spécifiques à l'avortement serait associée à une réduction de 6% des activités sexuelles non protégées chez les femmes de 15-18 ans³⁷.

Dans les jugements [Webster \(1989\) et Ohio vs Akron Center \(1990\)](#), et dans le cas [Hodgson v. Minnesota \(1990\)](#), la Cour suprême et les tribunaux inférieurs ont statué que les États peuvent nécessiter l'implication des parents dans le choix des adolescents d'avorter, soit par la notification ou le consentement d'un ou des deux parents, tant qu'il existe une alternative pour les mineurs qui ne désire pas impliquer ceux-ci pour des raisons de santé ou de sécurité. En 2005, seuls sept États n'imposent aucune contrainte aux mineures qui désirent avorter, les autres demandant soit qu'un des parents soit mis au courant, soit la permission d'un ou des deux parents biologiques³⁸.

En général, les recherches s'entendent sur le fait que les lois sur l'implication parentale, soit la notification et le consentement parental, n'ont qu'un effet limité sur la

décision d'avorter des mineures³⁹, même si celle-ci entraînerait une diminution de 20% chez les adolescentes de 16 ans⁴⁰. Cela s'expliquerait que les parents n'ont qu'une influence relative sur la décision de leur fille, le partenaire et les amis les devançant à ce niveau⁴¹.

De plus, au moment de l'avortement 61% des parents des adolescentes seraient déjà au courant de la procédure⁴², 40-45% d'entre eux ayant été avertis par leur enfant⁴³. En fait, plus jeune est l'adolescente, plus ses chances d'avoir mis au courant ses parents sont élevées. De celles restantes, 6% estiment qu'elles auraient couru un danger important, que ce soit physique ou psychologique, en mettant leurs parents au courant de leur grossesse, et 30% laissent sous-entendre qu'elles craindraient les comportements de leurs parents, violence, expulsion de la

³⁴ Reddy, Diane M., Raymond Flemming et Carolyne Swain. 2002. « Effect of Mandatory Parental Notification on Adolescent's Use of Sexual Health Services ». *Journal of the American Medical Association* 288 (14 août): 710-714.

³⁵ Torres, A. Forrest. 1980. «Telling Parent: Clinic Policies and Adolescents' Use of Family Planning and Abortion Services». *Family Planning Perspectives* 12: 284-292.

³⁶ Reddy, Diane M., Raymond Flemming et Carolyne Swain. 2002. « Effect of Mandatory Parental Notification on Adolescent's Use of Sexual Health Services ». *Journal of the American Medical Association* 288 (14 août): 710-714.

³⁷ Levine, Philip B. 2003. « Parental involvement laws and fertility behaviour ». *Journal of Health Economics* 22 (septembre): 861-878.

³⁸ Cette disparité entre les différents états ne va qu'ajouter à la confusion des mineures, non seulement quant à l'avortement mais à la confidentialité de l'ensemble des services de santé reproductive (Hock-Long, Herceg-Baron, Cassidy et Whittaker, 2003).

³⁹ Ohsfeld, Richard et Steven Gohmann. 1994. « Do Parental Involvement Laws Reduce Adolescent Abortion Rates ». *Contemporary Economic Policy* 12: 65-76,

Henshaw, Stanley K. 1995a. « The Impact of Requirements for Parental Consent on Minors' Abortions in Mississippi ». *Family Planning Perspectives* 27 (mai-juin): 120-122, et Henshaw, Stanley K. et Laurence B. Finer. 2003. « The Accessibility of Abortion Services in the United States, 2001. ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35 (janvier-février): 16-24.

⁴⁰ Joyce, Theodore et Robert Kaesner. 1996. « State Reproductive Policies and Adolescent Pregnancy Resolution: the Case of Parental Involvement Laws ». *Journal of Health Economics* 15 (octobre): 555-578.

⁴¹ Même si son étude portait principalement sur l'effet de la communication familiale sur les comportements sexuels des adolescents, Casper (1990) démontre tout de même que l'influence des parents est surestimée. Les discussions parents-adolescents ne sont pas corrélées avec l'âge de la première relation ou les pratiques sexuelles de leurs adolescentes. Tout au plus, les discussions familiales vont influencer l'utilisation de la contraception (p< 0,001).

