

**Les débats et controverses entre experts
à l'occasion du projet de loi sur l'allongement des délais légaux de l'IVG**

Mémoire présenté par le Dr Laurence ESTERLE

**Diplôme universitaire de Régulation des naissances
U.F.R. Necker Cochin Port Royal
Université René Descartes
*Année 2007/2008***

RESUME

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) a toujours été une grande affaire publique, sujette à de nombreuses controverses mêlant des dimensions morales, sociétales et éthiques aux dimensions purement techniques ou scientifiques. Ce mémoire analyse les débats des experts et parties prenantes qui ont été invités à exprimer leur avis et exposer leurs arguments devant les enceintes parlementaires à l'occasion de la proposition de loi présentée par la ministre Martine Aubry et visant, entre autres, à allonger de deux semaines les délais légaux de l'IVG. Il vise à dégager les enjeux des débats et les positionnements des acteurs. L'analyse finale de cette étude tente de montrer que ces experts, praticiens, représentants des institutions et représentants de la société civile, dont la très grande majorité n'est pas hostile au principe même de l'IVG, ont ré-ouvert des débats anciens qui reposent de fait sur l'opposition entre deux grands principes : le droit de la femme à disposer d'elle-même et le droit du fœtus à ne pas être avorté.

Ce mémoire me donne l'occasion de remercier très chaleureusement les coordinateurs du DU de régulation des naissances, le Dr Sophie Gaudu et le Dr Michel Teboul, pour m'avoir donné l'occasion de suivre l'enseignement passionnant qu'ils ont organisé dans le cadre de ce DU. Je remercie aussi non moins vivement l'ensemble des enseignants du DU pour m'avoir ouvert et rafraîchi l'esprit en de multiples occasions.

Dr Laurence Esterle, le 4 septembre 2008

PLAN

A. Introduction

B. Méthodologie

C. Rappel du processus législatif

D. Les trois rapports princeps

1. Rapport du Pr. Nisand
2. Rapport de l'ANAES
3. Avis du CCNE

E. Débats et controverses entre experts

1. La réalité des IVG hors délais réalisés à l'étranger
2. La légitimité de la demande actuelle de prolonger les délais
3. Les conséquences de l'allongement des délais sur la demande d'IVG
4. Les conséquences sur les techniques d'IVG au-delà de 12 SA et les pratiques médicales
5. Risques en terme de santé publique

F. Essai d'analyse

1. Les acteurs du débat et leur positionnement
2. Au-delà des acteurs auditionnés, l'existence d'un réseau d'acteurs
3. Les enjeux explicites et implicites

G. Conclusion et perspectives

H. Bibliographie et références

Annexe : Liste des acronymes

A. INTRODUCTION

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) a toujours été une grande affaire publique, sujette à de nombreuses controverses mêlant des dimensions morales, sociétales et éthiques aux dimensions purement techniques. La Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'IVG, dite Loi Veil, adoptée au terme de nombreux et violents débats, stipule que « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de grossesse ». La loi place la femme dans la position de décider librement, et elle seule, de la poursuite de sa grossesse. Comme tous les principes dont les enjeux sont multiples, celui-ci n'est pas définitivement acquis et reconnu par la société ainsi que le montre l'histoire, lointaine ou plus récente. Ainsi, au début du 21^e siècle, la révision de la loi Veil a donné l'occasion de ré-ouvrir les débats. Ce mémoire analyse les dires des représentants de la société civile (associations), des représentants des institutions et des praticiens mobilisés par la sphère politique (gouvernement et parlement) à l'occasion des débats sur le projet de loi relatif à l'interruption de grossesse et à la contraception, présenté par Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité le 4 octobre 2000 devant l'Assemblée nationale. Il a été décidé dans le cadre de ce mémoire de se limiter à un seul article du projet de loi : l'article 2 qui prévoit l'allongement du délai légal de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA) soit de 10 à 12 semaines de grossesse (SG). Le sujet du mémoire ne concerne que les propos tenus par les experts extérieurs, mais pas sur ceux des politiques qui se sont tenus dans les enceintes parlementaires, Assemblée nationale et Sénat. En effet, ces derniers sont de nature tout à fait différente et l'usage par le politique des arguments des experts relève d'une analyse complémentaire - qu'il serait d'ailleurs très intéressant de réaliser.

Cette étude s'appuie sur la démarche scientifique des sociologues des sciences pour lesquels les controverses scientifiques et techniques sont le fait de nombreux acteurs, humains et non humains, visibles et invisibles, et qui mettent en jeu bien d'autres enjeux que ceux qualifiés de scientifiques et techniques. Ces controverses se développent dans les situations où les incertitudes usuelles du social, de la politique, de la morale se trouvent compliquées et non plus simplifiées par l'apport de connaissances scientifiques ou techniques.

B. METHODOLOGIE

Dans un premier temps, la méthodologie a consisté à collecter de la façon la plus complète possible les documents rapportant les auditions qui ont eu lieu lors de l'examen du projet de loi :

- d'une part par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale, présidée par Mme Martine Lignières-Cassou (députée du Parti socialiste). Les points de vue des experts ont été recueillis par la commission entre mars 2000 et novembre 2000 ;
- D'autre part, par la commission des affaires sociales du Sénat, présidée par M. Jean Delaneau (Groupe des républicains et des indépendants), au cours des auditions publiques qui se sont tenues le 20 décembre 2000.

Bien souvent, les mêmes personnalités ont été auditionnées par les deux instances. Le tableau 1 présente la liste des personnalités dont les propos portant sur l'allongement des délais de 12 à 14 SA ont été retenus pour cette étude. Ces personnalités sont classées en trois groupes :

- Les représentants de la 'société civile' c'est-à-dire des associations ou des organisations non gouvernementales concernées par la question de l'IVG : le Mouvement français du planning familial (MFPF), la Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC) et l'Union nationale des associations familiales (UNAF) ;
- Les représentants des institutions, professionnelles (comme le Conseil national de l'ordre des médecins – CNOM), scientifique (Académie de médecine), sanitaire (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé - ANAES), et éthique (Comité consultatif national d'éthique - CCNE)¹ ;
- Les experts convoqués à titre personnel pour leur connaissance sur la question qui sont, dans leur grande majorité, des médecins praticiens.

D'une manière générale, l'ensemble de ces personnes auditionnées est désigné sous le vocable d' 'experts' dans la suite du document².

¹ Même si fréquemment ces représentants s'expriment également à titre personnel

² Reconnaissant, par ce terme, que les représentants de la société civile sont également des experts.

Table 1 : Liste des personnes auditionnées dont les propos ont été analysés

Groupe	Nom	Qualité	Assemblée nationale*	Sénat**
<i>Représentantes de la société civile</i>	Mme Danielle Gaudry	Présidente du MFPF	X	X
	Mme M. Surduts	Secrétaire générale de la CADAC	X	
	Mme Chantal Lebatard et Mme Monique Saussier	Administratrice et directrice des études politiques de l'UNAF		X
<i>Représentants des institutions</i>	Pr. Alain Durocher	Responsable du service des recommandations de l'ANAES	X	
	Dr Bruno Carbone	Membre du groupe de travail de l'ANAES	X	
	Pr. Claude Sureau	Président de l'Académie de médecine Gynécologue-obstétricien	X	X
	Dr Bernard Maria	Président du collège national des gynécologues obstétriciens français		X
	Dr Paul Cesbron	Président de l'ANCIC		X
	Pr. Bernard Glorion	Président du CNOM	X	X
	Dr Didier Sicard	Président du CCNE	X	X
<i>Experts à titre personnel</i>	Pr. Israel Nisand	Chef du département de gynécologie obstétrique du CHU de Strasbourg		X
	Dr Michèle Uzan	Chef de service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Jean Verdier (Bondy)	X	
	Pr. René Frydman	Chef de service de gynécologie -obstétrique à l'hôpital Béchère (Clamart)	X	X
	Pr. Michel Tournaire***	Chef de service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul (Paris)	X	X
	Pr. Jacques Milliez	Chef de service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Saint-Antoine (Paris)	X	

* Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes

** Commission des affaires sociales

*** A été également auditionné au titre de président du groupe de travail de l'ANAES sur les IVG à 14 SA

Les comptes-rendus des auditions ont été préalablement lus en totalité et analysés pour identifier, d'une part, les différents sujets abordés par les personnes auditionnées et, d'autre part, les propos les plus significatifs relatifs à l'allongement des délais de l'IVG³. Dans la partie E, la gamme des positions et des arguments échangés est simplement décrite pour identifier la dynamique des débats. Dans la partie F, l'auteur du mémoire tente une analyse pour identifier les véritables enjeux sous-jacents aux débats.

Par ailleurs, trois rapports majeurs font l'objet d'une description préliminaire dans la partie D: Le rapport initial du Pr. Nisand réalisé en février 1999 à la demande de Mme M. Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, celui de l'ANAES sur la prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée réalisé à la demande de la Direction générale de la santé (DGS) et remis en mars 2001 et, enfin, l'avis n° 66 du 23 novembre 2000 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) faisant suite à la saisine du Président du Sénat et du Président de l'Assemblée nationale sur l'allongement du délai d'IVG.

Les propos rapportés sont indiqués dans le texte entre guillemets (« ... »). La mention [...] indique que les propos sont interrompus. Parfois, l'auteur du mémoire place entre [] une mention éclairant le contexte des propos. Au cours des auditions, l'allongement des délais de l'IVG est calculé en semaines d'aménorrhée (SA) ou en semaines de grossesse (SG). Ces

³ En ce qui concerne le risque d'IVG dite « de convenance », les propos tenus par le Pr. Nisand dans les medias sont également rapportés car souvent cités en référence par les autres experts au cours de leur audition.

expressions ont été conservées ainsi que l'utilisation des termes « avortement » ou « IVG » ou encore « IMG ». Sont parfois soulignés les termes qui ont paru les significatifs. Enfin, l'enceinte de l'audition n'est pas mentionnée (Assemblée nationale ou Sénat) sauf si le contexte le justifie.

C. RAPPEL DU PROCESSUS LEGISLATIF

La Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse de 1975, dite Loi Veil, indique dans son article L. 162 que « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse ».

