



Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse

Réponse à la saisine du ministre des solidarités et de la santé

Une **proposition de loi « visant à renforcer le droit à l'avortement »** a été examinée en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 30 septembre 2020, puis adoptée en première lecture, le 8 octobre 2020.

Le texte adopté et transmis au Sénat comporte plusieurs articles traitant de l'allongement du délai d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) de 12 à 14 semaines de grossesse (14 à 16 semaines d'aménorrhée ; article L. 2212-1 du Code de la santé publique), de la réécriture de la clause spécifique à l'IVG instaurée en 1975 dans le but de maintenir le refus de l'acte à condition d'orienter vers un confrère pratiquant l'acte (article L. 2212-8 du Code de la santé publique), ainsi que de la rédaction d'un rapport sur l'application de la législation relative au délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.

Le ministre des solidarités et de la santé a sollicité (saisine du 2 octobre 2020 ; annexe 1) le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) afin de recueillir son avis sur l'allongement du délai d'accès à l'IVG, visant à renforcer le droit à l'avortement et à « *assurer la pleine effectivité du droit des femmes* ».

Le CCNE s'est organisé pour instruire en temps contraint cette demande, d'une part, à travers une réflexion-éclair de la section technique du CCNE et, d'autre part, en mettant en place un groupe de travail (annexe 2) qui réalisa plusieurs auditions (annexe 3), puis soumit le projet de texte à l'évaluation du comité plénier du CCNE le 12 novembre 2020.

Le CCNE avait déjà répondu, il y a 20 ans, à une demande des présidents du Sénat et de l'Assemblée nationale, à l'occasion du projet de loi prévoyant l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse, plus particulièrement « *sur les risques de dérive eugénique susceptibles d'en résulter* » (avis 66 du CCNE, en date du 23 novembre 2000).

À cette occasion, le **CCNE avait rappelé que l'IVG se limitait à faire droit à des demandes individuelles** et que « *le risque d'une dérive eugénique ne paraissait pas fondé* ».

Le droit précise, en effet, que « *la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou une sage-femme l'interruption de sa grossesse, cette interruption ne pouvant être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse* » (Code de la santé publique ; article L 2212-1).

Dans le cas présent, le CCNE a orienté sa réflexion afin d'apprécier si l'application des mesures rappelées dans la loi en cours d'examen permettrait, dans le cadre du respect du droit des femmes, de mieux les protéger.

Le CCNE n'ignore pas que la question de l'avortement a suscité et suscite encore de vives réactions au sein de la société, mais également au sein du Comité lui-même. Si du point de vue du droit, le fœtus n'est pas considéré comme une personne, il n'en demeure pas moins que sa nature ne peut être réduite à un objet¹. Ni personne, ni objet, le fœtus convoque des représentations et des convictions propres à chacun, qu'il ne convient pas ici de discuter. Pour toutes ces raisons, **la pratique d'une IVG ne peut être considérée comme un acte médical ordinaire.**

Le présent avis répond à une question de délai d'accès à l'IVG et non à une question de principe quant à l'avortement. Cette question du délai d'accès n'évacue pas le débat moral posé par le principe même de l'IVG, mais oriente la réflexion du CCNE sur la question de la prise en charge des femmes en situation d'avoir recours à un avortement. C'est pourquoi l'axe de la démarche du CCNE pour répondre à cette demande est d'**interroger la question de la bienfaisance et de la non malfaisance à l'égard des femmes.**

Mais définir ce que pourrait être le « bien » de la personne peut s'avérer particulièrement complexe, « *dans la mesure où cette évaluation revêt de multiples dimensions : celle de la définition par la personne elle-même de ce qu'elle considère comme son bien-être, mais aussi celle de la conception médicale de la bienfaisance ou encore celle d'une idée plus collective de ce que pourrait être le bénéfice d'un acte médical* », soulignait l'avis 129 du CCNE portant sur sa contribution² à la révision de la loi de bioéthique.

1. Le droit à l'avortement en France

La loi du 17 janvier 1975 (loi n° 75-17) **relative à l'IVG, dite loi Veil**, fut initialement une loi dépénalisant l'avortement qui devenait autorisé avant la fin de la dixième semaine de grossesse. C'était aussi **une loi de compromis**, proclamant le respect de la vie dans son article premier. La clause de conscience était l'un des deux éléments de ce compromis, l'autre élément était la situation de détresse des patientes, supprimée depuis 2014.

Le délai légal de recours à l'avortement fut allongé en 2001 à 12 semaines de grossesse (loi n° 2001-588 relative à l'IVG et à la contraception³. Par ailleurs, plusieurs lois ont ultérieurement renforcé le droit à l'avortement, « *en simplifiant la pratique et la procédure⁴ dans une logique de plus grand respect de l'autonomie des femmes⁵* ».

¹ Sur ce sujet, on peut consulter les avis précédents du CCNE, notamment, les avis 1, 67 et 112.

² https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_129_vf.pdf

³ La décision du Conseil constitutionnel n° 2001- 446 DC du 27 juin 2001 sur la loi relative à l'IVG a réaffirmé, comme en 1975, non pas le droit à l'avortement, mais la « *liberté de la femme enceinte qui souhaite recourir à une IVG* ». La Cour européenne des droits de l'Homme n'a jamais reconnu de droit à l'avortement, mais a jugé que si l'avortement était autorisé dans un pays, les femmes devaient effectivement y avoir accès.

⁴ Voir le rapport d'information n° 3343 fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes : M.-N. Battistel et C. Muschotti (2020). Rapport sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, Assemblée nationale, 87 p.
http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343_rapport-information.pdf

⁵ Voir le rapport n° 3383 fait au nom de la commission des affaires sociales : A. Gaillot (2020). Rapport sur la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement, Assemblée nationale, 71 p.
http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b3383_rapport-fond.pdf

C'est le cas notamment de la loi portant sur l'**interdiction de l'entrave à l'IVG**, créée par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993, le délit d'entrave à l'IVG étant élargi par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, puis étendu par la loi n° 2017-347 du 20 mars 2017.