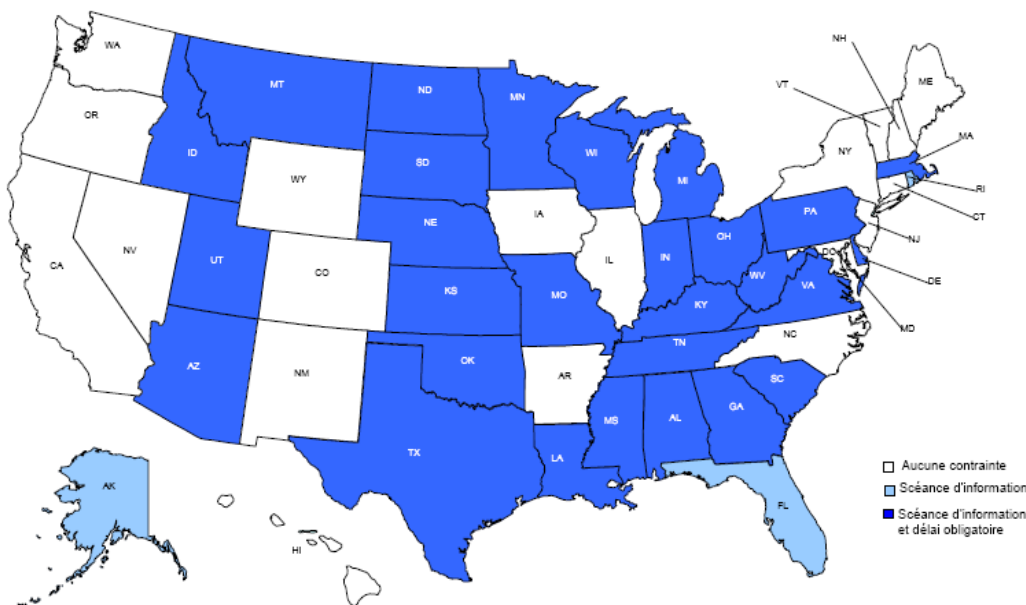
⁴² Henshaw, Stanley K. et Kathryn Kost. 1992. « Parental Involvement in Minors' Abortion Decisions ». *Family Planning Perspectives* 24 (septembre-octobre): 196-207 + 213.

⁴³ Blum, R., M. Resnick et T. Stark. 1987. «The Impact of a Parental Notification Law on Adolescent Abortion Decision-making ». *American Journal of Public Health* 77: 619-620. Voir aussi Henshaw, Stanley K. et Kathryn Kost. 1992. « Parental Involvement in Minors' Abortion Decisions ». *Family Planning Perspectives* 24 (septembre-octobre): 196-207 + 213

maison et autres sanctions du genre⁴⁴. Si l'on prend pour acquis que ces adolescentes seraient probablement tentées de passer par la Cour plutôt que d'avertir leurs parents, l'effet de ce type de contrainte ne toucherait qu'une infime partie des adolescentes, soit moins de 3% de celles-ci.

Quoiqu'il en soit, les lois d'implication parentales restent populaires auprès de l'opinion publique, ce qui permet aux États de les implanter sans réellement se questionner sur leur réelle efficacité.

Carte 3 : Période de consultation et délai obligatoires par État, 2005



Quant à la période de consultation obligatoire, le peu d'études qui se sont intéressées à celles-ci n'ont trouvé aucun impact significatif de leur part sur le taux d'avortement⁴⁵. La

⁴⁴ Henshaw, Stanley K. et Kathryn Kost. 1992. « Parental Involvement in Minors' Abortion Decisions ». *Family Planning Perspectives* 24 (septembre-octobre): 196-207 + 213.

⁴⁵ Dobie, Sharon A., Gary Hart, Ann Glusker, David Madigan, Eric H. Larson et Roger A. Rosenblatt. 1999. « Abortion Services in Rural Washington State, 1983-1984 to 1993-1994: Availability and Outcomes ». *Family Planning Perspectives* 31 (septembre-octobre): 241-245, et Meier, Kenneth J, Donald P. Haider-Markel, Anthony J. Stanislawski et Deborah Mcfarlane. 1996. « The Impact of State-Level Restrictions on Abortion ». *Demography* 33 (août): 307-312.

période de consultation obligatoire est une stratégie visant à s'assurer que les femmes qui veulent se faire avorter sont informées de manière adéquate et ont eu le temps de bien considérer leur choix et les options qui s'offrent à elles. La femme désirant se faire avorter doit ainsi se présenter une première fois à la clinique, pour recevoir de l'information sur l'avortement et les autres choix disponibles. L'information qui doit être fournie, celui qui doit fournir ces informations et comment celles-ci doivent être distribuées va varier selon l'État⁴⁶.

Pourtant, on peut se questionner sur la réelle efficacité de cette technique. Lors d'une étude à ce sujet, 76% des patientes ont souligné que rien ne pouvait les décourager de se faire avorter⁴⁷. En fait, 31% des femmes questionnées savaient déjà qu'elles allaient se faire avorter si elles tombaient enceintes. Les cliniques soulignent par ailleurs que peu de patientes changent d'idée après avoir reçu le matériel d'information, en fait plusieurs refusent même d'en prendre connaissance dans les États où la lecture de ceux-ci n'est pas obligatoire⁴⁸.

Dans plusieurs cas, le délai obligatoire – même s'il n'est que de 24 heures- va entraîner un retard beaucoup plus grand dans la procédure; avec une attente de 3-4 jours en

⁴⁶ Althaus, Frances A. et Stanley K. Henshaw. 1994. « The Effect of Mandatory Delay Laws on Abortion Patients and Providers ». *Family Planning Perspectives* 26 (septembre-octobre): 228-231.

