



Notes et projets
18 janvier 2021

Parachever la loi Veil 46 ans après

**Colloque organisé conjointement par la revue Vision et le think-tank Lisa
le 8 décembre 2020**

Pr Diane Roman, *professeure à l'École de droit de la Sorbonne. Thèmes de recherche dans le domaine des droits fondamentaux, de l'égalité femmes-hommes, et du droit sanitaire et social.*

La loi Veil a dépénalisé l'avortement sous des conditions très dissuasives, le discours de Simone Veil présentant l'avortement comme l'ultime recours pour les situations sans issue. Mais la loi Veil a depuis connu de nombreuses évolutions. En 1979, le dispositif adopté initialement à titre expérimental a été pérennisé. En 1982, l'IVG est partiellement remboursée par l'Assurance maladie (elle sera totalement remboursée à partir de 2014). En 2001, le délai d'IVG passe de 10 à 12 semaines. En 2014, la condition de « détresse » de la femme enceinte est supprimée, même si les juges considéraient depuis plus de vingt ans que c'est à la femme, et elle seule, d'apprécier la réalité de sa situation de détresse. En 2016, le délai de réflexion de 7 jours est supprimé et l'on reconnaît aux sages-femmes la possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses. L'interruption médicale de grossesse n'a pas connu d'évolution aussi notable ; elle est laissée à l'évaluation de comités de médecins en cas de danger pour la vie de la femme enceinte ou de maladie grave et incurable du fœtus.

Comment le droit en France considère-t-il l'avortement aujourd'hui ? L'IVG est-elle conçue comme un droit des femmes, ou reste-t-elle une exception tolérée ? Un droit pourrait être défini comme une prérogative individuelle juridiquement protégée et fondée sur l'auto-détermination de la personne (choix opposable aux tiers). L'article 2212-1 du Code de la Santé publique dispose que « la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou une sage-femme une interruption de grossesse, qui peut être pratiquée avant la fin de la 12^e semaine de grossesse. Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables ».

Deux lectures de cette loi peuvent être distinguées. Tout d'abord, une lecture optimiste, qui voit dans cet article la consécration des droits des femmes à disposer de leurs corps, qui serait par exemple présente dans l'idée de liberté de la femme enceinte, qui n'aurait nul besoin de l'autorisation de son mari ou du médecin pour recourir à une IVG. Le Conseil constitutionnel parlait même d'un « droit de recourir à une IVG » dans une décision de 2014. La jurisprudence française placerait donc l'IVG du côté des droits fondamentaux. L'IVG constitue également une liberté protégée au titre de la protection internationale des droits humains, parmi les droits sexuels et génésiques qui sont désormais consacrés. Le Comité des droits de l'Homme des Nations Unies l'a reconnu en 2016, à propos de la situation des femmes irlandaises. Enfin, l'IVG serait bien un droit car elle est opposable aux tiers : le Code de la Santé publique oblige le service public hospitalier à garantir un accès effectif à l'IVG.

Ensuite, une lecture moins optimiste : fondamentalement, l'IVG est envisagée par le législateur français comme une dérogation au droit à la vie, consacré dans le Code civil. Le Conseil constitutionnel a considéré en 2001 que l'IVG pose un problème car il faut concilier la liberté de la femme enceinte et la dignité de la personne humaine (le fœtus envisagé comme une personne humaine potentielle). De plus, l'avortement est présenté comme une concession faite dans un cadre de santé publique (cet argumentaire de Simone Veil en 1974 a encore été repris par Marisol Touraine en 2016). Enfin, l'organisation du dispositif est centrée sur le praticien qui peut refuser de pratiquer l'IVG en faisant valoir une clause de conscience. Pour finir, la naissance est considérée comme un événement heureux par le juge : dès lors l'échec d'une IVG (même en cas de faute médicale) ne peut constituer un préjudice indemnisable. Le droit français ne considère donc pas l'avortement comme un droit des femmes à part entière.

Marie-Pierre Rixain, députée de la 4^e circonscription de l'Essonne depuis 2017 après un parcours de consultante dans les réseaux de Santé sur les secteurs périnataux, Présidente de la Délégation au droit des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes à l'Assemblée nationale et commissaire aux affaires sociales.