Le droit à l'avortement comporte également l'article L 2213-1 du Code de la santé publique qui indique que « *l'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic* ». **On parle alors d'interruption médicale de grossesse (IMG).**

En 2019, le nombre d'IVG en France s'est élevé à 232 244, en légère augmentation par rapport aux années précédentes, puisque le nombre de femmes ayant eu recours à l'IVG oscillait entre 215 000 et 230 000 depuis 2001⁶. Le nombre d'IVG, rapporté annuellement au nombre total de naissances vivantes, est de 0,31 pour l'année 2019, signifiant qu'une grossesse sur quatre environ a été interrompue volontairement durant cette année.

Ce ratio est similaire à celui d'autres pays comme le Royaume-Uni (ratio : 0,32 ; délai légal de recours à l'avortement : 24 semaines de grossesse) ou la Suède (ratio : 0,32 ; délai légal de recours à l'avortement : 18 semaines de grossesse), mais supérieur à celui de l'Allemagne (ratio : 0,13 ; délai légal de recours à l'avortement : 12 semaines de grossesse), de l'Espagne (ratio : 0,22 ; délai légal de recours à l'avortement de 14 semaines de grossesse, mais certains centres pratiquent l'IVG jusqu'à 22 semaines) ou des Pays-Bas (ratio : 0,18 ; délai légal de recours à l'avortement de 22 semaines de grossesse).

Les IVG sont les plus fréquentes parmi les femmes de 20 à 29 ans, le recours à l'avortement chez les femmes de 15 à 19 ans étant en diminution depuis 2010, en notant aussi que la contraception est disponible gratuitement pour cette population.

L'examen de l'âge gestationnel, disponible seulement pour les IVG réalisées en milieu hospitalier, indique que **la moitié des IVG réalisées en 2019 concerne des grossesses de moins de 6 semaines**. Les IVG réalisées durant les deux dernières semaines du délai légal⁷ correspondent à 5,3 % de l'ensemble des IVG, soit 12 000 en 2019 ; cette part est plus importante chez les jeunes femmes (âge inférieur à 24 ans) que chez les femmes plus âgées⁵.

Concernant l'IMG, envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met gravement en péril la santé de la femme, les données⁸ transmises par les Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) font état de 83 IMG (24% des IMG réalisées pour motifs maternels) en 2018⁹.

⁶ A. Villain (2020). Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. Études et Résultats, n° 1163, DREES, 7 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1163_ivg_bat.pdf

⁷ Ces IVG tardives sont réalisées uniquement par méthode instrumentale.

⁸ Agence de la biomédecine (2020). Rapport annuel 2019, rapport médical et scientifique des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal 2018, 22 p.

⁹ Cette information peut ne pas être collectée de façon exhaustive, dans la mesure où la décision n'est pas toujours du ressort des CPDPN, ceux-ci étant cependant destinataires de l'ensemble des décisions dans ce domaine.

La législation en termes d'IVG varie d'un pays à l'autre au sein même de l'Europe, quoique la majorité des pays a fixé la limite du délai légal d'accès à 12 semaines de grossesse. Aux frontières françaises, la Belgique, l'Allemagne et l'Italie autorisent l'IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse, alors qu'aux Pays-Bas, en Angleterre et en Espagne, les IVG sont possibles au-delà de 16 semaines, voire jusqu'à 24 semaines de grossesse, comme indiqué plus haut.¹⁰

Cette disparité des pratiques au sein même de pays, culturellement et sociologiquement proches, ne repose pas sur une argumentation scientifique quant à la justification de la limite du terme. L'OMS a défini, depuis 1977, le seuil de viabilité du fœtus à 20 semaines de grossesse et/ou pour un poids du fœtus de 500 g.

Les débats politiques et moraux qui ont eu lieu dans les différents pays semblent avoir débouché sur différentes concessions accordées par les États en faveur des droits reproductifs des femmes.

Cette différence dans le délai légal d'autorisation à l'IVG conduit certaines patientes françaises ayant dépassé la limite autorisée pour les IVG en France à se rendre principalement dans trois pays (Pays-Bas ; Royaume-Uni ; Espagne) pour accéder à une IVG.

Jusqu'à très récemment, aucune donnée n'avait été publiée, permettant d'évaluer de façon fiable le nombre de patientes concernées, ainsi que les raisons qui les amènent à dépasser le terme de 12 semaines.

L'Angleterre publie chaque année le nombre d'IVG réalisées sur son territoire par les patientes non-résidentes en Angleterre et au Pays de Galles. En 2018, 31 femmes françaises ont été prises en charge pour une IVG en Angleterre¹¹, un nombre peu élevé qui probablement s'explique par le coût plus élevé du voyage, du séjour et de la procédure par rapport aux Pays-Bas par exemple (de Zordo, données non publiées)¹², mais aussi par la nécessité du passage d'une douane avec contrôle d'identité.

Les données pour les Pays-Bas sont disponibles pour les patientes françaises entre 2011 et 2018 ; elles sont en constante diminution sur cette période allant de 1458 en 2011, 1348 en 2015, 1114 en 2016, 967 en 2017 et 810 en 2018¹³.

Les travaux récents de Silvia de Zordo et de Giulia Zanini, non encore publiés et communiqués au CCNE, donnent une estimation pour l'Espagne d'environ 250 femmes par an, mais les données ne sont disponibles que pour les deux cliniques ayant une activité plus importante dans ce domaine.

¹⁰ À noter que d'autres possibilités s'offrent aux femmes françaises comme le service de télémédecine « *Women on Web* » qui permet de réaliser par internet une IVG médicamenteuse jusqu'à 10 semaines de grossesse. Ce site assure ne pas réaliser d'IVG après ce terme et a communiqué ses données pour les femmes françaises en 2020. De janvier à octobre 2020, 653 femmes habitant en France ont contacté le site. Le nombre de demande a doublé en avril 2020 au moment du confinement. L'âge médian est de 29 ans, les causes principales de la grossesse étant l'absence de contraception (53 %), l'échec d'une contraception (42 %) et le viol (4 %). Les raisons pour choisir ce site plutôt que de s'orienter vers un professionnel français sont diverses : souci de confidentialité (82 %) ; préférence de gérer seule son avortement (28 %) ; conjoint abusif (5 %) ; personne sans papier (4 %).

¹¹ Abortion statistics for England and Wales. Table 12a : Legal abortions: non-residents of England and Wales by country of residence, 2018; www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-englandand-wales-2018

¹² De Zordo S. données non publiées du projet de recherche BAR2LEGAB 680004, financé par l'ERC.