⁴⁷ Kero, A., U. Högberg et A. Lalos. 2004. « Wellbeing and mental growth – long term effects of legal abortion ». *Social Science & Medicine* 58 (juin): 2559-2569

⁴⁸ Althaus, Frances A. et Stanley K. Henshaw. 1994. « The Effect of Mandatory Delay Laws on Abortion Patients and Providers ». *Family Planning Perspectives* 26 (septembre-octobre): 228-231.

moyenne alors qu'avant les patientes n'avaient qu'à prendre un seul rendez-vous et se faisaient avorter dans les 1-2 jours suivant leur appel⁴⁹. Sans faire varier le taux d'avortement total, cette mesure entraînerait une hausse de 2,3-2,6%⁵⁰ à 2,8%⁵¹ du nombre d'avortements de plus de 12 semaines, ce qui est énorme si l'on considère que le pourcentage initial était d'environ 10%. Celui-ci est encore plus important pour les avortements de deuxième trimestre, où le nombre de fournisseur est limité⁵².

L'impact du délai n'est pas homogène. En effet, les jeunes sont beaucoup plus touchées par ce type de mesures. La proportion des avortements de deuxième trimestre est 7,4% plus élevé chez les femmes de 18-19 ans que chez celles de 30 ans et plus. De plus, plus grande est la distance qui sépare la patiente de son fournisseur de service, plus grand est le délai pour l'avortement. Ceci va entraîner une augmentation de 3,3% dans les avortements de second trimestre pour celles qui doivent parcourir une distance de plus de 50 milles⁵³.

Enfin, des restrictions prohibant la procédure de «dilatation et extraction» (D&X), aussi connu sous le nom de «partial-birth act», ont été instaurés dans de nombreux États dès la fin de 1993. Cette restriction interdit aux médecins de pratiquer la méthode d'avortement de D&X, méthode pourtant considérée comme l'une des plus sécuritaires

lors des avortements de deuxième cycle. L'opposition au D&X n'est pas liée à sa sécurité, ni directement à la polémique concernant les avortements de deuxième trimestre. C'est plutôt la technique utilisée qui poserait selon eux problème, qui consiste à partiellement faire accoucher le fœtus pour ensuite séparer le corps de la tête avant d'ouvrir la nuque pour faciliter le passage de la boîte crânienne.

Même s'il arrive quelque fois qu'elle soit pratiquée à partir de la dixième semaine, la D&X est surtout utilisée après le «quickening», moment où théoriquement le fœtus serait viable s'il y avait expulsion naturelle⁵⁴. Cette technique était la plus pratiquée pour les avortements de deuxième trimestre (représentait 95% des avortements de ce type en 2000) jusqu'en novembre 2003, moment où le président [George W. Bush](#) approuva le projet de loi du «Partial-Birth Abortion Ban Act» qui rend illégale cette pratique dans l'ensemble des États américains. Depuis, trois cours d'État ont reconnu cette loi anticonstitutionnelle, mais la Cour suprême ne s'est pas encore positionnée à ce sujet.

Si la majorité des mesures instaurées depuis 1990 par les États visent à restreindre l'accès à l'avortement, il faut tout de même souligner l'effort de certains d'entre eux de s'assurer de la sécurité des procédures et des patientes. Vers la fin des années 1980, la polémique autour de l'avortement était telle que de nombreux manifestants n'hésitaient pas à utiliser la violence pour tenter d'influencer la décision des femmes qui désiraient se faire avorter, quelquefois allant jusqu'au meurtre pour imposer leur point de vue. Plusieurs États se sont positionnés contre ces mesures, en passant des lois protégeant à la fois les patientes contre le harcèlement des manifestants, mais aussi les cliniques et les docteurs des actes malveillants de ceux-ci. Dans la plupart des cas, les mesures implantées par les États établissaient un

⁴⁹ Althaus, Frances A. et Stanley K. Henshaw. 1994. « The Effect of Mandatory Delay Laws on Abortion Patients and Providers ». *Family Planning Perspectives* 26 (septembre-octobre): 228-231

⁵⁰ Bitler, Marianne et Madeline Zavodny. 2001. « The effect of abortion restrictions on the timing of abortions ». *Journal of Health Economics* 20 (novembre): 1011-1032

⁵¹ Joyce, Theodore et Robert Kaesner. 2000. « The Impact of Mississippi's Delay Law on the Timing of Abortion ». *Family Planning Perspectives* 32 (janvier-février): 4-13

⁵² Althaus, Frances A. et Stanley K. Henshaw. 1994. « The Effect of Mandatory Delay Laws on Abortion Patients and Providers ». *Family Planning Perspectives* 26 (septembre-octobre): 228-231

⁵³ Joyce, Theodore et Robert Kaesner. 2000. « The Impact of Mississippi's Delay Law on the Timing of Abortion ». *Family Planning Perspectives* 32 (janvier-février): 4-13

⁵⁴ Même si les experts ne s'entendent pas sur le moment exact du «quickening», qui est estimé vers les 13 à 18 semaines, la Cour suprême des États-Unis a statué lors de Roe que celui-ci avait lieu à 13 semaines.

périmètre de sécurité autour des cliniques et hôpitaux fournissant des avortements non thérapeutiques, et limitaient les contacts entre manifestants et patientes. En 2005, 36 États offraient une protection de ce genre, et plusieurs propositions sont présentement en attente dans les États qui n'en ont toujours pas.