Arrivée au pouvoir en 1997, l'équipe ministérielle de Lionel Jospin fait deux constats : 1) Une absence de campagne générale sur la contraception depuis 1982 et 2) un nombre encore important d'IVG en France, plus de 200 000 par an, mais aussi 5 000 à 6 000 femmes qui se rendent à l'étranger pour avoir recours à l'IVG hors des délais légaux.

Mme Martine Aubry, alors ministre de l'emploi et de la solidarité, demande au Pr. Israel Nisand de travailler sur les questions de l'accès à l'IVG. Le Pr. Nisand remet son rapport en février 1999. Par ailleurs, de septembre 1998 à juillet 1999, Martine Aubry avec Nicole Péry secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, réunit un comité de pilotage dans lequel étaient représentés les associations du planning familial, des associations féministes, des chercheurs et des professeurs de médecine. La ministre demande également à l'ANAES d'identifier les techniques à employer et d'indiquer les problèmes de santé publiques éventuellement liés à un allongement de deux semaines des délais de l'IVG.

Un plan est alors bâti, annoncé en juillet 1999, qui invite à travailler sur une éventuelle révision de la Loi Veil, ce qui est fait en 2000. En mai 2000, la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale organise un colloque intitulé : « Droits des femmes : contraception, IVG, pour un meilleur accès » qui va contribuer à ouvrir les débats entre spécialistes et parties prenantes⁴.

Le 4 octobre 2000, la ministre Martine Aubry présente devant l'Assemblée nationale un projet de loi initial relatif à l'interruption de grossesse et à la contraception (projet 2605). L'article 2 du projet de loi prévoit un allongement du délai légal de l'IVG qui passe de 10 à 12 semaines de grossesse⁵.

Entre Mars 2000 et novembre 2000, la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes présidée par Mme Martine Lignières-Cassou auditionne des experts. Mme Danielle Bousquet, rapporteure, présente le rapport d'information le 14 novembre 2000 devant la délégation.

Le projet de loi est alors adopté en première lecture par l'Assemblée nationale, le 5 décembre 2000.

⁴ Voir les actes du colloque sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/11/col-delf/30mai2000/r9999.asp>

⁵ Article 2 du projet de loi : « Dans la seconde phrase de l'article L.2212-1 du code de la santé publique, les mots : « avant la fin de la dixième semaine de grossesse » sont remplacés par les mots : « avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Le projet de loi est soumis au Sénat qui charge la commission des affaires sociales de procéder à l'audition des experts, ce qui a lieu le 20 décembre 2000. Le rapporteur, M. Francis Giraud (Groupe UMP) remet le rapport de la commission le 31 janvier 2001. Par ailleurs, un rapport d'information de Mme Odette Terrade (Groupe communiste républicain et citoyen) est remis au nom de la délégation aux droits des femmes. Le Sénat modifie le projet de loi en supprimant notamment l'allongement du délai légal et adopte ce projet modifié le 28 mars 2001.

Une Commission paritaire mixte est réunie sans succès, le 4 avril 2001.

Après examen, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale adopte un amendement rétablissant l'allongement du délai légal de l'IVG, le 5 avril 2001.

Le projet de loi rétablissant l'allongement du délai légal est alors adopté en seconde lecture par l'Assemblée nationale, le 17 avril 2001.

Ce projet de loi est refusé en seconde lecture par le Sénat, le 9 mai 2001.

Après examen, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale propose de reprendre le texte de loi voté par l'Assemblée nationale en seconde lecture. Le texte définitif qui comprend l'allongement du délai légal des IVG est alors adopté par l'Assemblée nationale le 30 mai 2001.

D. LES TROIS RAPPORTS PRINCEPS

Dans cette partie, nous présentons les principaux éléments de trois rapports qui ont marqué les débats.

- Le rapport du Pr. I. Nisand, qui a été réalisé avant la mise en œuvre du projet de loi de Martine Aubry. Il constitue une introduction essentielle aux termes des débats d'une part parce qu'il a (en partie) inspiré la révision de la loi Veil, d'autre part parce qu'il présente le point de vue de son auteur ;
- Le rapport de l'ANAES, qui a été réalisé à la demande de la Direction générale de la santé pour évaluer les techniques et les risques des IVG au-delà de 12 SA. La remise du rapport définitif est postérieure au dépôt du projet de loi (mars 2001), mais un rapport préliminaire de l'ANAES a alimenté bon nombre de discussions au cours des débats d'experts. Il nous a semblé intéressant, pour la bonne compréhension des débats techniques, de présenter à ce stade les recommandations retenues dans le rapport final ;
- Enfin, l'avis du CCNE, qui a été remis en novembre 2000 alors que le projet de loi est débattu par le parlement. Là aussi, il nous a semblé judicieux que le lecteur puisse en prendre connaissance avant de se plonger dans les débats 'éthiques' qui se sont tenus entre experts.

1. Rapport du Pr. I. Nisand : « L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, février 1999 »

Le rapport du Pr. Nisand a été réalisé à la demande de Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, et de Mr Bernard Kouchner, secrétaire à la santé et à l'action sociale. Son objet était d'examiner la situation française en matière d'IVG, près de 25 ans après la Loi du 17 janvier 1975 reconnaissant le droit à son accès, d'apprécier le fonctionnement des structures, d'évaluer les difficultés rencontrées et de faire des propositions concrètes pour améliorer la prise en charge des femmes en demande d'IVG. Autrement dit, ce rapport n'est pas centré spécifiquement sur l'allongement des délais légaux mais il aborde la question et propose une solution. En effet, selon le Pr. Nisand, 5 000 patientes se rendent chaque année à l'étranger et il estime que ce chiffre baisserait de 80% si le délai légal était porté à 14 SA et qu'une telle disposition alignerait la France sur celle de la plupart des pays européens.

Cependant, le Pr. Nisand note que « le corps médical qui réalise les IVG est hostile dans sa majorité à une modification des délais pour des raisons principalement éthiques mais aussi techniques ». Les raisons éthiques, relativement peu développées dans le rapport, seraient liées au passage de la période embryonnaire à la période fœtale autour de 12 semaines. Sur le plan technique, après 12 SA, la technique chirurgicale passe « de l'aspiration à l'expulsion provoquée ». Le Pr. Nisand souligne que cette technique est celle mise en œuvre dans le domaine des malformations graves, c'est à dire dans le cadre des interruptions médicales de grossesse (IMG).

Pour le Pr. Nisand, la grande majorité des demandes tardives d'IVG, hors délais, émanent des patientes « les plus démunies et les plus fragiles qui tardent à consulter souvent parce qu'elles ne sont même pas capables de savoir qu'elles sont enceintes ». Il peut aussi s'agir de patientes dont les grossesses ont « débuté dans des conditions troubles dont la révélation publique ne peut se faire car il faut impérativement se taire (inceste ou viol) ».

Le Pr. Nisand propose que la demande hors délais de ces femmes soit prise en compte « au cas par cas en utilisant plutôt la voie de l'IMG où une expertise médicale vérifie la nature dramatique du contexte » et dans « des structures régionales acceptant de recevoir ces cas désespérés [et qui] seraient immédiatement efficaces ».

Ce rapport a été véritablement à l'origine de la révision de la loi de 1975 et a conduit Martine Aubry à proposer un allongement de deux semaines du délai légal (passant alors de 12 à 14 SA). Cependant le projet de loi ne reprend pas la suggestion initiale du Pr. Nisand de l'inscrire plutôt dans le cadre de l'IMG. Le Pr. Nisand défendra, comme on le verra plus loin, sa proposition en faisant valoir d'autres arguments par voie publique ou à l'occasion des auditions devant les parlementaires. Toute proposition ouvre les débats et peut donner lieu à des controverses. Cela fut tout particulièrement le cas pour celle du Pr. Nisand.

2. Rapport de l'ANAES sur la prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines (mars 2001)

Le rapport de l'ANAES sur la prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines a été réalisé à la demande de la Direction générale de la santé. Un premier rapport de l'ANAES a été publié en février 2000 traitant de la sécurité de la femme et ce rapport préliminaire a pu être cité à l'occasion des auditions tenues entre mars et novembre 2000. Il semblerait qu'il ait été contesté par des médecins car stipulant qu'il n'y a pas beaucoup de différence de pratique dans la réalisation des IVG après 12 semaines d'aménorrhée. Le rapport de mars 2001 présenté ici n'a pas fait l'objet de contestations semblables mais sa méthodologie était plus éprouvée. La version finale a été délivrée alors que le projet de loi était déjà en relecture dans les chambres parlementaires. Cependant, lors des auditions parlementaires, le Pr. Durocher, responsable du service des recommandations de l'ANAES ainsi que le Pr. Touraine, président du groupe de travail de l'ANAES, ont pu faire état des résultats du rapport final avant même sa remise officielle.

Recommandations finales de l'ANAES :

A la 13^e et 14^e SA : « La technique chirurgicale est la technique de choix ...]. L'évacuation utérine repose sur l'aspiration à l'aide d'une canule et, lorsque cela est nécessaire, sur l'utilisation de pinces spécifiques. Cette technique requiert une formation spécifique.

Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée. Elle repose sur :

- mifépristone 200 mg per os 36 à 48 heures avant l'aspiration ;
- ou misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration.

L'utilisation éventuelle de l'anesthésie locale demande une très bonne maîtrise de la technique de dilatation et évacuation. ».

Selon la méthodologie éprouvée de l'ANAES, les recommandations finales sont bâties à partir d'un état des lieux et d'une analyse critique de la littérature scientifique internationale. L'ANAES note que « les méthodes chirurgicales sont largement utilisées dans certains pays au-delà du premier trimestre de la grossesse (Pays-Bas, États-Unis,...) » mais souligne les différences après 12 SA. Ainsi, « la technique d'évacuation chirurgicale est différente au-delà de 12 SA par rapport à des âges gestationnels plus précoces. Du fait du volume foetal, la simple aspiration du contenu utérin n'est pas toujours possible et il peut alors être nécessaire d'avoir recours à des pinces spécifiques. Cette situation justifie l'emploi d'un matériel adapté et un opérateur entraîné ».