L'IVG est une question de choix : choix d'interrompre sa grossesse, de choisir un lieu, un praticien, une méthode. C'est un droit qui doit être assuré pour toutes les femmes, quels que soient leur lieu de vie, leur condition sociale, leur âge... La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a publié un rapport^[1] au terme d'un travail d'envergure mettant en avant les nombreuses défaillances de l'effectivité du droit à l'IVG, notamment pour les femmes mineures, isolées, issues de l'immigration ou disposant de faibles ressources. Le rapport avance donc des propositions pour faire de ce droit formel à l'IVG un droit réel.

Le premier obstacle identifié dans le parcours d'IVG est le manque d'information, qui alimente le tabou lié à l'IVG et mène à une errance médicale allongeant les délais de recours. Il faut donc approfondir les outils de sensibilisation et d'information, notamment pour les plus jeunes générations : faire connaître au public le site et le numéro d'appel du gouvernement, mais aussi généraliser les initiatives locales comme le REVHO en créant un annuaire régional des professionnels pratiquant l'IVG géré par les ARS – mesure d'autant plus essentielle que les zones rurales font face à une pénurie de professionnels et d'établissement de santé pratiquant l'IVG. Il faut donc également de nouveaux praticiens et de nouvelles structures. C'est pourquoi le rapport

préconise que les sages-femmes qui le souhaitent et qui auraient été formées en ce sens puissent pratiquer l'IVG chirurgicale (elles pratiquent déjà l'IVG médicamenteuse et plusieurs actes chirurgicaux).

Le rapport propose également d'allonger le délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville de 5 à 7 semaines de grossesse de manière permanente, à l'instar de ce qui est pratiqué dans les établissements de santé, et d'allonger le recours à l'IVG chirurgicale de 12 à 14 semaines de grossesse pour éviter aux 3000 à 5000 femmes par an qui se rendent à l'étranger pour avorter d'effectuer une démarche aussi complexe que coûteuse (souvent liée aux délais de prise en charge de l'IVG en France). Une étude de l'INED de 2015 a montré que la loi de 2001 allongeant le délai de 10 à 12 semaines n'a eu pour effet ni un allongement durable de la durée de la grossesse avant IVG ni une augmentation du nombre d'IVG.

La Délégation au droit des femmes mène un combat législatif pour faire de ce droit formel à l'avortement un droit effectif ; elle a par exemple fait adopter la systématisation du tiers payant dans le cadre du recours à l'IVG dans le cadre de la Loi de financement de la sécurité sociale 2021, et l'élargissement des conditions d'accès à l'IVG en situation de détresse psycho-sociales. Elle considère que l'aboutissement de la consultation du CCNE (saisi par le gouvernement) au sujet de l'IVG ne conditionnera pas ses engagements car l'IVG est pour elle une question de droit des femmes et non une question d'éthique. Le CCNE a, depuis la tenue du colloque, conclu qu'il n'existait pas d'obstacle de nature éthique à l'allongement du terme de l'IVG.

Véronique Séhier, *membre du Conseil économique et social et de la délégation aux droits des femmes, ancienne présidente du Planning familial.*

Les délais légaux de recours à l'avortement sont très variables d'un pays à l'autre, de 6 semaines à pas de délai. En Europe, le délai est de 10 semaines au Portugal, en Croatie, en Slovénie ; de 12 semaines en France (moyenne européenne), il passe à 18 semaines en Suède, 22 semaines aux Pays-Bas et 24 semaines en Angleterre. Cette fluctuation montre bien le caractère arbitraire de ces délais.

Ce délai fait de l'avortement une liberté consentie aux femmes et non un droit qui leur serait accordé à part entière. Il suggère la reconnaissance implicite d'un droit au fœtus au-delà d'un certain seuil (14 semaines d'aménorrhée en France), alors que la science n'en dit rien.

Or, comme le dit l'OMS, les restrictions à l'avortement ne réduisent jamais le nombre d'avortements ; elles ne font que mettre en danger la santé des femmes. Elles introduisent de plus des inégalités entre les femmes qui ont les moyens d'aller avorter à l'étranger et celles qui ne le peuvent pas. Ces dernières se voient parfois obliger de mettre leur santé en danger en faisant appel à des services de prestataires non qualifiés ou en tentant d'avorter par leurs propres moyens.