Quoiqu'il en soit, les États-Unis ont tout de même tendance à prioriser des politiques sociales restrictives dans leurs plans de planification et de prévention, surtout en ce qui concerne l'avortement. De nombreuses études soulignent d'ailleurs que les femmes américaines ont beaucoup plus de chances de rencontrer des obstacles lors d'un avortement que leurs consœurs britanniques ou européennes⁵⁵. Pourtant, le taux d'avortement américain reste significativement plus élevé que celui des autres pays industrialisés⁵⁶. Ce qui soulève évidemment cette interrogation : les contraintes imposées par les États sont-elles réellement efficaces?

Plus qu'une simple considération morale ou démographique, l'avortement est avant tout considéré aux États-Unis comme un enjeu électoral. Les élus, visant à attirer des groupes d'électeurs de plus en plus polarisés, vont ainsi chercher à faire adopter des lois plus pour leur popularité que pour leur réelle efficacité. C'est particulièrement le cas pour l'avortement. Or, il est primordial d'évaluer les réels effets de ces contraintes, tant sur la variation des taux avortements que sur le moment de la procédure et la variation dans le nombre de grossesses pour arriver à mieux gérer les effets néfastes de ses procédures.

⁵⁵ Hock-Long, Linda, Roberta Herceg-Baron, Amy Cassidy et Paul G. Whittaker. 2003. « Access to Adolescent Reproductive Health Care Services: Financial and Structural Barriers to Care ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35 (mai-juin): 144-147, et Henshaw, Stanley K. et Laurence B. Finer. 2003. « The Accessibility of Abortion Services in the United States, 2001. ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35 (janvier-février): 16-24.

⁵⁶ Henshaw, Stanley K, Susheela Singh et Taylor Haas. 1999. « The Incidence of Abortion Worldwide ». *International Family Planning Perspectives* 25 (janvier): S30-S38.

Pour en savoir plus

Alan Guttmacher Institute. www.agi.com

Bankole, Akinrinola, Susheela Singh et Taylor Haas. 1998. « Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries ». *International Family Planning Perspectives* 24 (septembre): 117-127 + 152. www.guttmacher.org/pubs/journals/2411798.html

Bankole, Akinrinola, Susheela Singh et Taylor Haas. 1999. « Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review ». *International Family Planning Perspectives* 25 (juin): 68-77. www.guttmacher.org/pubs/journals/2506899.html

Benshoof, J. 1993. « Planned Parenthood v. Casey: the Impact of the New Induce Burden Standard on Reproductive Health Care ». *Journal of the American Medical Association* 269 (5 mai): 2249-2257. www.guttmacher.org/pubs/journals/3402502.html

Bitler, Marianne et Madeline Zavodny. 2002. « Did Abortion Legalization Reduce the Number of Unwanted Children? Evidence from Adoptions ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34 (janvier-février): 25-33. www.guttmacher.org/pubs/journals/3402502.html

Centers for Disease Control and Prevention www.cdc.gov

Dietz, Patricia M., Melissa M. Adams, Alison m. Spitz, Leo Morris et Christopher H. Johnson. 1999. « Live Births Resulting From Unintended Pregnancies: Is There Variation Among States? ». *Family Planning Perspectives* 31 (mai-juin): 132-136. www.guttmacher.org/pubs/journals/3113299.html

Dobie, Sharon A., Gary Hart, Ann Glusker, David Madigan, Eric H. Larson et Roger A. Rosenblatt. 1999. « Abortion Services in Rural Washington State, 1983-1984 to 1993-1994: Availability and Outcomes ». *Family Planning Perspectives* 31 (septembre-octobre): 241-245. www.guttmacher.org/pubs/journals/3124199.html

Finer, Laurence B. et Stanley K. Henshaw. 2003. « Abortion Incidence and Services in the United States in 2000 ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35 (janvier-février): 6-15. www.guttmacher.org/pubs/journals/3500603.html

Forrest, Jacqueline Darroch et Renee Samara. 1996. « Impact of Publicly Funded Contraceptive Services on Unintended Pregnancies and Implications for Medicaid Expenditures ». *Family Planning Perspectives* 28 (septembre-octobre): 188-195. www.guttmacher.org/pubs/journals/2818896.html

Haas-Wilson, Deborah. 1997. « Women's Reproductive Choices: The Impact of Medicaid Funding Restrictions ». *Family Planning Perspectives* 29 (septembre-octobre): 228-233. www.guttmacher.org/pubs/journals/2922897.html