En ce qui concerne les complications, l'ANAES note à propos des IVG chirurgicales sur la période 13-14 SA que « les techniques chirurgicales sont efficaces et rapides. Leur utilisation s'accompagne d'une augmentation modérée des complications au-delà de 12 SA par rapport à des âges gestationnels plus précoces. Il n'y a pas d'argument pour suspecter des conséquences à long terme de l'interruption tardive de grossesse ».

Ce dernier point est extrêmement important pour le gouvernement qui souhaite démontrer qu'un tel rallongement des délais ne présente pas d'inconvénient en termes de santé publique. Nous y reviendrons à l'occasion des débats d'experts.

3. Avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sur l'allongement du délai d'IVG (Avis n°66, 23 novembre 2000).

Le CCNE a fait l'objet d'une saisine à la fois du Président du Sénat et du Président de l'Assemblée nationale à l'occasion des débats parlementaires sur l'allongement des délais légaux de l'IVG, en réponse notamment à la demande des groupes parlementaires de l'opposition. Saisi au début d'octobre 2000, le CCNE a remis son avis le 23 novembre 2000. Le CCNE a été tout particulièrement interrogé sur la question de savoir si l'allongement du délai est susceptible d'entraîner des dérives 'eugéniques'. Cette question a été soulevée en raison des progrès techniques, notamment en échographie médicale qui permettent l'identification du sexe et de malformations du fœtus dès la 13^e SA, c'est-à-dire avant le délai légal d'IVG, si celui-ci était porté à 14 SA.

D'emblée, le CCNE écarte la menace d'eugénisme qu'il entend comme « une pratique collective institutionnalisée qui vise à favoriser l'apparition de certains caractères ou à en éliminer d'autres jugés négativement ». En effet, le droit accorde la demande d'IVG à titre individuel, ce qui ne relève donc pas de l'eugénisme. Cependant, compte tenu des progrès de l'échographie et donc de la possibilité d'identifier des anomalies mineures (telle que la fente labiale) entre la 12^e et 14^e SA, le CCNE examine l'hypothèse que « le désir des couples d'avoir 'l'enfant parfait' pourrait motiver un accroissement du nombre des IVG ». De même, il a été avancé que la connaissance du sexe pourrait conduire à une demande d'IVG. Pour le CCNE, « invoquer cette connaissance facilitée et banalisée du sexe ou d'une anomalie mineure pour empêcher la prolongation du délai légal [lui] apparaîtrait excessif et d'une certaine façon attentatoire à la dignité des femmes et des couples. Cela serait en effet leur faire injure, et les placer dans une situation d'accusés potentiels, que de penser que la grossesse est vécue de façon si opportuniste que sa poursuite ou son arrêt ne tiendrait qu'à cette connaissance ». Il s'interroge plutôt sur les moyens techniques à mettre en œuvre soulignant que « les interruptions tardives nécessitent l'aménagement de moyens hospitaliers adéquats, actuellement insuffisants dans notre pays ». Il rappelle que l'accueil et l'accompagnement des femmes en situation de détresse relèvent d'une responsabilité collective et qu'il convient de s'en donner les moyens.

Concernant la mise en œuvre de ces interruptions tardives, il se place en opposition à la proposition du Pr. Nisand d'élargir les indications de l'IMG aux détresses psychologiques : « Cela reviendrait à substituer une autorisation médicale élargie à la seule décision de la femme. Cette solution pourrait sembler à première vue répondre aux difficultés rencontrées mais elle changerait radicalement l'esprit de la Loi de 75, en redonnant à la société un droit de regard ».

Enfin, pour le CCNE, rien ne permet de penser que l'allongement du délai légal s'accompagnerait d'un accroissement du nombre des IVG car « cet acte reste un traumatisme d'autant plus ressenti que la grossesse est plus avancée ». Cependant, le CCNE conseille de renforcer la mise à disposition de la contraception et de l'information car « une société mieux éclairée dans son mode de contraception subirait dans une moindre mesure la violence de l'interruption de grossesse. »

L'avis du CCNE, ainsi que les propos rapportés par son président, le Pr. Sicard (voir plus loin), pèseront de façon considérable pour limiter l'usage du mot 'eugénisme' dans les débats parlementaires, mais aussi dans les débats entre experts.

E. DEBATS ET CONTROVERSES ENTRE EXPERTS

Lorsqu'elle expose les motifs de l'allongement des délais de l'IVG, la ministre, Martine Aubry, indique que ce dernier « devrait réduire de près de 80 % le nombre de femmes qui sont contraintes de partir à l'étranger pour interrompre leur grossesse lorsqu'elles sont hors délais » et que « l'avis de l'ANAES sur ce sujet [contre indication technique à l'allongement des délais] est clair : il n'y a pas d'obstacle ni en termes médicaux, ni en termes de sécurité sanitaire à ce que ce délai d'accès à l'IVG puisse être porté à 12 semaines, à l'instar de ce qui se fait chez la plupart de nos voisins européens »⁶. Ces indications portent en elles plusieurs questionnements qui vont être débattus par les experts, le premier étant le nombre de femmes qui bénéficieront des nouvelles dispositions de la loi, l'absence d'obstacles médicaux et de risques sanitaires, et enfin l'intérêt de mettre la France à égalité avec ses voisins européens.

Ce ne seront pas les seuls questionnements à apparaître au fur et à mesure des débats. Il y a d'abord une question sur laquelle les experts vont s'exprimer : qui sont ces femmes qui se trouvent hors délais, et, par conséquence, le rallongement des délais est-il une réponse légitime à leur demande ? Peut-on dire que l'allongement des délais va permettre de réduire une inégalité sociale de fait, entre celles qui ont les moyens de se rendre à l'étranger et celles qui ne l'ont pas ? Mais surtout l'allongement des délais se complique par la possibilité de disposer de l'identification du sexe et d'anomalies congéniales, majeures ou mineures, ce qui ouvre de nouveaux débats. Ne va-t-on pas avoir à faire avec une nouvelle sorte de demande d'IVG 'de convenance' conduisant à un 'eugénisme domestique' ?

Ensuite, si l'on en accepte le principe, il convient de se demander si ces IVG sont réalisables : les difficultés techniques seront bien sûr évoquées mais aussi le changement de pratique professionnelle que cette technicité exigera. Et même si l'arsenal technique le permet, n'y aura-t-il pas réticence, pour des raisons à explorer, de la part des professionnels ? Finalement, y aura-t-il des praticiens susceptibles de réaliser ces IVG plus tardives ?

Nous allons voir successivement comment ont été traitées ces questions et à quelles controverses elles ont donné lieu. Il convient à ce stade d'évoquer le contexte de la France au moment des débats. La France est un des pays où les délais légaux des IVG sont les plus courts : la moyenne est de 14 SA en Europe, la Hollande, l'Espagne et la Grande-Bretagne ayant voté un délai de 22 semaines. Pourtant certains centres français n'hésitent déjà plus à pratiquer des IVG à 13-14 SA (ce qui sera rapporté par certains de leurs responsables au cours des auditions). La France est aussi à cette époque un des rares pays à réaliser des échographies précoces à 11 semaines d'aménorrhée, permettant l'identification du sexe et la détection de certaines anomalies, y compris mineures (absence congénitale d'un doigt, présence d'une fente labiale, par exemple).

⁶ Présentation du projet de loi devant l'Assemblée nationale en octobre 2000.

1. La réalité des IVG hors délai réalisées à l'étranger

Dans l'exposé des motifs du projet de Loi, la Ministre Martine Aubry indique que l'allongement des délais de 10 à 12 SG « devrait permettre de réduire de près de 80% le nombre de femmes qui sont contraintes de partir à l'étranger interrompre leur grossesse parce qu'elles sont hors délai. » Le nombre de femmes partant à l'étranger est estimé à 5 000 dans son discours. Qu'en est-il dans la réalité ?

Pour cause, aucune statistique officielle n'existe, et tous les experts s'accordent à regretter cette absence de données chiffrées objectives. En fait l'ampleur du problème est mal connue de même que le nombre des femmes qui ont dépassé les délais mais ne partent pas à l'étranger : les estimations sont donc assez approximatives. Les seules données disponibles proviennent du Mouvement français du planning familial (MFPF) qui se base sur le nombre de femmes connues du MFPF et étant parties à l'étranger pour une IVG hors délai. Pour Mme Gaudry (MFPF), « en France, environ 5 000 femmes dépassent le délai des 12 semaines et vont se faire avorter à l'étranger, notamment en Hollande et en Espagne » et, si les délais sont allongés à 14 SA, « Ce sont 40% des situations qui seront réglées ». Ce chiffre de 5 000 femmes partant chaque année à l'étranger est la plupart du temps reconnu même s'il est parfois 'sous-estimé' à 3 000 femmes (par exemple, dans certains propos du Pr. Frydman) ou 'surestimé' à 7 000 (par exemple, par le Pr. Milliez). Le pourcentage de celles qui se rendent à l'étranger en étant enceintes de 12 et 14 SA se situe quant à lui dans une fourchette variant de 40% (par exemple, pour le MFPF) à 80 % (par exemple, pour le Pr. Nisand). Quoiqu'il en soit, il faut faire face à cette réalité, même si certains calculent que ces IVG ne représentent qu'un faible pourcentage des IVG pratiquées dans les délais légaux et que « le projet ne concernerait donc que 1% des femmes candidates à l'IVG aujourd'hui et ne règle pas le problème des autres » (Pr. Frydman).

Ces « autres » femmes dont la demande d'IVG se situe au-delà de 14 SA sont défendues par le MFPF qui estime que « le parti de fixer un délai est un faux débat car une femme qui a décidé d'interrompre une grossesse le fera [...] ». Le MFPF évoque alors les pays, comme l'Angleterre, la Hollande et la Catalogne qui ont porté les délais au seuil de viabilité⁷. Ces femmes sont aussi évoquées par ceux qui défendent la proposition du Pr. Nisand d'instituer une IMG adaptée pour les femmes hors délais. Pour d'autres, comme le Pr. Durocher (ANAES), l'allongement à 14 SA, « c'est déjà bien. [...] Ce n'est peut être pas parfait, mais cela nous semble être un progrès pour un bon nombre de femmes [...] car nous aurons probablement une plus grande possibilité de venir en aide à celles qui dépasseront encore un peu le délai. Cela nous semble une solution intermédiaire acceptable dans l'immédiat ».