¹³ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarrapportage Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz) 2017. Rapport publié en 2019. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/01/02/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-2017>

L'évaluation du nombre de femmes françaises se rendant dans ces trois pays pour y avoir recours à un avortement s'élèverait ainsi à 1500-2000 en 2018¹⁴, évaluation inférieure aux chiffres régulièrement mentionnés dans de nombreux textes et rapports, y compris lors de la préparation de la loi de 2001, allant de 3000 à 5000 femmes, mais jamais validés par le signalement de sources d'information référencées.

En septembre 2020, de Zordo *et al.* ont publié des données concernant 204 patientes dont 47 femmes françaises, qui ont eu recours à une IVG en Angleterre, Pays-Bas ou Espagne entre juillet 2017 et mars 2019. Ces données concernent des patientes de plus de 18 ans¹⁵.

Sur cet effectif relativement faible de femmes françaises, 70% d'entre elles ont fait le diagnostic de grossesse après 14 semaines d'aménorrhée pour diverses raisons incluant notamment l'irrégularité des cycles menstruels, l'absence de signes cliniques de grossesse et parfois la persistance des menstruations¹⁶. Le terme médian de prise en charge était de 19 semaines de grossesse. Les patientes ont mis 5,2 semaines en moyenne entre la première demande et la réalisation de l'IVG et pour celles qui ont cherché une solution en France (36%), elles ont été reçues par 1 à 7 professionnels de santé (en moyenne 2).

Les données de la British Pregnancy Advisory Service (BPAS) montrent que le nombre de patientes résidant en France ayant eu recours à une interruption de grossesse en Angleterre et au Pays de Galles est passé de 332 en 1999 à 176 en 2002 (299 en 2000, 199 en 2001). Il est possible que le passage de 10 à 12 semaines, promulgué dans la loi de 2001, soit l'une des causes de cette diminution, sans que cela ne puisse être directement démontré.

Il faut noter enfin qu'il ne semble pas y avoir de données françaises sur le devenir des femmes à qui une IVG ait été refusée en raison d'un dépassement de délai et qui ont poursuivi leur grossesse.

En résumé, le nombre d'avortements reste élevé en France dans la situation actuelle du délai d'accès à 12 semaines. Des données récentes indiquent que le nombre de femmes qui partent à l'étranger pour y avoir recours à un avortement est inférieur à 2000 par an.

2. Pourquoi la question de l'allongement du délai de 2 semaines se pose-t-elle ?

Une enquête¹⁷ qualitative et territoriale, réalisée auprès des Agences régionales de santé entre mai et juillet 2019, a montré que **le délai qui s'écoule entre la première demande des femmes en vue d'une IVG auprès d'un professionnel libéral ou hospitalier et la réalisation effective de l'acte** est, en moyenne, de 7,4 jours en France, ce délai d'accès pouvant varier de 3 à 11 jours.

¹⁴ Il n'a pas été possible de disposer des données pour les périodes avant et après 2001, année du changement (10 à 12 semaines) législatif du délai d'accès à l'IVG.

¹⁵ De Zordo S., Zanini G., Mishtal J., Garnsey C., Ziegler A.-K., Gerds C. (2020). Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. BJOG; <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16534>.

¹⁶ Parmi les femmes françaises 36% d'entre elles auraient bénéficié d'une autorisation de l'IVG en France jusqu'à 14 semaines, car 21,3% ont recherché un service d'IVG entre 12-14 semaines et 14,9% ont découvert leur grossesse entre 12 et 14 semaines. Dans cette étude, 8% des patientes françaises ont tenté de mettre fin à leur grossesse par elle-même.

¹⁷ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_ivg_resultats_enquete.pdf

Si les données concernant les IVG sont appariées avec les données fiscales pour l'année 2016, une corrélation inverse entre le niveau de vie et la probabilité d'avoir eu une IVG dans l'année est clairement mise en évidence (voir note 6). **Ainsi, la probabilité d'avoir eu une IVG décroît avec l'augmentation du niveau de vie**, plus de deux fois plus élevée parmi les femmes appartenant au décile des revenus les plus faibles que parmi celles appartenant au décile des revenus les plus élevés, les femmes ayant un revenu médian ayant un risque intermédiaire¹⁸.

Par ailleurs, les femmes en couple ont moins souvent recours à l'IVG.

On observe également **de fortes inégalités territoriales**, la probabilité d'avoir recours à une IVG, notamment chez les mineures étant particulièrement élevée dans les DROM, en Corse et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces différences peuvent s'expliquer par des différences culturelles, mais aussi par des différences de niveau de vie et d'offre de soins selon les territoires.

Enfin, bien que le taux d'IVG médicamenteuse¹⁹ soit en constante augmentation, la proportion d'IVG médicamenteuse diffère selon les territoires et l'on peut penser qu'il diffère aussi selon le niveau de vie et l'offre de soins.

Les disparités régionales dans l'accès à l'IVG sont développées dans le rapport²⁰ du Conseil économique, social et environnemental, *Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès* (2019).

« En 2017 en France, 78,5 % des IVG ont été pratiquées en établissement hospitalier, plus de 19% en cabinet libéral et environ 2,2 % en centre de santé ou centre de planification et d'éducation familiale. L'accès effectif à l'IVG dépend donc en grande partie de la carte hospitalière notamment dans les zones rurales, d'autant que les IVG pratiquées hors établissement de santé sont concentrées en Île-de-France, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les DROM. »

Le nombre d'établissements de santé pratiquant l'IVG s'est réduit au cours des années 2000, notamment dans le secteur privé, selon un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes²¹ (HCEfh). Parmi les facteurs responsables de cette diminution, étaient mentionnés l'impact des restructurations hospitalières, la fermeture d'hôpitaux de proximité, en particulier des maternités, mais également le refus de certains établissements de pratiquer un acte jugé peu rentable et peu considéré au sein des professions de santé. Le nombre de maternités a connu une baisse continue ces dernières années, de l'ordre de 50% sur 20 ans.