Les femmes sont hors délai pour de multiples raisons valables : problèmes d'organisation des services de soin, avec de réelles inégalités territoriales, manque d'information, baisse du nombre de professionnels et d'établissements de santé pratiquant l'IVG, manque de formation des professionnels erreur de diagnostics,

double clause de conscience qui provoque de l'errance médicale car souvent elle n'est pas déclarée, découverte tardive de la grossesse...

Forcer une femme à poursuivre une grossesse non voulue est une violence ; il faut donc lever tous les obstacles à l'effectivité de la loi actuelle et s'assurer que toutes les femmes aient accès à l'IVG. Pour cela, il faut renforcer l'accès aux services IVG, ainsi qu'à l'information et à la contraception pour les femmes comme pour les hommes, lutter contre la désinformation des mouvements anti-choix qui veulent influencer les gouvernements en Europe, renforcer la formation des professionnels de santé pour éviter les réticences et la souffrance de ceux qui pratiquent l'IVG, notamment chirurgicale. Mais cela ne suffira pas. Il faut aussi donner la possibilité aux sages-femmes de pratiquer des IVG instrumentales, supprimer la clause de conscience spécifique à l'IVG, et étendre le délai légal actuel.

L'avortement doit être un droit effectif en France pour toutes les femmes ; il est crucial de le rappeler pendant cette crise sanitaire, où l'IVG a trop souvent été considérée comme un soin non urgent.

Silvia de Zordo, docteur en anthropologie sociale diplômée de l'EHESS, chercheuse Ramón y Cajal à l'Université de Barcelone et chercheuse principale du projet de recherche financé par l'ERC (European Research Council) intitulé « Femmes qui voyagent en quête de soins d'interruption de grossesse en Europe » (BAR2LEGAB – 680004).

Ce projet de recherche^[2] est une étude européenne à méthodologie mixte sur les obstacles à l'avortement légal et les voyages transfrontaliers et à l'intérieur du propre pays de résidence en quête de soins d'interruption de grossesse. Selon des données accessibles au public, plus de 3800 femmes non néerlandaises et non britanniques provenant de pays où l'avortement est légal ont demandé des soins d'avortement aux Pays-Bas et en Angleterre entre 2017 et 2018. Les Pays-Bas, l'Angleterre et l'Espagne sont les trois destinations principales des femmes qui partent à l'étranger pour avorter, où les participantes à la première phase de cette étude ont été recrutées (la majorité aux Pays-Bas et en Angleterre). Les femmes provenant des pays avec des lois relativement libérales sur l'avortement (56% venant d'Allemagne et 23% de France) qui ont répondu au questionnaire aux Pays-Bas et en Angleterre (204) se sont présentées pour des soins d'avortement à la clinique de destination à un âge gestationnel^[3] médian de 18 semaines. En moyenne, près de 4 semaines ont passé entre le moment où elles ont demandé des soins pour la première fois et le moment où elles les ont reçus. La grande majorité des femmes interrogées, y compris les femmes provenant de France, auraient préféré une IVG plus tôt, dans leur pays. Les restrictions de délai dans leur pays d'origine étaient la principale raison de déplacement : 56% des femmes qui ont répondu au questionnaire en Angleterre et aux Pays Bas ont confirmé leur grossesse à 14 semaines ou plus tard^[4].

En ce qui concerne les femmes provenant de France qui ont répondu au questionnaire dans les trois pays de destination, elles ont confirmé leur grossesse en moyenne à 13 semaines et 4 jours et ont demandé un avortement à 13 semaines et 5 jours. 35% des participantes provenant de France ont confirmé leur grossesse / demandé des soins d'avortement entre 14 et 16 semaines d'âge gestationnel (données non publiées). Les entretiens recueillis en Angleterre, Pays-Bas et Espagne (30) révèlent que la raison

principale de dépassement des délais légaux dans le pays de résidence des participantes est la découverte tardive de leur grossesse (cycle menstruel irrégulier combiné à des circonstances de vie angoissantes ou de la désinformation ; voire aucun signe de grossesse).