⁷Selon l'OMS, 22 SA ou un poids de naissance égal ou supérieur à 500g (note de l'auteur)

2. La légitimité de la demande actuelle au-delà de 12 SA

Même si la France doit faire face à la réalité de ces femmes qui partent à l'étranger pour une IVG hors délai légal, on peut s'interroger sur les raisons qui les 'mettent hors délai', et par voie de conséquence sur la légitimité de leur demande.

Beaucoup s'accordent sur la détresse et la souffrance de ces femmes. Ainsi, pour le MFPF, « la grande majorité des femmes qui se retrouvent dans des délais avancés sont en réalité dans une situation de détresse catastrophique » (Mme Gaudry). Le Pr. Tournaire estime que « laisser ces femmes en détresse partir à l'étranger est tout à fait anormal » et que « il faut trouver une solution pour éviter cette anomalie qui nous rappelle la période qui a précédé la loi et qui est à la base d'une grande injustice, parce que pour certaines, c'est simple et, pour d'autres, horriblement difficile. » C'est essentiellement pour cette raison, que le Pr. Tournaire estime que la prolongation du délai résoudrait une majorité de cas.

Pour le Pr. Sicard (CCNE), les raisons des IVG demandées tardivement relèvent toujours d'une détresse psychique et il indique que « c'est une situation relativement banale que les grossesses soient découvertes tardivement, après dix semaines ». Le Pr. Milliez estime aussi que « ce ne sont jamais des prétextes futiles qui conduisent ces femmes à venir nous voir ». Il explique les dépassements des délais par un manque d'information (surtout les chez très jeunes filles), par un échec de contraception et, dans nombre de cas, par une erreur de diagnostic de grossesse par les médecins. Ainsi « ces femmes n'ont, à mon sens, aucune responsabilité dans les délais qui leur sont imposés ». Le Pr. Frydman y voit aussi plus généralement un problème de prise en charge en France : « [...] il y a un hiatus important entre les moyens, la disponibilité du service public et la demande. Dans ce hiatus, je vois une cause importante du retard et du fait que les femmes viennent pour une prise en charge tardive qui a suscité tout le débat sur la prise en charge au-delà des 12 SA[...]. Au-delà de 12 SA, cette prise en charge est due, pour un grand nombre, soit à l'ambivalence de la grossesse, soit à un manque de rapidité des rendez-vous médicaux que tout le monde a pu constater dans les interviews et enquêtes qui ont été faites ». Ce défaut de prise en charge et d'accès à l'IVG est également indiqué par le Docteur Maria, président du collège national des gynécologues obstétriciens français : « Le véritable problème est davantage lié à la bonne organisation de l'IVG et en particulier à son accès » et ce, pour plusieurs raisons, parce que « une personne qui demande une IVG n'est pas toujours aussi bien entendue qu'un malade qui se plaint auprès d'un médecin », que « lorsque ces femmes se retrouvent dans la détresse la plus totale [...], trouver un centre d'IVG est un véritable parcours du combattant » et, enfin, que « les centres et équipes qui pratiquent les IVG manquent souvent de moyens ».

Au total, l'allongement des délais de deux semaines permettrait, pour une part (40 %, 80 % ?) des demandes hors délais, de répondre à la détresse de femmes qui sont rarement responsables de cette situation mais aussi de réduire une grande inégalité sociale entre celles qui disposent de l'information et des moyens financiers leur permettant de se rendre à l'étranger et les autres. Il permettrait aussi de faire face à l'insuffisance chronique de prise en charge en matière d'IVG, à défaut d'y remédier.

Mais il convient aussi d'anticiper les conséquences d'un allongement de deux semaines du délai légal : Ne va-t-on pas se trouver face à une augmentation des IVG - dans un pays comme la France où leur nombre est déjà élevé -, et tout particulièrement face à une nouvelle

sorte de demande des femmes qui voudront avoir une IVG au vu des résultats d'une échographie plus tardive?

3. Les conséquences de l'allongement des délais sur la demande d'IVG

Dans les mois qui précèdent la présentation du projet de loi, plusieurs médias recueillent des déclarations du Pr. Nisand qui met en garde contre un risque possible de dérive des motifs d'IVG si les délais légaux sont prolongés de deux semaines⁸. Ainsi dans l'Express daté du 28 septembre 2000, le Pr. Nisand indique que «ce passage de dix à douze semaines [...] est capital dans le cours d'une grossesse. 90% des femmes en France (99% à Paris) subissent désormais une échographie à onze semaines. Et l'on perçoit, outre des malformations graves, beaucoup d'informations, comme le sexe, ou encore des anomalies minimales, qui, si elles devaient déboucher sur des avortements, signifieraient que nous considérons le fœtus comme un produit qui doit être parfait», ou dans le Nouvel Observateur en date du 6 juillet 2000 : « Permettre aux femmes de demander une IVG au-delà de 10 semaines alors qu'elles peuvent avoir auparavant un examen morphologique de leur fœtus me paraît dangereux ». La demande d'IVG pour avoir un 'enfant parfait' va être qualifiée par certains de risque d'eugénisme et soulever des controverses considérables à l'occasion des débats parlementaires. Les controverses vont porter sur la réalité de ce risque qu'il soit technique ou moral et par voie de conséquence sur sa régulation. C'est, en effet, en raison de cette possibilité d'IVG «de convenance » que le Pr. Nisand se prononce pour étendre les indications de l'IMG au-delà de 12 SA.

Devant la commission du Sénat⁹, le Pr. Nisand réfute l'usage du mot d'eugénisme qui a parfois été appliqué à ses propos. Il se dit préoccupé du croisement de deux délais : celui de l'IVG et celui du diagnostic prénatal (DPN) et pense que « le corps médical doit gérer un entrecroisement difficile entre des informations qu'il n'a pas le droit de taire sur le DPN et ses doutes, et la possibilité pour la femme de faire une IVG. ». Pour lui, « à 11 semaines, tout a changé, tous les organes sont en place et ils peuvent être examinés. Ce qui différencie la demande à 10 semaines de celle à 11 semaines, c'est que dans le premier cas, la femme peut me dire qu'elle ne veut pas de grossesse, alors que dans le 2^e cas, elle risque de dire qu'elle ne veut pas de cette grossesse, ce qui me pose problème ». Ce risque est également évoqué par le Pr. Frydman. Bien que reconnaissant que « [...] la demande des femmes à 14 semaines ou plus, n'est pas dans l'ensemble, une demande passée sur un choix d'enfants - ce sont des demandes d'IVG simplement tardives » et que « il ne s'agit pas de dire que les 5000 femmes entre 12 et 14 semaines seraient des femmes qui voudraient choisir leur enfant », il estime cependant que « un certain nombre de femmes qui auront au cours de leur grossesse, un doute sur son évolution, auront la possibilité, elles seules et sans appui médical, [...] de prendre une décision d'interruption ».

Donc pour le Pr. Frydman comme pour le Pr. Nisand, il importe d'encadrer les IVG demandées après 12 SA, en accompagnant leur décision. Comme solution, le Pr. Nisand propose d'étendre les indications de l'IMG prévues par la loi de 1975 « aux causes

⁸ Une lettre officielle a été adressée par les Pr. Nisand, Frydman et Cohen à la ministre Martine Aubry sur cette question. Cette lettre n'a pas été retrouvée à ce stade de recherche. Ne sont donc mentionnés que des extraits de déclarations du Pr. Nisand dans les médias, ces déclarations étant à l'origine de la polémique sur le risque de dérive eugénique.

⁹ Le Pr. Nisand n'a pas été auditionné par la délégation de l'Assemblée nationale

maternelles » afin que « les décisions soient prises par un collège rassemblant des médecins volontaires, et des non médecins telles que des représentantes d'associations comme le planning familial, l'ANCIC, la CADAC, une représentante de la délégation aux droits de la femme ». Pour lui, la décision de cette commission pluridisciplinaire ne sera pas d'ordre médical mais médico-psychologique et social. Ainsi, « dans une demande pour choix de sexe, on trouverait un ensemble de gens autour de cette table pour dire non, mais toutes les vraies demandes d'IVG trouveraient un assentiment ». Il ne s'agit en aucun cas pour lui d'un retour du pouvoir médical : « Je veux simplement créer un mécanisme qui nous permette de sortir du 'il faut et il suffit que la femme demande' ». Un avantage de ce dispositif est qu'il permettrait de ne pas imposer de délais et de réaliser des interruptions de grossesses bien au-delà des délais légaux des IVG. Le Pr. Frydman a une position similaire : « Nous sommes un certain nombre à penser que l'IMG doit être réformée et que cette IMG débute à 12 SA, parce qu'il y a un changement d'attitude ». Il explique que « il existe des comités pluridisciplinaires pour les malformations fœtales et lorsqu'il y a des détresses psychologiques maternelles, cela revient au même, ce sont les mêmes personnes qui y sont confrontées ». Le Pr. Frydman indique cependant que les pédiatres n'auront pas leur place dans ces comités qui pourraient être restreints « dans ce cas précis à ceux qui s'occupent de la femme » et dont les compétences seraient élargies. Pourtant, le Pr. Frydman pense que les IVG qui seraient demandées en raison d'un « doute sur la normalité de la grossesse et la tendance de notre société à tout faire pour éviter les situations difficiles » ne représentent pas le « problème des IVG tardives qui sont pour la plupart liées au manque de moyens et au manque de prise en charge précoce ».