¹⁸ On notera aussi que lorsque l'IVG est réalisé à l'étranger, le montant de la procédure s'élève entre 800 et 950 euros. Ainsi, 30% des patientes ont eu besoin de plus d'une semaine pour trouver l'argent nécessaire pour l'Angleterre et 26% pour la Hollande. Il aura fallu aux femmes incluses dans ces études plus de 3 semaines entre le diagnostic de grossesse et la réalisation de l'IVG, la plupart d'entre elles se retrouvant à 18-19 semaines au moment du geste (de Zordo, données non publiées), alors qu'il est démontré qu'à ce terme les risques liés au geste sont plus importants (voir point 3). Aucune donnée n'est disponible pour les femmes qui n'ont pas pu partir et qui ont été obligées de poursuivre leur grossesse. La sélection des patientes qui partent se fait également sur le niveau socio-économique.

¹⁹ Il existe deux méthodes d'avortement : la méthode médicamenteuse permettant, à l'aide de deux médicaments, l'expulsion de l'embryon et la méthode instrumentale ou chirurgicale qui repose sur la dilation du col de l'utérus et l'évacuation du contenu utérin par aspiration.

²⁰ V. Séhier (2019). *Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès*. Études du CESE, 104 p.

²¹ HCEfh (2013). *Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 2 : accès à l'IVG dans les territoires*, rapport n° 2013-1104-SAN-009, 110 p.

Le HCEfh avait émis, en 2013, 35 recommandations dont certaines n'ont toujours pas été prises en compte²². Ainsi, l'attribution à « l'activité IVG », et contractuellement *via* les « Contrats de pôle », de moyens financiers nécessaires garantissant des locaux, un budget, des places en bloc opératoire réservées et la présence de personnels dédiés, qualifiés et formés à l'IVG et à la planification familiale, constituait une recommandation essentielle pour éviter un déficit de moyens conduisant à **des délais trop importants de prise en charge**.

L'article R2212-4 du Code de la santé publique qui impose la pratique de l'IVG à tous les établissements disposant d'un service de gynécologie et/ou de chirurgie n'est respecté que très inégalement sur le territoire. Ceci est d'autant plus important que la femme doit pouvoir choisir entre les deux méthodes possibles, médicamenteuse ou chirurgicale.

À ces évolutions de la carte de l'offre de soins et des capacités de prise en charge, s'ajoute le déclin de la démographie médicale, une quarantaine de départements connaissant une pénurie de gynécologues. Cette raréfaction de l'offre médicale contraint certaines patientes à parcourir de longues distances pour accéder aux soins et en amène d'autres à renoncer à leur suivi gynécologique.

En outre, sur **la question de l'information**, le rapport du CESE, précédemment cité, indiquait « *un déficit alarmant en matière d'éducation* » : le nombre de séances d'éducation à la sexualité comprenant des informations sur la contraception, dans les établissements scolaires, étant bien inférieur à l'obligation inscrite dans la loi, c'est-à-dire trois séances annuelles, un quart **des établissements n'ayant d'ailleurs mis aucune action en place**.

S'ajoutent enfin **les difficultés d'accès spécifiques à certains publics** en raison de leur précarité ou de la barrière de la langue.

La tarification de l'acte IVG est fixe et n'autorise pas de dépassement d'honoraires. Cette règle n'est pas toujours respectée par tous les professionnels de santé qui la contournent de différentes façons parfois au détriment des patientes et ceci en toute impunité et sans sanction malgré l'existence d'un délit à entrave à l'IVG puni par la loi²³.

Protéger la liberté d'avorter est indispensable, au regard de ce qui se passe actuellement dans certains pays ²⁴, mais protéger le droit ne signifie pas cautionner les dysfonctionnements du système actuel.

En définitive, si la liberté d'avorter en France n'est pas remise en cause à ce jour, un faisceau de facteurs (découverte tardive de la grossesse, insuffisance de l'information et des mesures préventives, inégalité territoriale dans la prise en charge, non-respect de la loi,..) peut contribuer à la difficulté de sa réalisation durant le délai légal autorisé, conduisant ainsi des femmes à ne pas pouvoir réaliser leur décision personnelle, sauf à solliciter un déplacement à l'étranger pour en concrétiser la réalisation.

²² HCEfh (2017). Bilan de la mise en œuvre des recommandations formulées par le HCEfh en 2013, 17 p.

²³ Lechenet A, Le Saint R. (2019). IVG en France : un accès inégal, un droit malmené. Médiapart, 15 septembre 2019.

²⁴ Voir la Déclaration de consensus de Genève sur la promotion de la santé de la femme et le renforcement de la famille, octobre 2020.

3. Enjeux éthiques posés par le prolongement du délai de deux semaines

Une IVG, comme toute intervention chirurgicale, comporte des risques. L'information sur ces risques est donnée par le professionnel de santé au moment de la consultation comme pour toute procédure médicale ou chirurgicale.

Ces informations permettent à la patiente d'évaluer la « balance bénéfique/risque » pour elle-même et de choisir, en cas de consentement à la réalisation de l'IVG, entre la technique chirurgicale et médicamenteuse²⁵.

Les données publiées dans la littérature sur les risques concernent les IVG réalisées jusqu'à 22 semaines de grossesse puisque celles-ci sont autorisées dans certains pays. L'IVG au deuxième trimestre (entre 12 et 22 semaines de grossesse) induit plus de risques qu'au premier trimestre (6-11 semaines), en termes de complications obstétricales, le pourcentage allant de 4 à 29 % toutes complications confondues²⁶. **Plus le terme est avancé, plus le pourcentage de complications augmente, mais les complications graves sont très rares et il n'existe que peu, voire pas de différence entre 12 et 14 semaines de grossesse**²⁷.

Si les risques entre 12 et 14 semaines ne sont pas significativement plus importants qu'entre 10 et 12 semaines, les techniques employées diffèrent. Chaque technique, chirurgicale ou médicamenteuse, comporte ses risques spécifiques. La méthode chirurgicale provoque plus de saignements et de perforation utérine. Pour la méthode médicamenteuse, après 14 semaines d'aménorrhée, la réalisation d'une analgésie péridurale est nécessaire en raison du caractère douloureux de la procédure et les risques sont essentiellement des saignements et des rétentions.

Toutes complications confondues, le risque est plus élevé pour la technique médicamenteuse et consiste essentiellement en des rétentions placentaires, mais les études sont peu nombreuses et souvent anciennes (voir note 25).