- Henshaw, Stanley K. 1995a. « The Impact of Requirements for Parental Consent on Minors' Abortions in Mississippi ». *Family Planning Perspectives* 27 (mai-juin): 120-122.
www.guttmacher.org/pubs/journals/2712095.html
- Henshaw, Stanley K. 1995b. « Factors Hindering Access to Abortion Services ». *Family Planning Perspectives* 27 (mars-avril): 54-59 + 87.
www.guttmacher.org/pubs/journals/2705495.html
- Henshaw, Stanley K. 1997. « Teenage Abortion and Pregnancy Statistics by State, 1992 ». *Family Planning Perspectives* 29 (mai-juin): 115-122.
www.guttmacher.org/pubs/journals/2911597.html
- Henshaw, Stanley K. 1998a. « Abortion Incidence and Services in the United States, 1995-1996 ». *Family Planning Perspectives* 30 (novembre-décembre): 263-87.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3026398.html
- Henshaw, Stanley K. 1998b. « Unintended Pregnancy in the United States ». *Family Planning Perspectives* 30 (janvier-février): 24-29 + 46.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3002498.html
- Henshaw, Stanley K. et Dina J. Feivelson. 2000. « Teenage Abortion and Pregnancy Statistics by State, 1996 ». *Family Planning Perspectives* 32 (novembre-décembre): 272-280.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3227200.html
- Henshaw, Stanley K. et Kathryn Kost. 1996. « Abortion Patients in 1994-1995: Characteristics and Contraceptive Use ». *Family Planning Perspectives* 28 (juillet-août): 140-147 + 158.
www.guttmacher.org/pubs/journals/2814096.html
- Henshaw, Stanley K. et Laurence B. Finer. 2003. « The Accessibility of Abortion Services in the United States, 2001. ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35 (janvier-février): 16-24.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3501603.html
- Henshaw, Stanley K, Susheela Singh et Taylor Haas. 1999. « Recent Trends of Abortion Worldwide ». *International Family Planning Perspectives* 25 (mars): S30-8.
www.guttmacher.org/pubs/journals/2504499.html
- Hock-Long, Linda, Roberta Herceg-Baron, Amy Cassidy et Paul G. Whittaker. 2003. « Access to Adolescent Reproductive Health Care Services: Financial and Structural Barriers to Care ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35 (mai-juin): 144-147.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3514403.html
- Jones, Rachel K., Jacqueline E. Darroch et Stanley K. Henshaw. 2002. « Patterns in the Socioeconomic Characteristics of Women Obtaining Abortions in 2000-2001 ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34 (septembre-octobre): 226-235.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3422602.html
- Joyce, Theodore et Robert Kaesner. 2000. « The Impact of Mississippi's Delay Law on the Timing of Abortion ». *Family Planning Perspectives* 32 (janvier-février): 4-13.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3200400.html
- Joyce, Theodore, Robert Kaesner et Florence Kwan. 1998. « Is Medicaid Pronatalist? The Effect of Eligibility Expansions on Abortions and Births ». *Family Planning Perspectives* 30 (mai-juin): 108-113 + 127.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3010898.html
- Lichter, Daniel T., Diane K. McLaughlin et David C. Ribar. 1998. « State Abortion Policy, Geographic Access to Abortion Providers and Changing Family Formation ». *Family Planning Perspectives* 30 (novembre-décembre): 281-287.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3028198.html
- Matthews, Stephen, David Ribar et Mark Wilhelm. 1997. « The Effects of Economic Conditions and Access to Reproductive Health Services on State Abortion Rates and Birthrates ». *Family Planning Perspectives* 29 (mars-avril): 52-60.
www.guttmacher.org/pubs/journals/2905297.html
- NARAL: Pro-Choice America, www.naral.org
- National Right to Life, www.nrlc.org
- Primeau, Marie-Douce Marie-Douce Primeau, « [À droite toute ? Le juge Alito à l'assaut de la Cour suprême des États-Unis](#) », *Le Devoir*, 24 janvier 2006, p. A9.
- Primeau, Marie-Douce et Pierre Martin, « [Un conservateur pur et dur à la Cour suprême américaine ? L'avortement au coeur de la controverse](#) », *Le Devoir* (14 septembre 2005), p. A9.
- Rahman, Anika, Laura Katzive et Stanley K. Henshaw. 1998. « A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997 ». *International Family Planning Perspectives* 24 (juin): 56-64.
www.guttmacher.org/pubs/journals/2405698.html
- Singh, Susheela, Jacqueline E. Darroch et Jennifer Frost. 2001. « Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Women's Sexual and Reproductive Behavior: The Case of Five Developed Countries ». *Family Planning Perspectives* 33 (novembre-décembre): 251-258 + 289.
www.guttmacher.org/pubs/journals/3325101.html
- Sollom, Terry, Rachel Benson Gold et Rebekah Saul. 1996. « Public Funding for Contraceptive, Sterilization and Abortion Services, 1994 ». *Family Planning Perspectives* 28 (juillet-août): 166-173.
www.guttmacher.org/pubs/journals/2816696.pdf
- United States Supreme Court. 2005. *The Justices of the Supreme Court*
www.supremecourtus.gov/about/biographiescurrent.pdf

Tableau 1
Les juges de la Cour suprême et leur position face aux questions reproductives