Respectivement 29 % et 26% des femmes qui ont répondu au questionnaire en Angleterre et aux Pays-Bas ont eu besoin de plus d'une semaine pour collecter des fonds pour partir. Le coût moyen de la procédure d'avortement était de 947 € pour l'Angleterre et 864 € pour les Pays-Bas, auquel il faut ajouter le coût du transport et logement (données non publiées). 18% des participantes au questionnaire ont déclaré une insécurité financière modérée à grave. Entre 6 et 7 % des femmes ont tenté de mettre fin à leur grossesse par elles-mêmes avant de voyager aux Pays-Bas ou en Angleterre, y incluses 4 femmes provenant de France (données non publiées). Il faut garder à l'esprit que nous avons interviewé des femmes qui ont voyagé à l'étranger, mais nous ne savons pas ce que font celles qui ne parviennent pas à voyager.

En conclusion, les déplacements à l'étranger pour une IVG sont un phénomène important en Europe, malgré les lois « libérales » à ce sujet. La recherche de soins légaux d'interruption de grossesse peut être très difficile et l'obstacle principal qui pousse les femmes à voyager à l'étranger pour une IVG sont les délais légaux nationaux à la fin du premier trimestre de grossesse. Les déplacements posent une variété de difficultés (délai, coûts...). Certains agents sociaux sont clés pour surmonter les obstacles : Planning familial en France, médecins, sage femmes et sites d'information pro-choix... Cette étude soulève des questions sur l'impact de la fragmentation des politiques d'IVG en Europe et sur les inégalités sociales et de genre que ces politiques exacerbent.

Pr Yves Ville, *Obstétricien, spécialiste de Médecine fœtale, membre titulaire de l'Académie nationale de médecine.*

Le Collège national de gynécologie obstétrique français, le Conseil national de l'ordre des médecins, l'Académie nationale de médecine et le SYNGOF se sont positionnés contre la suppression de la double clause de conscience et contre la participation des sages-femmes aux IVG chirurgicales. Les arguments avancés pour justifier cette position sont les suivants :

- Risques inconsidérés pour la santé de la femme, avec un décuplement des risques pris pour la femme en passant 14 à 16 semaines d'aménorrhée ;
- Problème éthique car les médecins seraient « forcés » de pratiquer l'IVG contre leur volonté et car le fœtus aurait certains droits à partir de 14 semaines d'aménorrhée. Mais l'embryon devient un fœtus dès la 10e semaine ; entre la 14e et la 16e semaine d'aménorrhée, il ne change que très peu (sa taille augmente de 3cm et son poids de 20 grammes) ;
- Une qualification chirurgicale est nécessaire pour réaliser des IVG chirurgicale notamment entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée. Mais c'est oublier qu'il arrive souvent que ce soient des internes débutants qui réalisent ce geste dans les services sans structuration de l'orthogénie ;
- L'IVG est un échec de contraception et demande une réponse rapide et de la prévention. L'échec de contraception est cependant loin de résumer le recours à l'IVG.

Face à ces arguments, il faut rappeler les faits, mais aussi les positions personnelles des membres de ces associations, qui se positionnent selon des logiques corporatistes et ont parfois des combats personnels anti-IVG (notamment le président du SYNGOF). Etant donné que seuls 3 % des praticiens de ces disciplines sont impliqués dans l'organisation et la réalisation d'IVG, ces associations sont-elles légitimes pour s'exprimer sur le sujet ? L'avis voire le pouvoir médical, devenu omniprésent avec la Covid, est-il vraiment légitime pour s'exprimer sur des questions sociétales comme l'IVG ?

Le but de ce colloque est de réunir un corpus d'informations, pour bien distinguer les faits des opinions.

Nathalie Trignol, *médecin généraliste à Tours, médecin praticienne hospitalière, référente du centre d'orthogénie de Tours, présidente de l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception.*

L'Association nationale des centres d'Interruption de grossesse et de contraception (ANCIC) a été fondée en 1979 ; elle rassemble des médecins, des conseillères conjugales et familiales, des infirmières, des sages-femmes, des psychologues et toute personne participant à la défense des droits des femmes. L'ANCIC s'est positionnée en faveur de la proposition de loi d'Albane Gaillot, tout particulièrement sur l'allongement du délai de deux semaines, la suppression de la double clause de conscience et la possibilité pour les sages-femmes de pratiquer des IVG instrumentales.