Par ailleurs, il n'existe que peu de données fiables sur le risque d'accouchement prématuré en cas de grossesse ultérieure après une IVG, les risques semblant faibles que ce soit avec la technique chirurgicale²⁸ ou médicamenteuse²⁹. Cette notion est importante car si la possibilité était donnée en France de réaliser des IVG entre 12 et 14 semaines de grossesse, cette information doit être clairement donnée aux patientes par les médecins qui pratiquent ces gestes.

²⁵ Pour le NICE (National Institute for Health and Care Excellence), les patientes doivent avoir le choix entre les deux techniques, sauf situations cliniques particulières ; Schmidt-Hansen M., Lohr P.A., Cameron S., Hasler E. (2020) Surgical or medical abortion of pregnancies between 13⁺⁰ and 23⁺⁶ week's gestation? A systematic review and new NICE national guidelines.

²⁶ Grossman D., Blanchard K., Blumenthal P. (2008). Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reproductive Health Matters*, 16, 173-182.

Peterson W.F., Norman Berry F., Grace M.R., Gulbranson C.L. (1983). Second-Trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11747 cases. *Obstet. Gynecol.*, 62, 185-190.

²⁷ Jacot F.R., Poulin C., Bilodeau A.P., Morin M., Moreau S., Gendron F., Mercier D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 186, 633-637.

²⁸ Kalish R.B., Chasen S.T., Rosenzweig L.B., Rashbaum W.K., Chervenak F.A. (2002). Impact of midtrimester dilatation and evacuation on subsequent pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.*, 187, 882-885.

²⁹ Winer N., Resche-Rigon M., Morin C., Ville Y., Rozenberg P. (2009). Is induced abortion with misoprostol a risk factor for late abortion or preterm delivery in subsequent pregnancies? *Eur. J. Obstet. Gynecol. and Reprod. Biol.*, 145, 53-56.

On notera aussi que, pour la technique chirurgicale, le taux de complications est diminué lorsque le praticien est rompu à ce type de pratique (voir note 26), ce qui signifie une nécessaire évaluation du nombre de praticiens à former³⁰, en cas de réalisation de ces gestes en France, afin de prendre en charge les patientes dans des conditions de sécurité maximum³¹.

Une enquête réalisée par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) en octobre 2020 a permis d'obtenir l'avis de 783 médecins dont 542 pratiquent des IVG. 72% des gynécologues-obstétriciens interrogés se déclarent défavorable à l'allongement du délai légal de l'IVG à 14 semaines, mais 37,3% les réaliseraient si la loi les y autorisait. Parmi ceux-ci, 39% favoriseraient l'IVG médicamenteuse. Par ailleurs, 77,2% des médecins, parmi les 542 qui pratiquent les IVG, réalisent des IVG entre 10 et 12 semaines (données communiquées lors de l'audition du CNGOF, 3 novembre 2020). Cependant, ces données ne concernent que les gynécologues-obstétriciens, mais de nombreux médecins généralistes pratiquent également des IVG et n'ont pas été interrogés dans le cadre de cette enquête³².

Ces résultats révèlent indirectement, au-delà des données statistiques, que **le poids psychologique de la technique chirurgicale**, porté par le médecin qui réalise le geste, n'est pas négligeable. De ce fait, ces techniques ne peuvent être réalisées que par des praticiens dédiés et formés, fermement résolus à répondre aux attentes des femmes³³ (voir aussi note 26).

Mais, notamment **sur le plan psychologique**, les conséquences d'une IVG tardive **chez la femme** sont aussi complexes, dans la mesure où il s'agit d'une intervention, jamais banale, dont le vécu est différent par le fait de l'avancement de la grossesse et des remaniements corporels et psychiques impliqués. Avec l'avancement de la grossesse, les conséquences psychologiques d'une IVG peuvent ainsi devenir de plus en plus lourdes. L'évolution de la représentation du fœtus est un élément central à prendre en compte, tant pour la femme que pour le médecin³⁴.

Plus généralement, afin de prévenir les conséquences psychologiques délétères à long terme, il s'agit d'abord de **développer un accès possible à un accompagnement précoce**, en prenant le temps de comprendre les attentes et les éléments psychologiques et sociaux en jeu, tout en assurant ensuite une intervention le plus précocement possible.

Les conséquences psychologiques de l'IVG sont aussi le fait, pour beaucoup de femmes, de la représentation de l'IVG dans la société, de la façon dont la demande d'IVG par la patiente a été accueillie et de sa prise en charge, renforçant la nécessité de cet accompagnement.

³⁰ Á ce jour, très peu de praticiens sont formés puisque ces gestes ne sont pas censés être pratiqués.

³¹ C'est la raison principale pour laquelle le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (http://www.cngof.fr/D_PAGES/MDIR_06.html) et l'Académie Nationale de Médecine ont émis une position défavorable quant à l'allongement du délai à 14 semaines (<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/10/Communiqué-IVG-octobre-2020.pdf>).

³² Á titre d'exemple à l'AP-HP, parmi les 79 professionnels intervenant dans les Centres d'IVG, 46 sont des médecins généralistes, 14 des sages-femmes, 12 des gynécologues médicaux et 7 des gynécologues-obstétriciens.

³³ Lalitkumar S., Bygdeman M., Gemzell-Danielsson K. (2007). Mid-trimester induced abortion: a review. Human Reproduction Update, 13, 37-52.

³⁴ Cela dépendra aussi des raisons des demandes tardives d'IVG, par exemple, liées ou non à un déni de grossesse, ce qui pose la question de la limite entre une interruption volontaire et l'indication d'une interruption médicale de grossesse pour des raisons psychosociales.

Par ailleurs, la question d'une augmentation éventuelle du délai d'accès à l'IVG doit conduire à une nécessaire réflexion sur les possibilités de raccourcir le délai entre la décision et l'intervention.

Cette question du délai entre la demande et la décision et l'IVG semble au CCNE cruciale, en rapport avec le vécu intime de la présence d'une vie en formation prenant de plus en plus de place, non seulement dans l'imaginaire, mais aussi dans la réalité du corps de la femme.