Nom	Année de nomination	Position
Les neuf juges actuels		
-- Juge en chef -- John G. Roberts (1955-)	2005- (G.W. Bush)	Roberts est un conservateur notoire. Sa position sur Roe v. Wade n'est pas univoque. Plusieurs de ses avis juridiques antérieurs laissent supposer qu'il doute du bien-fondé de cette décision, mais il a aussi affirmé que celle-ci fait figure de précédent et qu'il ne croit pas qu'il y ait lieu de renverser une décision ayant une telle stature.
Samuel Alito (1950-)	2006- (G.W. Bush)	Alito a confié au comité sénatorial qu'il n'a pas l'intention de renverser le précédent de Roe v. Wade , mais il est clair qu'il appuierait des restrictions supplémentaires à l'avortement qui ne supposeraient pas un renversement complet de cette décision.
Antonin Scalia (1936-)	1986- (R. Regan)	Ouvrtement Pro-vie, le Juge Scalia est non seulement un grand partisan des restrictions à l'avortement, mais désire renverser Roe v. Wade : « The Constitution contains no right to an abortion ». (Ohio v. Akron Center)
Clarence Thomas (1948-)	1991- (G.H.W. Bush)	Non seulement partisan de sévères restrictions à l'accès à l'avortement et aux services reproductifs, mais a clairement émis le désir de renverser Roe .
Steven G. Breyer (1938-)	1994- (B. Clinton)	Pro-Choix convaincu. C'est le juge Breyer qui a rédigé l'opinion de la majorité dans Stenberg v. Carhart , ce qui est considéré par plusieurs comme le jugement le significatif depuis Casey .
Ruth Bader Ginsburg (1933-)	1993- (B. Clinton)	Ancienne directrice du groupe de défense pro-choix American Civil Liberties Union's Women's Right Project, la Juge Ginsburg s'est opposée depuis sa nomination à toutes les tentatives de restreindre l'accès à l'avortement et aux autres services reproductifs.
John Paul Stevens (1920-)	1975- (G. Ford)	Présentement considéré comme le plus grand partisan de Roe v. Wade .
Anthony Kennedy (1936-)	1988- (R. Regan)	<i>Swing vote</i> : Tout en appuyant l'essentiel de Roe v. Wade , le Juge Kennedy est tout de même partisan de restrictions sévères à l'accès à l'avortement.
David H. Souter (1939-)	1990- (G. Bush)	<i>Swing vote</i> : Même si, dans la majorité des cas, il a appuyé l'essentiel de Roe et les positions pro-choix, il a été le vote décisif dans Rust V. Sullivan .
Les départs récents		
-- Juge en chef -- William Rehnquist (1924-2005)	1972-2005 (R. Nixon) (nommé juge en chef par Reagan en 1986)	Considéré par plusieurs comme le juge le plus farouchement opposé à l'avortement. Faisant partie à l'époque de la minorité dissidente de Roe v. Wade , Juge Rehnquist a clairement émis le désir de renverser cette décision : « We believe that Roe was wrongly decided, and it can and should be overruled [...] » (Casey).
Sandra Day O'Connor (1930-)	1981- 2005 (R. Regan)	<i>Swing vote</i> : Même si la Juge O'Connor appuyait l'essentiel de Roe v. Wade , elle était tout de même partisane des restrictions lorsque celles-ci ne représentent pas une réelle contrainte chez les patientes. Première femme à la Cour suprême, la Juge O'Connor a annoncé sa retraite le 1 ^{er} juillet 2005.

¹ SOURCE : NARAL, et Alan Guttmacher reports; voir aussi [Primeau \(2006\)](#) et [Primeau et Martin \(2005\)](#).

Tableau 2		
Jugements de la Cour suprême concernant l'avortement, 1973-2003		
Année	Jugement	Résumé de la décision de la Cour
1973	Roe v. Wade	Invalide la loi du Texas empêchant les avortements non nécessaires à préserver la vie de la patiente. Statue que le droit fondamental à la vie privée s'étend à la décision d'avoir ou non un avortement, et que toute interférence gouvernementale devrait être surveillée. Les États peuvent toutefois réguler les procédures dans l'intérêt de promouvoir la santé de la femme, sans toutefois créer un « undue burden » chez celle-ci. Après le moment où le fœtus devient viable, soit à environ 24- 28 semaines de gestation, les États sont toutefois libres de légiférer comme ils leur semblent, sauf si la vie de la patiente serait mise en danger par la grossesse.
1973	Doe v. Bolton	Les patientes ne sont plus obligées de résider dans l'État où la demande de procédure est faite. De plus, les avortements ne doivent plus être pratiqués uniquement dans des hôpitaux accrédités.
1975	Bigelow v. Virginia	Permet la publicité concernant les avortements légaux.
1975	Connecticut v. Menillo	Statue que les États peuvent demander que les avortements ne soient pratiqués que par des docteurs.
1975	Greco v. Orange Memorial Hospital Corporation	Permet aux hôpitaux privés mais financés par les fonds publics de refuser de pratiquer des avortements électifs.
1976	Bellotti v. Baird (I)	Renverse la décision d'une cour de district et statue que les États, dans certaines circonstances, peuvent demander le consentement des parents avant d'accéder à la demande d'une mineure de se faire avorter.
1976	Planned Parenthood of (Central) Missouri v. Danforth	Rend anticonstitutionnelle l'obligation d'avoir le consentement du partenaire, et le veto du parent sur l'avortement d'une mineure. Renverse la prohibition d'avortement par procédure saline après 12 semaines de gestation. Toutefois, statue que la demande de consentement écrit et de rapport de la part des docteurs du nombre de procédures sont des restrictions valides.
1977	Beal v. Doe	Statue que les États qui refusent d'utiliser Medicaid pour financer les avortements non thérapeutiques ne violent pas le Title XIX de l'Acte de Sécurité Sociale
1977	Maher v. Roe	Statue que le fait que les États ne financent pas les avortements non thérapeutiques avec Medicaid n'est pas anticonstitutionnel
1977	Poelker v. Doe	Statue que les hôpitaux publics municipaux ne sont pas obligés de pratiquer des avortements non thérapeutiques.
1979	Bellotti v. Baird (II)	Renverse l'obligation du consentement parental chez les mineures, sauf dans les cas où une alternative confidentielle serait proposée.