Mme Lebatard, représentante de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)¹⁰, s'aligne sur la proposition du Pr. Nisand de mettre en place « un dispositif également réparti sur le territoire, facile d'accès [...], qui permette au cas par cas la prise en charge de femmes en détresse qui auraient dépassé le délai, un dispositif offrant des réponses individuelles, non déterminées par la loi, et avec le tri qui pourrait être fait à ce moment-là pour aider les femmes à prendre leur décision ». L'UNAF est en effet sensible au risque d'IVG « de convenance » (bien que le mot ait été considéré comme trop fort par Mme Lebatard) ou plutôt d'IVG par « hantise de la sécurité » du fait de la possibilité de diagnostic de malformations : « La difficulté est bien une affaire psychologique, celle d'être confronté à un possible qui n'est pas acceptable. Le dispositif du diagnostic prénatal rend impossible l'acceptation du moindre doute ». Ainsi, « ce refus des doutes risquait justement, en raison des moyens nouveaux qui sont offerts, d'augmenter le recours à l'avortement et de rendre la grossesse impossible avec la distinction entre le refus de la grossesse et le refus de cette grossesse, distinction faite par le Pr. Nisand ».

D'autres spécialistes mettent en doute la réalité d'une telle dérive. Le Pr. Tournaire, quant à lui, ne comprend pas l'argumentaire sur le plan technique parce que « l'échographie vaginale existe déjà depuis une dizaine d'années. Elles sont pratiquées entre 10 et 12 SA actuellement, c'est à dire avant la fin du délai légal d'interruption de grossesse. Elle découvre donc, depuis dix ans, des anomalies avant la fin du délai légal ». Mais ces anomalies, détectées précocement, sont la plupart du temps majeures, conduisant à l'interruption naturelle de la

¹⁰ Selon ses termes, « L'UNAF est une institution nationale chargée de promouvoir, défendre et représenter les intérêts de toutes les familles vivant sur le territoire français, quelles que soient leurs croyances ou leur appartenance politique. Union et non fédération d'associations, elle permet aux familles de s'exprimer, dans toute leur diversité, pour une politique familiale globale, innovante et forte. Elle anime le réseau des 22 Unions Régionales des Associations Familiales (URAF) et des 100 Unions Départementales des Associations Familiales (UDAF), et les appuie dans leurs missions institutionnelles et de services aux familles.

grossesse ou, dans de rares cas, à l'examen d'une interruption médicale de grossesse. Pour le Pr. Tournaire, la situation est de toute façon analogue à celle qui existe déjà dans le cas du dépistage de la rubéole et de la toxoplasmose qui se fait précocement et conduit certaines femmes à interrompre leur grossesse avant 10 semaines en cas de risque d'atteinte de l'embryon. Enfin, sur la base de l'expérience de son service qui a réalisé des identifications précoces de sexe, il estime que « la menace d'interrompre sa grossesse pour raison de sexe est un fantasme qui ne correspond pas à la réalité française ».

Le Pr. Milliez, qui s'est présenté devant la commission de l'Assemblée nationale comme un catholique qui « n'est pas un farouche défenseur de l'avortement » adopte le terme d'eugénisme, mais dans un sens positif : « Pour moi, l'eugénisme est le bien-nâître. C'est sélectionner ou interrompre une vie pour éviter des tragédies ». Sur le dépistage des anomalies par échographie, il estime que, dès l'instant où le dépistage est possible, « on a décidé que l'on allait interrompre des grossesses ». Au total, il pense qu'il existe un eugénisme « acceptable parce qu'il est fait à titre individuel, dans la confrontation singulière d'un médecin et d'un couple, qu'il est fait pour le bénéfice singulier d'un embryon ou d'un fœtus [...]. C'est une démarche compassionnelle, singulière, individuelle. ». Il oppose cet eugénisme singulier à l'eugénisme criminel et politique et ne voit pas « en quoi l'IVG correspondrait à un eugénisme criminel ». Se basant sur son expérience professionnelle, il exclut qu'une femme puisse demander une IVG si le sexe du fœtus ne lui convient pas. Parlant des expériences étrangères, il ne voit pas de pratique eugénique avec des délais plus libéraux. Le raisonnement du Pr. Milliez est également le suivant: il existe des échographies, les progrès continueront, on ne peut arrêter ni ces progrès, ni les IVG, c'est pourquoi il faut dépasser ces arguments et se placer sur le plan de la confiance : « Il faut surtout avoir confiance dans la responsabilité des femmes ». Le Pr. Milliez a des mots encore plus forts : « [...] c'est insinuer que le fait de leur accorder un degré supplémentaire de liberté amènerait les femmes à user mal de cette liberté. Je trouve cela insultant pour les femmes, car je n'ai jamais vu une femme qui n'ait pas regretté d'avoir à passer à travers cette épreuve ». S'exprimant à titre personnel, et mentionnant plus loin qu'il est lui-même catholique, le Pr. Sureau, président de l'académie de médecine, va dans le même sens en considérant que la question de l'eugénisme a introduit beaucoup de confusion et que « le problème de l'IVG est un problème social et une décision personnelle qui s'inscrivent dans un cadre législatif extrêmement précis ». Il s'appuie de plus sur l'argument de l'anticipation technique pour réfuter le risque d'eugénisme : « On peut admettre qu'actuellement on ne puisse connaître le sexe de l'enfant que par le biais de l'échographie mais dans un délai très proche, dans six mois à trois ans, on pourra probablement avoir des informations sur l'état de l'enfant par une simple prise de sang chez la mère, à partir des cellules fœtales ». En conséquence et contrairement à ce que propose le Pr. Nisand, « il faut rester dans le cadre précis d'une IVG, telle qu'elle est définie par la loi de 1975, et l'on peut donc, sans grand inconvénient, la modifier dans le sens de l'extension ». Pour le Pr. Glorion, président du CNOM, ce risque d'eugénisme, s'il existait, serait de toute façon minime : « Sur le nombre d'enfants qui seraient susceptibles, pendant cette période, de faire l'objet d'une échographie, le pourcentage de malformations détectées est infime, soit de 2 à 3%. Il n'est donc pas justifié de parler d'eugénisme » ou encore en écho aux débats suscités par le Pr. Nisand dans les médias, « ce n'est pas le fait de faire une échographie qui va créer la malformation ».

On le voit donc, plusieurs idées s'affrontent : la réalité actuelle et future - quand les progrès techniques permettront de détecter le sexe ou des anomalies mineures avant la 10e SG-, d'une dérive eugénique, ou au moins d'une augmentation de demandes d'IVG par convenance (choix du sexe) ou désir d'un enfant parfait (le Pr. Nisand parle de la « réification du fœtus »),

et enfin le droit et la liberté de la femme à prendre la décision. C'est bien sûr cette liberté que revendiquent les associations féministes, comme le MFPP « ce qui est déterminant pour l'IVG, c'est la démarche d'une femme à qui il revient, et à elle seule, de juger des raisons personnelles, affective ou morales qui la conduisent à estimer qu'elle ne peut poursuivre cette grossesse. L'IMG est une autre démarche dans la vie d'une femme, qui a souhaité une grossesse et qui ne peut la mener à terme à cause de risques qui menacent sa vie ou celle de l'enfant à naître ». La Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception¹¹ (CADAC) a le même avis : « Un de nos principes en matière de contraception et d'avortement est que ce sont les femmes elles-mêmes qui décident et non pas les médecins ».

En raison de ces controverses, comme nous l'avons signalé plus haut, les parlementaires ont sollicité un avis du CCNE qui a contribué à éclaircir la question de l'eugénisme en indiquant que la demande d'IVG à titre individuel ne relève pas d'un eugénisme collectif et institutionnel. Au cours de ses auditions, le Pr. Sicard, président du CCNE, explique la différence entre l'eugénisme collectif et ce qu'il qualifie d' « eugénisme médical ». Si ce n'est pas au niveau de la société que la décision de poursuivre ou non une grossesse est prise, elle n'est donc pas discriminatoire car la société accepte que « la médecine porte un jugement, parfois assez radical, sur l'opportunité de poursuivre telle ou telle grossesse ». La question n'est donc pas de « savoir si l'eugénisme existe – il existe de façon médicale, même si on ne veut pas le voir » mais « celle de savoir si la détection d'anomalies ou la découverte du sexe va faire augmenter le nombre d'IVG ». A cette question, le Pr. Sicard répond que « une société n'est jamais très digne lorsqu'elle juge une partie d'elle-même d'une façon aussi négative. Je crois toujours qu'il faut respecter les personnes dont on parle » ou encore que « faire le procès d'une femme qui, en fonction d'un aspect mineur, se débarrasserait de ce fœtus comme l'on se débarrasse d'un objet encombrant me paraît très insultant pour notre humanité et en particulier pour les femmes ». Devant la commission du Sénat, et même s'il se défend d'utiliser cet argument « de façon malhonnête », il évoquera la possibilité que l'allongement du délai pourrait même empêcher des IVG en donnant plus de temps à la femme pour réfléchir pendant que la grossesse « s'inscrit de plus en plus dans le mental ». Ainsi, « [...] cette grossesse qui aurait été interrompue à 10 semaines, dans l'angoisse d'un dépassement du délai ne le sera pas à 12 en raison de cette inscription mentale ».

On le voit, l'enjeu majeur de ces débats est, en fait, celui de la liberté de choix de la femme. Le Pr. Tournaire pose cette question clairement : « Autrement dit, le grand choix est de savoir si c'est la femme qui décide ou si ce sont les médecins ». Question que le Pr. Sicard place sur le plan de la morale : « Je ne pense pas que ce soit un problème éthique, mais un problème moral. A mon avis, l'interruption de grossesse est un problème moral qui concerne une femme ». Le Pr. Sicard évoque les problèmes spécifiques auxquels les échographes devront faire face. A partir de la 11^e semaine, « les mesures qui seront de plus en plus précises vont faire porter aux échographistes une responsabilité de plus en plus grande. On comprend donc très bien que ces derniers soient très réticents ». Cependant, le Pr. Sicard pense que « le problème ne doit pas être traité en termes professionnels, parce que si les problèmes de société étaient traités en fonction de tel ou tel corporatisme qui refuse de prendre de telles responsabilités, nous n'avancerions pas, chacun resterait dans son pré carré » ou encore que

¹¹ La Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC) a été créée en 1990 pour faire face aux actions commando contre les centres d'IVG. IL s'agit d'un rassemblement d'associations, de syndicats, de partis politiques dont l'objectif commun est la défense du droit des femmes à disposer de leurs corps.

« c'est une responsabilité qui ne doit pas en tout cas pouvoir être un facteur de limitation pour les femmes. ».