En résumé, la réalisation des IVG comporte des risques qui sont faibles, augmentent avec l'âge gestationnel, mais différent peu entre 12 et 14 semaines de grossesse. Les gynécologues-obstétriciens sont en majorité opposés à l'allongement du délai d'accès à l'IVG, mais ne sont pas les seuls acteurs de santé impliqués.

Le droit des femmes invoqué comme fondement de la mesure de l'allongement du délai de l'IVG **interroge** la notion de **bienfaisance** dans une dimension tripartite déjà évoquée : la dimension subjective qui renvoie à la liberté de la femme pour définir ce qui est bon pour elle; la dimension médicale qui engage la responsabilité du médecin dans une pratique bienfaisante, la dimension collective de ce que pourrait être le bénéfice d'un acte médical.

En l'occurrence, **le bénéfice de l'allongement du délai de l'IVG** ne devrait-il pas être **évalué** que si toutes les mesures étaient prises pour permettre une information exhaustive et accessible à tous, ainsi qu'un accès équitable à l'IVG et une prise en charge dans des délais considérant la situation d'une femme choisissant d'avoir recours à **l'IVG comme une situation d'urgence ?**

Or, le délai moyen de réalisation de l'acte, pour une situation qui doit être considérée comme une urgence médicale (7,4 jours, voir ci-dessus), ne témoigne pas d'une prise en charge suffisamment rapide et les déficits d'information, d'éducation et d'égalité territoriale participent à rallonger le temps potentiel d'errance de la femme en amont même de sa première demande de rendez-vous.

Ces dysfonctionnements requièrent prioritairement une politique de santé ajustée aux problématiques soulevées, sans quoi l'allongement de l'IVG s'apparenterait à un palliatif non bienfaisant d'une prise en charge bienfaisante. Le droit des femmes serait davantage respecté par une prise en charge dans des délais courts induisant moins de complications.

L'existence d'un texte de loi autorisant l'IMG en cas de détresse psycho-sociale de la femme pourrait alors, dans certaines conditions, répondre aux cas, peu fréquents (0,8% des IVG en 2019, si on tient compte du chiffre de 2000 patientes), de diagnostics tardifs ou des changements de situation affective, matérielle ou sociale, qui de toute façon peuvent se révéler au-delà des 14 semaines de grossesse et auxquels l'extension du délai prévu, dans le projet de loi actuel, ne serait donc pas en mesure de répondre.

4. Position du CCNE et recommandations

Faut-il une clause de conscience spécifique ?

La loi Veil avait prévu que les médecins et les sages-femmes puissent faire valoir un droit de retrait pour la réalisation d'une IVG, c'est-à-dire le droit de refuser d'intervenir pour des raisons personnelles ou autres³⁵ : « *un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de*

³⁵ Le terme de « clause de conscience » ne se trouve dans aucun texte législatif ou réglementaire du Code de la santé publique. C'est une formule qui couvre le droit moral du praticien de ne pas pratiquer un acte

pratiquer une interruption volontaire de grossesse, mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention » (Code de la santé publique, article L. 2212-8). Cette disposition, dont le caractère constitutionnel a été reconnu, a-t-elle encore une raison d'être plus de 40 ans après l'adoption de la loi, le corps médical s'étant largement renouvelé, la loi ayant beaucoup évolué et le Code de la santé publique s'étant enrichi en 1995 du Code de déontologie qui comporte une clause générale de conscience à caractère réglementaire ?

L'article R.4127-47 du Code dispose que « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'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 en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.* »

Quel serait l'enjeu de la suppression de la clause de conscience spécifique ? Selon l'exposé des motifs de la proposition de loi, il s'agit en la faisant disparaître « *de pallier la stigmatisation et les difficultés d'accès à l'IVG engendrées par cette double clause de conscience* ». Mais, à supposer que cette clause soit réellement connue des femmes souhaitant avorter et qu'elle soit vécue comme une stigmatisation, l'existence d'une clause de conscience générale seule permet au médecin de ne pas réaliser une IVG s'il ne le souhaite pas.

La suppression de la clause spécifique, en revanche, pose la question de l'avenir de la clause de conscience générale qui a le même effet que la clause spécifique.

La plupart des pays ont une clause de conscience générale, la Suède faisant exception. En revanche, dès lors que le droit d'un État comporte une clause de conscience spécifique, il peut être difficile de la supprimer tant que n'est pas reconnu un droit à l'avortement. Des raisons juridiques comme pratiques ne militent pas pour cette suppression. Les raisons juridiques ont un fondement éthique profond qui est lié à la clause de conscience, l'avortement n'étant pas un acte médical comme un autre.

Certes, les évolutions de la loi sur l'IVG tendant à la rendre plus accessible ont beaucoup gommé cet aspect. Mais l'existence d'une limite dans l'accès à l'IVG, même si ce délai s'est allongé en 2001 et s'il diffère selon les pays, ainsi que l'existence de la clause de conscience sont révélateurs de ce que cette loi demeure un compromis entre le respect de tout être humain dès le commencement de la vie (article 1^{er} de la loi de 1975 et article 16 du Code pénal) et la liberté des femmes enceintes de refuser de poursuivre une grossesse.

Il y a aussi des **raisons pratiques** qui renvoient à des questions éthiques et qui ne militent ni pour la suppression de cette clause spécifique, ni pour l'aménagement, à terme, de la clause de conscience générale si la clause de conscience spécifique venait à être supprimée.

Si la clause générale demeure intacte, rien ne changerait en apparence, sinon que ceux qui souhaiteraient à l'avenir devenir obstétricien ou sage-femme pourront concevoir une certaine incertitude sur les conditions futures de l'exercice de leur métier, la clause

compte tenu de ses convictions. Il n'est jamais tenu d'expliquer les raisons de son refus. Deux autres clauses spécifiques de conscience existent, l'une concerne la stérilisation à visée contraceptive, l'autre sur la recherche sur l'embryon ou les cellules souches (articles L 2123-1 et L 2151-7-1 du Code de la santé publique).

réglementaire pouvant toujours être aménagée ou supprimée facilement hors de tout débat public.

Le métier de gynécologue-obstétricien, qui semble déjà avoir perdu en attractivité, n'en perdrait-t-il pas encore plus par crainte des évolutions possibles de son exercice ?