L'ANCIC a interpellé les professionnels de terrain pour leur demander s'ils étaient prêts ou non à pratiquer les actes qui seraient autorisés par cette nouvelle loi. 412 d'entre eux ont répondu présent en signant un manifeste^[5] en faveur de l'allongement du délai de recours à l'IVG à 14 semaines de grossesse. La grande majorité de ces professionnels sont des médecins généralistes (193) et des sages-femmes (187) ; peu de gynécologues ont répondu (32).

On estime à 2000 maximum le nombre de femmes par an qui auraient besoin d'une IVG entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée ; ce qui représenterait moins de 20 femmes par an et par département et donc moins d'une femme par jour et par département. Le nombre de professionnels de santé ayant répondu présent est suffisant pour prendre en charge ces femmes. Nous pouvons donc rassurer les professionnels de santé qui ne souhaitent pas pratiquer l'IVG entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée : ils n'y seront pas forcés car un nombre suffisant de leurs collègues a déjà donné son accord.

Philippe Faucher, *gynécologue-obstétricien praticien hospitalier, responsable du centre d'orthogénie de l'hôpital Trousseau à Paris, un des fondateurs et présidents du REVHO, Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'orthogénie.*

Un argument avancé contre l'allongement du délai de recours à l'IVG est qu'il augmenterait les complications et la mise en danger des femmes dans l'IVG. Face à cet argument, il s'agit de rappeler les faits.

Il existe trois méthodes pour avorter : l'avortement médicamenteux et l'avortement chirurgical qui se divise en deux méthodes, l'avortement par aspiration et l'avortement par dilatation-évacuation.

Sur les 262 décès maternels entre 2013 et 2015, seules trois femmes sont décédées après une IVG ; la mortalité liée à un IVG est de 0,5 sur 100 000. Ce ratio peut être comparé à d'autres causes de décès prématurés évitables : par exemple, le risque de mourir en chutant accidentellement est de 1,6 sur 100 000 (donc trois fois plus que la mortalité liée à l'IVG).

Le risque d'hémorragie grave avec transfusion est de moins de 0,7% pour le premier et le deuxième trimestre de grossesse, quelle que soit la méthode : il n'augmente pas avec l'allongement du délai. Le risque de déchirure du col de l'utérus (peu dangereux car il suffit de suturer le col) est très faible, à la fois au premier (0,01 à 1,03%) et deuxième trimestre (1,16%) de grossesse. Le risque de perforation de l'utérus est de 0,1% avant et après 14 semaines d'aménorrhée. Le taux d'infection au premier trimestre de la grossesse est de l'ordre de 1% pour le premier trimestre, et de 0,8% à 4% pour le deuxième trimestre. Le risque de geste chirurgical après IVG médicamenteuse est de 8% au premier trimestre et 38% au second trimestre, mais il est plus considéré comme un geste complémentaire que comme une complication. Enfin, le risque de rupture utérine sur un utérus cicatriciel au deuxième trimestre après la méthode médicamenteuse est extrêmement faible.

L'interruption de grossesse est donc un geste très sûr ; la mortalité est infime, que ce soit au premier ou second trimestre. Les complications sérieuses sont rarissimes ; toujours en dessous de 1%. Il n'y a aucune preuve scientifique pour dire que la probabilité de complications sérieuses croît de façon significative si le délai est augmenté jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée.

Dre Sophie Gaudu, *praticienne hospitalière, responsable de l'unité fonctionnelle d'orthogénie de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, présidente du REVHO, responsable du premier enseignement sur la régulation des naissances en France.*

En France, 26% des IVG sont faites en ville et 74% dans des établissements hospitaliers. Parmi les professionnels qui pratiquent l'IVG en ville, il y a 832 gynécobstétriciens, 662 généralistes, 420 sages-femmes. En établissements hospitaliers, la spécialité des professionnels pratiquant l'IVG varie selon l'organisation et le nombre d'IVG pratiquées. Quand les centres sont structurés en unité avec des postes, ce sont principalement les généralistes et les sages-femmes qui pratiquent l'IVG. En dessous de 500 IVG par an, il n'y a pas d'unités dédiées et les IVG sont majoritairement pratiquées par des gynécologues.

Entre 2018 et 2019, le nombre de sages-femmes qui pratiquent des IVG médicamenteuses en ville dans le libéral a doublé. L'OMS recommande d'ouvrir la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes lorsque l'on veut améliorer l'accès à l'avortement et préserver le choix des femmes ; d'autant plus que cette profession s'intéresse beaucoup à l'IVG et au droit des femmes.