4. Les conséquences sur les techniques d'IVG au-delà de 12 SA et les pratiques médicales

Le terrain sur lequel se sont affrontés les spécialistes est également technique et sanitaire. Les spécialistes posent la question de savoir s'il faut modifier la technique des IVG au-delà du délai de 10 SG, question qui peut avoir des conséquences d'une part en terme d'organisation du système de soins, mais aussi de pratiques médicales, et enfin de risque sanitaire pour les femmes. Nous allons tenter de décrire tout d'abord les débats portant sur les enjeux liés à la technique et aux pratiques médicales.

Comme nous l'avons signalé plus haut, la ministre Martine Aubry a consulté l'ANAES sur la réalisation technique des IVG entre 12 et 14 SA. Le rapport final de l'ANAES qui préconise la technique chirurgicale avec préparation cervicale médicamenteuse et sous anesthésie locale ou générale n'est pas encore délivré à la date des auditions, mais des éléments en ont été diffusés et les principaux acteurs de cette expertise sont auditionnés. On verra que les débats portent moins sur le principe général de la technique chirurgicale que sur un point particulier : les conditions de l'expulsion de l'embryon après 14 SA et la nécessité ou non de procéder à une fragmentation de l'embryon ou du fœtus. C'est donc finalement ce dernier qui va cristalliser les débats.

Que disent tout d'abord les experts de l'ANAES sur les conditions d'expulsion ? Dans son rapport, l'ANAES indique que « l'évacuation utérine repose sur une aspiration à l'aide d'une canule, et lorsque cela est nécessaire, sur l'utilisation de pincés spécifiques ». Ce qu'explique le Pr. Tournaire, président du groupe de travail de l'ANAES devant les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat. Selon la littérature internationale, la principale méthode employée est chirurgicale, mais elle diffère de celle employée avant 12 semaines d'aménorrhée. Elle est « plus délicate » et demande des « moyens plus importants ». Il indique que « le geste chirurgical lui-même est différent parce qu'il exige une dilatation plus importante et que la méthode actuelle d'aspiration peut être suffisante mais pas toujours, donc il peut y avoir nécessité d'un recours à une extraction par des instrument spéciaux qui sont des pincés adaptées à la situation ». Il souligne que cette méthode a le « grand avantage d'être bien supportée par la femme - ce qui [lui] semble être une priorité ».

Le Pr. Nisand va plus loin dans la représentation de l'acte chirurgical devant la commission sénatoriale: « Lorsque l'embryon devient un fœtus, au-delà de 10 semaines, il s'ossifie et les choses se gâtent sur le plan technique, c'est à dire que le geste devient difficile, non seulement sur le plan technique, et je vous passe les détails, mais également sur le plan psychologique. Les médecins ne sont pas des automates et des techniciens, ils sont comme vous, ils ont une âme. ». Ce que confirme le Pr. Frydman : « Après 12 SA, il y a là une étape sur laquelle nombre de praticiens qui 'pratiquent'- j'ai entendu beaucoup d'interventions de praticiens qui n'en ont jamais fait- sont d'accord : il y a un changement dans la réalisation de l'acte et donc dans l'engagement que cela implique pour le médecin ». Autrement dit, si l'acte en lui-même présente des difficultés techniques qu'il va falloir surmonter, - on le verra plus loin-, il présente aussi des obstacles psychologiques de la part des médecins à le pratiquer, comme le détaille le Pr. Frydman : « Cet acte est plus difficile à réaliser qu'une aspiration, car vous devez sortir souvent un membre après l'autre. Il y a une représentation visuelle qui, incontestablement, perturbe les médecins qui le pratiquent. ». Cette position est réfutée par le

Pr. Milliez qui mentionne par ailleurs avoir déjà pratiqué des IVG entre 10 et 12 SG mais dans un « non-dit » qui « rejoint le non-dit sur des questions comme l'euthanasie de l'adulte, etc. Ce sont des zones sur lesquelles on ne se prononce pas et des actes qu'on fait dans un tacite accord ». Pour lui, la technique utilisée à 12 SG est la même que celle à 10 semaines : « Ce sont des canules un peu plus grosses. Il n'y a pas de fragmentation, il y a aspiration de l'embryon ». L'argument d'un geste différent qui nécessite une fragmentation de l'embryon relève de l'« escroquerie » et finalement de manœuvres visant à terroriser les femmes.

Pourtant, dans la majorité des débats, la question de l'adhésion du médecin à la pratique des IVG au-delà de 12 SA se pose et les raisons en sont évoquées. Elles peuvent être d'ordre technique (procédé, savoir-faire, expérience...), mais aussi psychologique, comme on l'a vu plus haut dans les propos de certains. Cette difficulté est-elle réelle et met-elle en péril l'allongement des délais par manque de praticiens, que certains qualifient de « volontaires » ?

Le président du collège national des gynécologues obstétriciens reconnaît que cette difficulté ne se situe pas qu'au niveau technique, car « nous arrivons à la frontière où la grossesse acquiert une identité sociale. Je crois que psychologiquement, c'est à ce niveau que se situe la préoccupation principale des médecins ». Ce point de vue est également partagé par le Pr. Tournaire qui précise devant la commission du Sénat que « au total, cette méthode est techniquement plus difficile et elle est vécue par l'équipe comme plus difficile sur le plan émotionnel ». Mais il convient pour le Pr. Tournaire de prendre bien en compte les raisons techniques qui sous-tendent la dimension psychologique : L'IVG au delà de 12 SA reste peu accessible aux médecins qui font des IVG par aspiration « parce qu'elle pose réellement des problèmes techniques pour sa réalisation », et que pour cette raison « un médecin généraliste ou un gynécologue médical, qui a une grande expérience de l'IVG actuelle, peut préférer, à juste titre, éviter de pratiquer des interruptions de grossesse à 13 ou 14 semaines ». En conséquence, il estime que « il y a donc nécessité de formation pour qu'elle soit disponible dans un nombre suffisant de centres » et que « il faut que les opérateurs aient une formation spécifique ». Ainsi, il replace le débat dans celui, plus classique, de l'adaptation à de nouvelles méthodes, rappelant que « un certain nombre de médecins, militants de la première heure, étaient déjà réticents à partir de huit semaines. Assez souvent dans les centres où les interventions se faisaient de façon ambulatoire, sous anesthésie locale, il y avait une certaine appréhension pour les interruptions de grossesse qui se rapprochaient de la date précédente [10 SG]. Donc il n'y a pas de cassure brutale. Il y avait une appréhension qui s'est logiquement aggravée avec les deux supplémentaires ». Il propose donc de faire jouer la clause de conscience pour les deux semaines supplémentaires « avec une base technique », car « on ne doit pas imposer l'interruption de grossesse avec deux semaines de plus pour des gens qui avaient déjà une certaine appréhension à partir d'un certain terme » et finalement de s'orienter vers des structures « qui seront plus habilitée[s] à faire ces interruptions plus tardives », tels que les centres spécialisés rattachés à un CHU et les services de gynécologie-obstétrique.

La nécessité de formation spécifique est largement évoquée. Pour les associations tel que le MFPF représenté par Mme Gaudry qui ne pense pas « que nous soyons moins compétents techniquement qu'un médecin hollandais ou anglais », « les médecins en France auront besoin d'une formation, d'une réflexion par rapport à des pratiques qui peuvent évoluer en fonction de la loi ». De même le président de l'Académie de médecine indique que « il est également très important que les médecins qui pratiquent l'IVG à cette période aient de l'expérience » parce que « sur le plan médical, nous ne voyons pas de raisons qui militeraient en faveur du maintien de la limite à 10 semaines. Néanmoins nous considérons comme absolument

nécessaire la prise de précautions particulières». Le Dr Cesbron, président de l'association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC) pense également qu'il faudra former des médecins, mais que ceux-ci peuvent être des généralistes.

Pour le Dr Maria, président du collège national des gynécologues obstétriciens français en pratiquant une IVG, le médecin « rend un humble service qui est plutôt une besogne », et que « c'est peut être pour cette raison que les professionnels sont peu motivés lorsqu'il s'agit d'apprendre des techniques nouvelles d'IVG ». Il estime que « il est nécessaire de s'adapter à de nouvelles techniques médicales et d'en faire son propre usage ». Concrètement, le Dr Maria préconise de réserver cette pratique à certains centres spécialisés qui seraient répartis de façon harmonieuse sur le territoire, et auxquels les moyens nécessaires seraient alloués.

Au bout du compte, pour le Pr. Sicard : « il y aurait une sorte de médicalisation croissante de l'IVG qui me paraît souhaitable dans sa pratique ».

Les médecins, généralistes pour les uns, spécialistes pour les autres accepteront-ils de se former et finalement de pratiquer ces IVG plus tardives ? Autrement dit, les seuls obstacles sont-ils exclusivement d'ordre technique ? Pour le MFPPF, la question ne se pose pas puisque « actuellement six centres IVG ou établissements de santé, publics ou privés à mission publique, se sont portés volontaires comme centres expérimentaux pour pratiquer des IVG au-delà des 12 semaines d'aménorrhée, dans le but d'éclaircir les conditions dans lesquelles les femmes pourraient trouver des conditions appropriées à leur demande. Il y a donc bien des équipes volontaires. ». Le Pr. Frydman reconnaît que des équipes sont en effet volontaires : « Certains médecins manifestent des adhésions très ouvertes. Il est important qu'ils le fassent savoir pour que l'on puisse rapidement leur adresser les femmes sans les faire attendre » » mais il argumente en faveur de la prise en charge des demandes tardives dans le cadre de l'IMG pour faciliter la participation des médecins et l'égalité d'accès aux soins sur le territoire : « Je pense qu'il y aura une participation médicale si cela entre dans le cadre de l'IMG. S'il n'y en a pas, il y aura un ou deux endroits par région. Autrement dit les médecins seront volontaires pour accueillir ces femmes. Il est plus simple pour nous, en banlieue parisienne sud, d'envoyer une patiente à Saint-Vincent-de-Paul qui en accepte le principe, plutôt que de l'envoyer en Belgique ; Il est regrettable qu'il n'y ait pas une prise en charge plus globale, quelque soit le terme. »

En ce qui concerne la réticence des médecins à pratiquer un acte « désagréable », le Pr. Tournaire considère quant à lui que « cela fait partie des tâches et devoirs du médecin. Si certains, en conscience, ne parviennent pas techniquement à pratiquer cet acte, nous respectons leur position. Ils peuvent faire jouer la clause de conscience, bien que je ne vois pas pourquoi cela serait différent entre 12 et 14 semaines ». Enfin, pour le Pr. Sicard, « il faut donc que des équipes médicales qui ont été relativement peu concernées jusqu'à présent s'intéressent à ce problème car un changement d'attitude médicale est nécessaire. C'est une des raisons pour laquelle certains médecins sont un peu réticents. ». Le Pr. Sicard évoque à cette occasion la question de la dévalorisation de la profession : « Ce geste [l'IVG] apparaît, pour la médecine, comme non gratifiant. On imagine mal un médecin, lors d'un dîner en ville, dire qu'il a fait 15 IVG dans la semaine. ». Finalement, pour le Pr. Sicard, « il existe donc bien cette idée que ce qui est noble, c'est de faire naître un enfant et que le reste est de l'ordre du désastre ».