De ce fait, comment les femmes pourraient-elles avoir un accès effectif à l'avortement ? Le but recherché serait-il vraiment atteint ? En revanche, le maintien d'une clause de conscience à forte valeur juridique permettrait à ceux qui ne souhaitent pas pratiquer d'IVG de choisir la spécialité d'obstétricien ou le métier de sage-femme.

Il permet aussi à ceux qui pratiquent des IVG jusqu'à un certain délai d'opposer la clause de conscience de manière modulée en refusant seulement de faire droit à des demandes portant sur des avortements plus tardifs, ce qui avait été d'ailleurs le cas après le vote en 2001 de l'allongement du délai d'interruption de grossesse.

Le CCNE considère que la clause de conscience spécifique souligne la singularité de l'acte médical que représente l'IVG ; en conséquence, le CCNE est favorable au maintien de la clause de conscience spécifique prévue par l'article L. 2212-8 du Code de la santé publique.

Appliquer et faire respecter les lois en vigueur

Le choix des femmes de ne pas poursuivre leur grossesse doit être respecté et accompagné par les professionnels de santé dans le respect de la loi mise en place en France en 1975 et améliorée depuis pour le respect des femmes. Pour toutes les femmes qui doivent y avoir recours, l'IVG est une étape de vie compliquée et le regard posé par la société se doit d'être bienveillant à partir du moment où c'est le choix fait par la France.

Cependant, il faut mentionner le fait que les IVG sont nombreuses en France et que l'information doit être faite, aux garçons et aux filles, dès l'école, sur la sexualité et l'éducation affective, les méthodes contraceptives, ainsi que sur le risque de grossesse, dans le but d'éviter aux femmes la situation difficile d'une grossesse non désirée.

L'amélioration des parcours médicaux actuels est indispensable, notamment concernant les délais de rendez-vous, mais aussi la qualité de la prise en charge dans le plus grand respect des femmes et de leur choix. Pour cela, l'offre médicale en matière d'accès à l'IVG, quelle que soit la technique utilisée, doit être augmentée en France. Des moyens pérennes et dédiés doivent être donnés aux structures qui s'engagent à réaliser les IVG, sur tout le territoire.

Le non-respect de la loi par les structures de soins ou par les professionnels de santé en particulier les délits d'entrave à l'IVG doivent être sanctionnés. Il est nécessaire de rappeler au praticien qui ne souhaite pas pratiquer les IVG de communiquer immédiatement les coordonnées d'un centre opérationnel à la patiente.

Ainsi, comme indiqué précédemment, ***de nombreuses améliorations peuvent être apportées à la prise en charge des femmes souhaitant une IVG en France, par le simple respect de la loi en vigueur.***

Améliorer la prise en charge et les parcours de soin

Le principe éthique de bienveillance ne s'applique que si, toute femme découvrant sa grossesse dans les délais légaux de l'IVG peut avoir accès, même dans un délai proche de 12 semaines de grossesse à une IVG, si cela est son choix. La disparition du délai de réflexion d'une semaine ainsi que du critère de détresse, en 2016, a théoriquement permis de prendre en charge ces patientes dans le délai légal. Cela n'est clairement pas le cas pour toutes les femmes.

Les mesures mises en place par les différentes politiques publiques doivent être respectées afin d'améliorer la prise en charge des IVG en France. Des mesures concernant la contraception en particulier chez les 19-25 ans qui représentent 65% des IVG doivent être déployées.

Des moyens doivent être donnés aux structures réalisant les IVG pour pouvoir recevoir les patientes dans les 5 jours et en urgence proche du terme limite de 12 semaines de grossesse.

La prise de rendez-vous dans un délai maximal de 5 jours, une éventualité qui est envisagée par 86,8% des médecins interrogés par le CNGOF si des moyens suffisants étaient alloués à leurs services, constituerait une mesure permettant de réduire les dépassements de délai.

Il faut, dans la mesure du possible, réaliser les IVG avant 12 semaines de grossesse pour éviter des procédures plus lourdes aux patientes et ne pas sous-estimer la malveillance potentiellement engendrée par les IVG qui seraient réalisées plus tardivement sous prétexte d'action bienveillante.

Si les IVG sont réalisées entre 12 et 14 semaines de grossesse, elles ne pourront être réalisées que par des médecins correctement formés à ce type de procédure et qui acceptent de le faire. Le recours à l'IMG pour raison maternelle doit être utilisé en cas de dépassement du délai légal de l'IVG lorsque la situation maternelle le nécessite et le permet.

À l'inverse, la découverte tardive d'une grossesse à la limite du terme légal, oblige la femme à prendre une décision rapide, ce qui est parfois totalement incompatible avec les notions d'autonomie et de non-malfaisance. Un délai supplémentaire pourrait permettre de prendre une décision argumentée comme c'est le cas pour les IMG, et parfois de faire le choix de garder la grossesse.

Doit-on continuer à ne rien proposer en France pour les femmes qui partent à l'étranger?

L'amélioration de la prise en charge et des parcours de soins auxquels devrait contribuer le respect des lois en vigueur va bénéficier à l'ensemble des femmes, en permettant une prise en charge la plus précoce possible.

L'analyse de la littérature récente et des données étrangères permettent d'évaluer le recours à l'IVG à l'étranger pour 1500 à 2000 patientes par an ; celles-ci sont de fait mises en difficulté par l'absence de prise en charge en France. Ces difficultés sont majorées par les inégalités sociales que beaucoup d'entre elles subissent.

Un allongement du délai à 14 semaines permettrait le recours à l'IVG en France pour certaines d'entre elles.

Depuis deux ans, le CNGOF et la Fédération des CPDPN travaillent à la mise en œuvre de l'application du texte de loi concernant l'IMG pour détresse psycho-sociale.

La possibilité d'utiliser la procédure de l'IMG pour détresse psycho-sociale fait intervenir une notion de jugement puisque la patiente, qui fait la demande, doit la justifier et que l'avis est rendu par une commission multidisciplinaire dans un délai qui peut amener la patiente à un terme auquel la réalisation de l'IVG est techniquement plus dangereuse.

La mise en œuvre de ces IMG rencontre cependant des difficultés et des inégalités sur le territoire qui démontrent bien la nécessité de rappeler que le choix des patientes doit être respecté par les différents acteurs de santé lorsque leur situation le demande et le permet.