Entre 2005 et 2010, l'expérience REVHO, dont la mission est de faciliter l'accès à l'IVG en Île-de-France et de réaliser un transfert des connaissances sur la réalisation des IVG de l'hôpital vers la ville, a formé 1200 médecins dont 95% de médecins généralistes et sages-femmes – donc très peu de gynécologues. Un nouveau module de formation à l'aspiration avec anesthésie locale a été élaborée par le REVHO en 2017, pour les médecins des centres de santé en Île-de-France et leurs partenaires hospitaliers, et pour les médecins hospitaliers en région sur invitation. En 2019, un DU « Perfectionnement à l'orthogénie » a été créé pour les professionnels souhaitant se reformer à l'IVG (IVG instrumentale, prise en charge d'éventuelles complications...).

Qu'implique la proposition de loi d'Albane Gaillot en termes de formation ? Les sages-femmes ont déjà un socle de formation en gynécologie et connaissent les gestes endo-utérins ; elles peuvent être formées à l'IVG instrumentale par compagnonnage, par le module de formation destinée aux médecins généralistes au sein de REVHO ou dans le cadre du DU « perfectionnement en orthogénie ».

Pour l'IVG instrumentale entre 12 et 14 semaines de grossesse, la méthode peut également être transmise par compagnonnage des professionnels de l'hôpital vers les professionnels des centres d'IVG ; et elle sera intégrée dans une formation spécifique dans l'offre du diplôme d'université existant et de REVHO. La méthode médicamenteuse pour l'IVG entre 12 et 14 semaines est sûre et maîtrisée dans les centres d'IMG, mais elle est associée à de lourdes contraintes organisationnelles pour les patientes.

Pour conclure, la pratique des IVG chirurgicales par les sages-femmes va être expérimentée et nécessitera d'être pérennisée. L'extension des délais à 14 semaines de grossesse nécessite d'organiser des circuits de prise en charge, de former les professionnels qui le souhaitent à des techniques connues et maîtrisées et qui sont déjà pratiquées dans d'autres indications. Enfin, les formateurs et le cadre de la formation à ce geste existent déjà.

Pr Marie-France Mamzer, *professeur d'éthique et de médecine légale à la faculté de médecine Paris-Descartes au sein de l'Université de Paris, directrice de l'équipe de recherche éthique, recherche, translations, Centre de Recherche des Cordeliers.*

La déontologie médicale est aujourd'hui l'héritage de la morale médicale hippocratique. Le code de déontologie est écrit par la profession (Ordre des médecins ou de toute autre profession dotée d'un ordre), soumis au Conseil d'Etat, au gouvernement, et publié au Journal officiel sous la signature du Premier ministre. Les médecins, comme les autres citoyens, sont soumis aux lois de leur pays et aux règles de leur corps professionnel dans l'exercice de leur métier.

Les textes de déontologie médicale revendiquent des principes généraux :

- La primauté de la personne : « le médecin est au service de l'individu avant d'être au service de la santé publique » ;
- Le principe de liberté, qui concerne la liberté du patient (dans le choix du médecin, l'information loyale, claire et appropriée) mais aussi celle du médecin (liberté de prescription et clause de conscience) ;

- La responsabilité des actes : nécessité de préserver son indépendance pour le médecin, d'être compétent, et de garantir un exercice sans discrimination vis-à-vis de quiconque, visant même à rétablir une certaine équité.

Le code de la santé publique, dans sa partie réglementaire, a intégré la clause de conscience générale prévue par le code de déontologie médicale : quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée ; hors le cas de l'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Les autres clauses de conscience spécifiques dans le code de santé publique concernent la stérilisation à visée contraceptive (clause introduite en 2001) et la recherche sur l'embryon humain (clause introduite en 2011). Dans l'article L2212-8[6] de la loi Veil de 1975 (qui est régulièrement amendée), il est précisé qu'aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Ce terme « concourir » ne renvoie-t-il pas à la possibilité masquée de contribuer à un délit d'entrave d'IVG ? Au fur et à mesure que l'évolution des pratiques, de l'état d'esprit et des demandes de la société chamboule nos ancrages traditionnels, le législateur semble trouver l'obligation de se porter garant de ces ordres anciens.