1979	Colautti v. Franklin	Renverse la nécessité de sauver la vie du fœtus si celui-ci est viable.
1980	Harris v. McRae	Confirme la constitutionnalité de l'Amendement Hyde (1976), qui restreint l'utilisation des fonds fédéraux de Medicaid uniquement aux avortements nécessaires à la santé de la patiente
1980	Williams v. Zbaraz	Statue que les États ne sont pas obligés de payer pour les avortements nécessaires chez les femmes éligibles à Medicaid
1981	H.L. v. Matheson	Permet aux États de demander que les parents des mineures non émancipées ou jugées immatures soient mis au courant de la procédure.
1983	City of Akron v. Akron Center for Reproductive Health (Akron I)	Renverse la légalité du délai de 24 heures, la nécessité d'hospitalisation pour les avortements de second trimestre, et le consentement parental chez les mineures sans bypass judiciaire.
1983	Planned Parenthood Association of Kansas City v. Ashcroft	Renverse la nécessité pour les patientes du Missouri de se faire hospitaliser pour les avortements de second trimestre
1983	Simopoulos v. Virginia	Confirme le droit de la Virginie de demander une hospitalisation pour les avortements de second trimestre dans ses hôpitaux, en autant qu'il y existe des cliniques externes offrant le même service où l'hospitalisation n'est pas obligatoire.
1986	Thornburgh v. American College of Obstetrics and Gynecology	Renverse la nécessité des docteurs de s'assurer du « consentement informé » de la patiente, de rendre publiques des informations détaillées au sujet de la procédure, du personnel et de la patiente. Aussi, renverse la nécessité d'avoir deux docteurs lors d'un avortement de deuxième trimestre, et de préserver la vie du fœtus lorsque possible.
1989	Webster v. Reproductive Health Services	Confirme la constitutionnalité de la loi du Missouri, qui empêche les hôpitaux et cliniques financées par fonds publics de pratiquer des avortements non thérapeutiques.
1990	Hodgson v. Minnesota	Même si les États ne peuvent forcer les mineures à mettre au courant leurs deux parents, permet à ceux-ci de demander que les parents soient avertis en autant qu'un bypass judiciaire soit disponible pour celles qui ne désireraient pas les mettre au courant de leur choix. De plus, la Cour a statué que les États peuvent demander un délai de 48 heures entre le moment où les parents sont mis au courant de l'intention de la mineure et le moment de la procédure.
1990	Ohio v. Akron Center for Reproductive Health (Akron II)	Permet aux États de demander qu'un des parents soit mis au courant de la procédure pour qu'une mineure ait le droit de se faire avorter. Les États peuvent aussi demander que les docteurs avertissent eux-mêmes les parents de la mineure. La Cour n'a toutefois pas statué sur la nécessité d'avoir un bypass dans les États ne nécessitant la notification qu'un des deux parents.

1991	Rust V. Sullivan	La cour a confirmé la constitutionnalité des restrictions imposées par le gouvernement, qui empêchait les cliniques financées par le Title X de donner des informations sur l'avortement, même lorsque celles-ci étaient demandées par les patientes.
1992	Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey	Confirme les principes de Roe, tout en permettant la période de délais de 24 heures, le consentement des parents pour les mineures, la nécessité des docteurs de rapporter les avortements mais renverse la nécessité de mettre au courant le mari de la procédure.
1993	Bray v. Alexandria Women's Health Clinic	Statue que les droits civils ne peuvent protéger les patientes des manifestants.
1994	National Organization for Women v. Scheidler (Scheidler I)	Permet au statut fédéral anti-racket d'être utilisé lors des actions en civil contre les manifestant utilisant la violence.
1994	Madsen v. Women's Health Center	Confirme la constitutionnalité des restrictions quant aux démonstrations anti-avortement près des cliniques (FACE : Freedom of Access to Clinic Entrance Act)
1997	Schenck v. Pro-Choice Network of Western New York	Renverse la légalité d'une zone flottante, qui aurait créé une aire protégée autour des patientes et des véhicules entrant et quittant les cliniques.
1997	Lambert v. Wicklund	Confirme la nécessité du by-pass judiciaire dans les cas où les mineures sont dans l'obligation de mettre au courant leurs parents de leurs intentions, même lorsque l'information d'un seul des parents est nécessaire.
1997	Mazurek v. Armstrong	Confirme la constitutionnalité des États qui exigent que les avortements soient uniquement pratiqués par des docteurs accrédités.
2000	Stenberg v. Carhart	Statue que le « Partial Birth Ban », qui rend la procédure Dilatation et Extraction (D&E) illégale, est inconstitutionnel
2000	Hill v. Colorado	Confirme la constitutionnalité de la zone de protection de 100 pieds entre les cliniques et les manifestants instaurée par le Colorado pour protéger les patientes et docteurs,
2003	Scheidler v. national organization for Women (Scheidler II)	Statue que les manifestants ne peuvent être traduits en justice sous l'Acte Hobbs (un statut anti-extorsion), parce que les services d'avortement et le droit des docteurs à fournir ceux-ci ne peuvent être considérés comme un bien, une <i>propriété</i> .