En conclusion,

Le CCNE rappelle que l'IVG est un acte médical singulier qui justifie **le maintien de la clause de conscience spécifique.**

Le CCNE insiste sur **l'importance des mesures de protection des femmes et de prévention des grossesses non désirées** que sont l'information de tous, hommes et femmes, sur les méthodes contraceptives, le risque de grossesse non désirée et ses conséquences.

L'éducation affective, à la santé sexuelle et reproductive pour les filles et les garçons, dès la préadolescence, **doit être renforcée.**

Parmi les conditions qui conduisent une femme à dépasser le terme légal actuel, certaines sont évitables et tout doit être fait pour **renforcer l'accompagnement** dû à chaque femme à travers une amélioration des parcours médicaux.

Le CCNE ne saurait cautionner une mesure prise pour pallier les multiples dysfonctionnements matériels, économiques, juridiques d'une politique de santé publique majeure pour les femmes.

Cependant, en axant sa réflexion sur les principes d'autonomie, de bienfaisance, d'équité et de non malfaisance à l'égard des femmes, **le CCNE considère qu'il n'y a pas d'objection éthique à allonger le délai d'accès à l'IVG de deux semaines**, passant ainsi de 12 à 14 semaines de grossesse.

Cette opinion du CCNE a été approuvée par la majorité des membres présents lors de la réunion du 12 novembre 2020, à l'exception d'une opinion divergente (annexe 4). Version révisée du 7 décembre.

Annexe 1 : Lettre de saisine



Le Ministre

Nos réf. : CAB OV/ D-20-018546

Paris, le 02 octobre 2020

Le Ministre des Solidarités et de la Santé

A

Monsieur le Président du Comité Consultatif National d'Éthique

OBJET : Saisine relative au délai légal d'accès à l'interruption volontaire de grossesse

Monsieur le Président,

Depuis l'entrée en vigueur de la loi Veil (1975), puis des avancées qui lui ont été apportées (2001), le droit à l'avortement doit encore être conforté et son accès mieux garanti.

Une proposition de loi déposée par Mme Albane Gaillot et visant à renforcer le droit à l'avortement (n° 3383) a été adoptée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Celle-ci comporte une disposition proposant l'allongement du délai légal d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) de douze à quatorze semaines (14 semaines d'aménorrhée à 16 semaines d'aménorrhée).

Inspirée par la volonté d'assurer la pleine effectivité du droit des femmes, la proposition de loi entend par ailleurs résoudre, par cette disposition, les obstacles susceptibles de retarder davantage l'accès à l'avortement, notamment l'IVG tardive. À cet égard, la situation française s'insère dans un cadre européen où existe une diversité très importante des délais légaux en matière de droits à l'IVG, allant de 10 à 24 semaines.

Cependant, cet allongement proposé dans le cadre de la proposition de loi a conduit de très nombreux professionnels de santé, parmi les plus engagés dans l'accès à l'IVG, à en souligner le caractère délicat, en mettant en avant la protection de la santé de la femme ainsi que la complexité du geste technique à accomplir.

Au regard de ces éléments, j'aimerais recueillir l'avis du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur cet enjeu d'importance.

Votre avis pourrait nous être remis dans la deuxième quinzaine de novembre 2020.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de ma considération distinguée.

Olivier VÉRAN

Monsieur Jean-François DELFRAISSY
Président du CCNE
Comité Consultatif National d'Éthique
66 rue de Bellechasse
75007 PARIS

Annexe 2 : Composition du groupe de travail

François Ansermet

Alexandra Benachi (rapporteure)

Marie-Germaine Bousser

Pierre-Henri Duée (rapporteur)

Florence Jusot

Caroline Martin

Marion Muller-Colard

Catherine Patrat

Francis Puech

Dominique Quinio

Annexe 3 : Personnes auditionnées

Silvia de Zordo (Directrice du projet de recherche BAR2LEGAB, n° 68004, financé par l'ERC)

Giulia Zanini (Doctorante dans le cadre du projet BAR2LEGAB)

Joëlle Bellaisch-Allard (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)

Sarah Durocher et Bénédicte Paoli (Planning Familial)

Ghata Hatem (Maison des femmes)

Véronique Séhier (Conseil Economique Social et Environnemental)

Nathalie Trignol (Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception)

Annexe 4 : Opinion divergente

Les données présentées dans l'avis du CCNE permettent de comprendre que, malgré les aménagements successifs de la loi (délai allongé en 2001, suppression de la notion de détresse en 2014...), la prévention et l'accompagnement des grossesses non désirées ne se font pas dans des conditions satisfaisantes et leur nombre reste élevé. Notamment en raison de l'absence d'une éducation affective et sexuelle de qualité, auprès des plus jeunes, filles et garçons. Et en raison du manque de moyens et de la mauvaise répartition géographique des centres spécialisés.

Il est précisé que la position du CCNE ne répond pas à une question de principe quant à l'avortement mais à une question de délai légal d'accès à l'IVG. Il est toutefois affirmé que « la pratique d'une IVG est un acte médical singulier qui justifie le maintien de la clause de conscience spécifique ». Une enquête réalisée auprès des gynécologues obstétriciens, dont des praticiens pratiquant des IVG, montrait d'ailleurs qu'une majorité d'entre eux est opposée à l'allongement du délai.

L'allongement du délai n'est pas sans effet sur la représentation du fœtus que peuvent en avoir les soignants, les femmes elles-mêmes et l'opinion publique. Surtout si, se référant à ce qui se passe dans d'autres pays, ce délai devait, de réforme en réforme, se rapprocher du délai de viabilité du fœtus, notifié par l'OMS.

Les partisans de l'allongement du délai axent leur réflexion sur la liberté et l'autonomie des femmes à décider de poursuivre ou non une grossesse. Cet allongement risque de retarder la mise en œuvre des mesures d'éducation et d'accompagnement nécessaires, sur lesquelles insiste le présent avis ; les femmes n'en auront donc pas le bénéfice et le nombre de grossesses non désirées restera élevé. Changer régulièrement la loi, comme elle l'a été depuis son adoption, peut apparaître sur le moment comme une « solution », mais ne règle pas les enjeux de fond liés aux conditions de son application.

Dominique Quinio