Pourtant, si l'on reprend l'ensemble des articles du code de la santé publique qui se réfèrent aux clauses de conscience et qui s'appliquent à l'IVG[7], il n'existe aucun argument rationnel pour le maintien de la clause de conscience spécifique à l'IVG : l'existence de clauses de conscience spécifique réduit le sens de la clause de conscience générale, qui devrait être suffisante.

Albane Gaillot, députée de la 11^e circonscription du Val-de-Marne, auteure et rapporteure de la proposition de loi d'octobre 2020 qui vise à prolonger de deux semaines le délai légal pour une IVG, adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture à 86 pour et 59 voix contre.

J'ai pris l'initiative de rédiger une proposition de loi pour faire du droit formel qu'est l'IVG un droit réel qui a été soutenue par 40 députés de 9 groupes politiques différents. Initialement, le texte prévoyait deux articles visant à supprimer la double cause de conscience à allonger le délai de recours à l'IVG 12 à 14 semaines de grossesse. Plus de 4000 soutiens ont été apportés à cette proposition de loi : plus de 700 professionnels de santé, 100 élus et des citoyens engagés pour le droit des femmes. En Commission des affaires sociales, plusieurs modifications ont été apportées : l'ouverture du droit pour les sages-femmes de pratiquer des IVG chirurgicales jusqu'à 10 semaines de grossesse, la suppression du délai de réflexion de 48h pour les femmes qui demandent un entretien psychosocial avant l'IVG, la publication d'un répertoire des professionnels de santé et des établissements qui pratiquent l'IVG par les ARS. Un rapport à remettre par le Gouvernement au Parlement sur l'application de la législation relative au délai d'entrave avait enfin été prévu.

Plusieurs modifications ont été apportées en séance publique : la mise en place du tiers-payant sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire, le rappel de l'obligation pour un.e pharmacien.ne de délivrer une contraception d'urgence, la remise d'un rapport par le Gouvernement sur l'évaluation du dispositif sur l'accès des femmes à l'IVG.

La loi a été adoptée par l'Assemblée nationale[8]. La proposition de loi doit ensuite être inscrite à l'ordre du jour au Sénat. La saisine du CCNE par le gouvernement peut être interrogée : l'IVG n'est pas un sujet éthique mais un sujet de droit des femmes. Depuis la tenue de ce colloque, le CCNE[9] n'ayant relevé aucun obstacle de nature éthique à l'allongement du terme de l'IVG, elle devrait être reprise par le gouvernement, comme annoncé par Christophe Castaner.

[1] https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343_rapport-information.

[2] <https://europeabortionaccessproject.org/fr/notre-projet/>.

[3] Dans les études de santé publique, on demande aux participantes qui ont eu une interruption de grossesse leur âge gestationnel, car c'est ainsi que la plupart d'entre elles parlent de leur propre grossesse. Nous supposons que nos participants ont calculé leur âge gestationnel à partir de leur dernière menstruation (aménorrhée), comme il est normalement calculé par les médecins, car elles étaient recrutées au moment où elles se présentaient à la clinique de destination avec une échographie et datation faites dans leur pays d'origine.

[4] De Zordo S., Zanini G., Mishtal J., Ziegler A.K., Garnsey C. 2020. "Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study". BJOG. An International journal of Obstetrics and Gynaecology. Published online on September 25: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16534>

[5] https://www.petitions.fr/manifeste_des_medecins_et_sages_femmes_pratiquant_d_es_ivg_en_faveur_de_lallongement_du_delai_a_14_semaines

[6] <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000033865551/2017-01-14/#:~:text=Aucune%20sage%2Dfemme%2C%20aucun%20infirmier,soient%20prati qu%C3%A9es%20dans%20ses%20locaux.>

[7] On peut citer l'article L2212-8 de la loi Veil, l'article R.4127-18 du Code de la Santé publique, les articles de clauses de conscience générale existant dans le code de déontologie médicale et les codes de déontologie des autres professions concernées.

[8] https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15t0488_texte-adopte-seance

[9] L'avis du CCNE a été publié ultérieurement, le 10 décembre 2020. Il est disponible ici : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne-saisine_ivg.pdf