¹ SOURCE : NARAL, et Alan Guttmacher reports.

Notes & Analyses sur les États-Unis/on the USA

Cette série est publiée par la Chaire d'études politiques et économiques américaines de l'Université de Montréal (www.cepea.umontreal.ca). Elle présente des travaux de synthèse, des analyses plus approfondies et des notes de recherche sur des enjeux contemporains touchant la politique et l'économie aux États-Unis ou les relations entre le Québec, le Canada et les États-Unis.

This series is published by the Chair in American Political and Economic Studies at the Université de Montréal (www.cepea.umontreal.ca). It features short notes, analytical works and working papers on contemporary political and economic issues in the United States, or relations between Québec, Canada and the United States.

16. Marie-Douce Primeau et Pierre Martin, [La situation de l'avortement aux États-Unis : le contexte juridique national et les politiques restrictives dans les États](#) (Note), décembre 2006.
15. Jean Philippe Brosseau, Stéphanie Rault & François Vaillancourt, [Healthcare and Welfare Reforms in the United States and Canada in the 1990s: Description and Evaluation](#) (Analysis/analyse), October/octobre 2006.
14. Minea Valle Fajer, [Le corridor Québec-New York / The Québec-New York Corridor](#) (Note), « Le Québec en Amérique du Nord / Québec in North America », Septembre/September 2006.
13. Rolando Gonzalez, [Le Québec et le secteur de la biotechnologie en Amérique du Nord / Québec and the Biotech Industry in North America](#), (Note), « Le Québec en Amérique du Nord / Québec in North America », Avril/April 2006.
12. Stephen Blank, [North American Trade Corridors : An Initial Exploration](#) (Analysis/analyse), March/mars 2006.
11. Christian Trudeau & Pierre Martin, [L'impact des délocalisations sur l'emploi dans les services : estimations préliminaires pour le Québec, le Canada et les États-Unis](#) (Note), mars 2006.
10. Lauris Apse, [Hollywood Nord-Est? La production de films nord-américains au Québec / Hollywood Northeast? North American Film Production in Québec](#), (Note), « Le Québec en Amérique du Nord / Québec in North America », mars 2006.
9. David Descôteaux, [Quebecor World et les atouts d'une plateforme nord-américaine / Quebecor World and the benefits of a North American Platform](#), (Note), « Le Québec en Amérique du Nord / Québec in North America », février 2006.
8. Alain-Michel Ayache, [Exporter aux États-Unis dans le nouveau contexte de sécurité: l'expérience de CLIC Import-Export / Exporting to the United States in the New Security Context : The Case of CLIC Import-Export](#), (Note), « Le Québec en Amérique du Nord / Québec in North America », février 2006.
7. Linda Lee, Christian Trudeau & Pierre Martin, [Délocalisation outre frontière de l'emploi : mise à jour sur l'activité législative aux États-Unis](#) (Note), septembre 2005.
6. Linda Lee, [Inventaire des politiques industrielles aux États-Unis : portrait d'un paradoxe](#) (Note), août 2005.
5. Pierre Martin & Christian Trudeau, [The Political Economy of State-Level Legislative Response to Services Offshoring in the United States, 2003-2004](#) (working paper / note de recherche), April/Avril 2005.
4. Richard Nadeau & Pierre Martin, [La présidentielle de 2004. Une lutte serrée, des conventions au vote... et au delà](#) (Analyse), novembre 2004.
3. Daniel Brisson, Alexandre Carette & Pasquale Salvaggio, [Élections présidentielles américaines. Comment se distinguent les candidats sur les principaux enjeux de politique étrangère ?](#) (Note), octobre 2004.
2. Linda Lee, [Les politiques d'achat chez nous à l'américaine : le retour en force des lois « Buy American » aux États-Unis](#) (Note), septembre 2004.
1. Linda Lee, [Délocalisation outre frontière de l'emploi : le point sur l'activité législative aux États-Unis](#) (Note), juin 2004.