5. Risques en terme de santé publique

Une des préoccupations majeures des décideurs politiques est de ne pas exposer la population à de nouveaux risques sanitaires qui seraient introduits par la loi. C'est une des raisons pour laquelle l'ANAES a été sollicitée par le ministère chargé de la santé pour réaliser une expertise sur le risque encouru par les femmes si l'IVG a lieu entre 12 et 14 SA et surtout sur sa majoration éventuelle par rapport à une IVG avant la 13^e SA. Dans son rapport final, publié en mars 2001, l'ANAES étudie les risques de complications d'après la littérature scientifique internationale et tente de dégager les spécificités des IVG de 13 et 14 SA. Le taux global de l'ensemble des complications immédiates (déchirure cervicale, perforation utérine, hémorragies, rétention ovulaire) est globalement bas, - 0,7% dans une étude portant sur plus de 80 000 IVG [Ferris et al, 1996] -, mais semble s'élever avec l'âge gestationnel, notamment à partir de 12 SA. Pour un autre auteur, si l'IVG est chirurgicale, le risque relatif de complications est de 1,42 pour chaque intervalle de deux semaines au-delà de 12 SA [Buehler et al, 1985]. Ailleurs, les données publiées ne permettent pas de distinguer entre les complications des IVG médicamenteuses et celles des IVG chirurgicales. Avec ces données statistiques qui ne permettent pas une estimation quantitative relativement précise de l'augmentation du risque mais qui donnent des indications, l'ANAES conclut finalement que l'utilisation de la méthode chirurgicale « s'accompagne d'une augmentation modérée des complications immédiates au-delà de 12 SA par rapport à des âges gestationnels plus précoces. Il n'y a pas d'argument pour suspecter des conséquences à long terme de l'interruption tardive de grossesse. ». Parce que le risque de complication diminue avec l'expérience de l'opérateur, l'ANAES recommande notamment de former des opérateurs.

Finalement, cette relative incertitude sur l'augmentation du risques de complications des IVG à 13 et 14 SA va permettre aux experts d'apporter leur propres arguments.

Membre du groupe de travail de l'ANAES, le Dr Bruno Carbone précise devant la commission de l'Assemblée nationale qu'entre 12 et 14 SA, « le risque relatif est de l'ordre de 1,3% ou 1,5%, [...] ce qui reste très faible ». Le Pr. Milliez va dans le même sens que l'ANAES en plaidant pour des opérateurs expérimentés mais aussi des structures adaptées. Pour lui, l'accroissement des risques entre 10 et 12 SG est très modéré et « ces risques diminuent au fur et à mesure que les équipes prennent l'habitude de pratiquer ces opérations ». C'est un risque théorique que « on ne peut pas nier, mais auquel on peut remédier en faisant attention, [...] et si l'on estime vraiment qu'il y a des risques chirurgicaux, en réfléchissant à la façon dont doivent se pratiquer les IVG en France en fonction du terme ». Le Pr. Sureau fait référence au rapport de l'ANAES pour indiquer que, dans le cas d'IVG à 13 et 14 SA, « le risque passera de 0,7% à 0,9%, soit un petit risque supplémentaire. Ce risque constitue-t-il un argument permettant de dire qu'il est inimaginable d'envisager l'extension du délai d'interruption de grossesse ? Absolument pas, il constitue simplement un argument extrêmement fort pour que des précautions particulières soient envisagées ». Pour le Dr Maria, « il est clair que plus la grossesse avance, plus l'embryon est volumineux et plus il sera difficile à évacuer de façon commode sans incident et sans complication » mais le taux de complication reste très faible : « Ce taux s'élève à moins de 1% jusqu'à la 7^e ou 8^e SG. Il peut d'élever à 1,5% de 12 à 14 SG [sic] » précisant que « l'IVG est à cet égard l'une des procédures qui a le plus faible taux de complication par rapport à d'autres techniques appliquées à la médecine humaine ».

Le Pr. Glorion, président du CNOM, se positionne comme garant de la déontologie et soucieux du risque juridique en insistant sur les conditions de réalisation et la nécessité d'informer les femmes des risques encourus.

Le Pr. Nisand justifie la nécessité de compétences chirurgicales présentes dans des structures adaptées: « Plus l'âge gestationnel est avancé, plus le geste est risqué » et donc « on ne peut pas gérer ce type d'IVG, qui peut se traduire par des ruptures utérines, des accidents relativement sévères, sans qu'il y ait un plateau technique et une compétence chirurgicale disponibles ». Une position similaire est adoptée par la représentante de l'UNAF : « Nous sommes également sensibles au risque médical qui est évoqué et nous souhaitons qu'une femme puisse avorter, si elle doit le faire, dans les meilleures conditions possibles et avec le moins de risques possibles ».

Enfin, le Dr Michèle Uzan qui n'est personnellement pas favorable à l'allongement des délais se montre pessimiste et fait un retour sur des pratiques antérieures à la Loi Veil : « Nous retrouverons alors les complications que j'ai connues lorsque j'étais jeune interne des hôpitaux, c'est-à-dire les plaies du col, les difficultés pour les curetages, les accouchements prématurés pour les grossesses à venir et davantage de complications maternelles, non seulement infectieuses mais également hémorragiques, ainsi que des utérus cicatriciels ».

Comme on le voit, l'appréciation des risques encourus est parfois moins objective que subjective, mais un consensus se dessine sur la nécessité d'opérateurs expérimentés travaillant dans des structures adaptées.

F. ESSAI D'ANALYSE

Cette dernière partie, contrairement aux précédentes, consiste en une tentative d'analyse sociologique à partir des débats et controverses identifiées dans les propos des experts. Elle vise à identifier les catégories d'acteurs et leurs positionnements et à dégager les enjeux, explicites ou implicites, de l'allongement des délais légaux de l'IVG. Cette analyse doit être considérée comme préliminaire à ce stade car elle gagnerait à être enrichie par l'analyse de débats qui ont eu lieu hors des auditions parlementaires, par exemple dans les médias où les spécialistes mais aussi les profanes (lecteurs des médias, femmes ayant eu recours à une IVG, par exemple) se sont largement exprimés.

Dans un premier temps, nous identifierons les catégories des personnes auditionnées et les positions majeures qui ont été prises. Nous identifierons ensuite tout le réseau d'acteurs de cette controverse scientifique, en allant bien au-delà des personnes auditionnées. Cette identification nous conduira finalement à tenter de dégager les principaux enjeux qui ont en réalité alimenté les débats.

1. Les acteurs du débat et leur positionnement

Si l'on analyse les qualités des personnes auditionnées par les commissions parlementaires, trois catégories peuvent être distinguées :

- Les représentants de la 'société civile' : il ne s'agit pas ici de représentation directe des femmes concernées par les IVG - ce qui en pratique aurait été difficile à réaliser - , mais de représentation des associations principalement concernées par la défense de l'IVG (MFPPF, CADAC), le MFPPF ayant une grande expérience de l'accueil de femmes ayant dépassé le délai légal. Seule, l'UNAF représente, dans une certaine mesure, un groupe social plus large (« les familles »), dépassant le cadre des femmes concernées par l'IVG ;
- Les praticiens : de nombreux chefs de service de gynécologie-obstétrique, ont été consultés à la fois en tant qu'experts scientifiques mais aussi en tant que praticiens de l'IVG. L'ANCIC peut également être placée dans cette catégorie, de même que le collège national des gynécologues obstétriciens français ;
- Les institutions : quatre institutions se sont exprimées au travers de leur président, l'Académie de médecine, le CNOM, le CCNE et enfin l'ANAES.

Nous pouvons aussi identifier les catégories ou groupes qui n'ont pas été auditionnées :

- Les associations anti-avortement qui n'ont été convoquées par aucune des commissions parlementaires ;
- Parmi les praticiens, les échographes, dont la pratique a été souvent évoquée , et les praticiens étrangers bénéficiant d'une grande expérience dans le domaine des IVG tardives ;
- Enfin, en dehors de Mme Michèle Ferrand, sociologue au CNRS (et dont les propos n'ont pas été retenus dans ce mémoire), les chercheurs en sciences humaines et sociales (anthropologues, sociologues, démographes, psychologues, etc.).

Si l'on examine les positions de ces différents acteurs du débat, deux grands groupes émergent qui vont regrouper des mixtes des catégories précédentes :

- celui en faveur de l'allongement des délais de l'IVG, moyennant une amélioration de la prise en charge des IVG en général et une adaptation particulière pour réaliser ces IVG tardives. Ce groupe comprend des praticiens expérimentés, mais aussi les représentants des quatre institutions. Il comprend les associations militant pour le droit à l'IVG, le MFPPF se distinguant par sa demande d'aller au-delà des 14 SA ;
- Celui en faveur de l'allongement des délais de l'IVG, moyennant une révision des dispositifs en vigueur et la prise en charge de ces IVG tardives dans le cadre des IGM revisitées. Ce groupe est principalement représenté par les Pr. Nisand et Frydman et par l'UNAF. Les deux praticiens se déclarent en faveur d'un allongement des délais légaux au-delà de 14 SA, mais dans le cadre de l'IMG.

Ainsi, en dehors des associations, le clivage apparaît moins institutionnel que professionnel : il y a un groupe plutôt majoritaire de praticiens, y compris certains se déclarant d'obédience catholique, qui se montrent en faveur d'un allongement des délais de l'IVG et un groupe, plus minoritaire, de praticiens qui souhaitent une modification du statut des IGM pour permettre la réalisation d'interruption de grossesse tardive pour raisons maternelles.

Bien entendu, la composition de ces groupes ne reflète probablement pas la réalité du terrain mais celle des choix qui ont été faits par les commissions parlementaires. Les arguments présentés par ces deux groupes seront utilisés d'une manière ou d'une autre par les deux commissions (rappelons que le Sénat a révisé le projet de loi en supprimant la disposition de l'allongement des délais légaux de l'IVG).

2. Au-delà des acteurs auditionnés, l'existence d'un réseau d'acteurs

Selon le philosophe Bruno Latour, les controverses mettent en jeu tout un réseau d'acteurs, visibles ou invisibles, et qui peuvent être humains ou non humains [B. Latour, 1993]. Ce sont ces réseaux qui s'entrelaçant de façon complexe et dynamique façonnent la société.

Les acteurs humains de ces débats comprennent les praticiens et les représentants des associations et des institutions qui ont eu l'occasion de s'exprimer. Mais ils comprennent avant tout les femmes enceintes qui demandent une IVG et qui sont extrêmement présentes, même si elles ne sont pas entendues directement. On a pu voir dans les débats qu'elles peuvent être dans des situations de détresse, non responsables de se trouver en demande d'IVG hors délais, mais pouvant aussi exprimer, voire exiger des demandes qui posent problèmes... Leur corps et leur utérus sont soumis à des traitements exploratoires ou traumatiques et leur cycle menstruel est évoqué en permanence dans une temporalité mesurée par le retard des règles ou la date de début de grossesse. Remarquons que le 'géniteur' putatif est quasiment absent, intervenant rarement dans les débats.

Dans le cas de l'IVG, on peut ajouter un autre acteur principal, même s'il n'est pas toujours désigné nommément. Cet acteur 'presque humain' est le produit de la grossesse qui prend toute sa place comme embryon « gélatineux » ou comme fœtus, « ossifié »; à aspirer ou à morceler, à fragmenter, qui a un sexe et qui peut présenter des anomalies majeures ou mineures.

Parmi les acteurs non humains, les institutions sont bien présentes, avec leur dimension symbolique (Académie de médecine, CCNE), technique (ANAES), ou professionnelle (CNOM). Mais des acteurs non humains plus modestes sont tout autant présents : l'appareil à échographie dont la place est importante, mais aussi les curettes, les sondes à aspiration et les pinces....

Ce sont tous ces acteurs qui vont positionner les enjeux en interagissant de façon complexe.

3. Les enjeux explicites et implicites

De nombreux enjeux sont débattus lors des auditions parlementaires, même si l'on peut s'étonner que certains enjeux médicaux et techniques viennent sur la scène politique. Tous les enjeux ne font pas l'objet de controverses et un consensus se dégage pour un certain nombre d'entre eux :

- La nécessité d'apporter une réponse nationale aux demandes de femmes hors délais, même si leur nombre est mal estimé ;
- la différence de technique à adopter à partir de 12 SA basée sur la méthode chirurgicale - même si les détails peuvent différer (aspiration/extraction, sondes/pinces, fragmentation ou non de l'embryon, etc.) et donc la nécessité de former des professionnels expérimentés à ces nouvelles techniques et de développer des structures de soin adaptées.

Mais si l'on examine les débats et les termes utilisés, et même si ces enjeux sont rarement identifiés en tant que tels, on voit que l'allongement des délais de deux semaines met en jeu deux enjeux majeurs qui vont s'opposer:

- Celui de la liberté de la femme à disposer de son corps et donc à prendre elle, et elle seule, la décision d'une IVG y compris à 12 semaines de grossesse ;
- Celui du droit des embryons/fœtus et donc finalement de leur statut.

Ces enjeux ne sont pas inconnus dans les débats sur l'IVG et on peut dire que la proposition d'allonger les délais légaux de l'IVG ne fait que ranimer des controverses qui existaient lors des débats sur la loi Veil, 25 ans plus tôt.

Comme tous ou presque le font remarquer, la femme n'est généralement pas tenue comme 'responsable' d'avoir dépassé les délais légaux existants, soit parce que l'offre d'IVG est insuffisante, soit parce que le diagnostic de grossesse n'a pu être établi à temps pour diverses raisons, soit pour d'autres motifs encore qui exonèrent la femme de cette responsabilité. Ne pas être tenues responsables 'excuse' les femmes de se trouver dans une situation les obligeant, si elles en ont les moyens, de se rendre à l'étranger. L'argument de venir en aide à ces femmes en autorisant un allongement des délais (même s'il n'est que de deux semaines) est donc très fort : il s'agit de remédier à une inégalité sociale et d'offrir en France une solution à des femmes en situation de détresse, - comme cela l'a été très souvent dit -, et donc de rester dans le cadre de la loi Veil. En ce sens, l'allongement des délais est donc légitime, d'autant plus que le risque sanitaire supplémentaire est faible pour la majorité des experts et pour l'autorité que représente l'ANAES.

Mais le débat devient tout autre lorsque est évoquée l'éventualité qu'une femme demande une IVG parce que l'échographie ou tout autre méthode de diagnostic prénatal lui aurait révélé un enfant à naître qui ne lui conviendrait pas : soit parce qu'il ne serait pas du sexe espéré, soit parce qu'il présenterait une malformation considérée comme mineure par les médecins. Dans ce cas, la femme ne se trouverait pas dans une situation de 'détresse' mais dans une situation de 'convenance' : elle ne voudrait pas de cette grossesse. Si l'on va plus loin, on peut penser qu'implicitement, cela revient à envisager que des femmes 'reportent' leur décision de poursuivre leur grossesse (et non pas leur décision première de l'interrompre) jusqu'à ce que

soit réalisé l'acte technique (échographie, prise de sang) leur permettant d'avoir des éléments sur l'enfant à naître, son sexe, ses défauts éventuels... Au total, cette éventualité conduit finalement certains à émettre un jugement d'une sorte d'irresponsabilité morale faite aux femmes, irresponsabilité qui heurterait le sens commun, et nous le verrons plus tard, celui des praticiens.

Au bout du compte, cette éventualité soulève trois questions : est-elle réelle, est-elle préjudiciable à la société, finalement quel(s) problème(s) pose-t-elle ?

La réalité de ce qui est perçu par quelques uns comme un risque statistique est contredite par d'autres. D'une part sur la base d'un principe général : cela est faire injure aux femmes de les soupçonner d'une telle dérive, de les juger de façon aussi « négative » [Pr. Sicard], capables de « user mal de leur liberté » [Pr. Millez], capable de « se débarrasser d'un fœtus comme d'un objet encombrant » [Pr. Sicard]. Pour d'autres encore, cette éventualité ne tient pas devant les faits : soit à partir des expériences à l'étranger soit parce que la possibilité de détecter des anomalies mineures ou putatives existe déjà, par exemple dans le cas de la rubéole ou de la toxoplasmose, voire même à partir même d'expériences françaises antérieures où le sexe a été déterminé avant le délai légal existant [Pr. Tournaire]. Enfin, rien dans la culture française n'indique que le choix ou la préférence d'un sexe conduirait à une augmentation des demandes d'IVG en cas d'identification du sexe de l'embryon avant la fin des délais légaux. Au total, il existe certes une incertitude, mais le risque de demandes d'IVG de convenance est probablement faible, y compris pour le Pr. Frydman qui reconnaît que la très grande majorité des femmes en demande d'IVG tardives se trouvent de fait dans des situations de détresse dont elles ne sont pas responsables.

Parce que sa survenue semble faible, ce risque n'est donc pas préjudiciable à la société d'une manière générale et, comme le souligne à plusieurs reprises le CCNE ou son président, ne correspond en rien à un risque d'eugénisme collectif. L'existence d'une autre forme d'eugénisme, individuel, ou médical, banalise par ailleurs cette éventualité. Cet eugénisme existe déjà à partir du moment où le diagnostic prénatal a été développé et, d'une certaine manière, il a été accepté par la société.

Ce risque pose donc d'autres problèmes. Si on le reconnaît et qu'on le juge « dangereux » [Pr. Nisand], il faut essayer de le contrer en mettant en place un système de régulation qui permettrait de faire la part (voire le « tri ») entre les femmes au-delà de 14SA mais en situation de détresse et celles demandant une IVG de 'convenance'. Ainsi, certains, et notamment les Pr. Frydman et Nisand, préconisent une régulation de la demande tardive des IVG par un collège extérieur. Il appartiendrait à ce collège composé de médecins¹² et de parties extérieures¹³ de juger la légitimité ou l'illégitimité de la demande, autrement dit de juger la femme elle-même : est-elle en situation de 'détresse' et 'non responsable' de se trouver hors délai et alors la société, représentée par le collège, décide de la prendre en charge, ou bien est-elle responsable d'avoir dépassé les délais et déraisonnable dans sa demande et, dans ce cas, condamnée au refus de l'IVG par le collège.

Cependant, cette proposition remet en cause le principe même de la loi Veil puisque elle priverait les femmes en situation de détresse d'avoir la liberté, et elles seules, de demander une IVG. Par anticipation des progrès techniques, ce principe serait même remis en cause dans un futur proche quand les techniques de DPN permettront une identification des

¹² D'où le Pr. Frydman exclue les pédiatres alors qu'il s'agit bien de l'enfant dont on débattrait

¹³ Plutôt féminines d'ailleurs, renvoyant la responsabilité de la femme devant celle des femmes...

anomalies mineures ou du sexe avant le délai en vigueur de 10 SG. Ce n'est pas le seul problème identifié par les opposants ou les défenseurs de l'allongement des délais de l'IVG dans le système actuel. Le problème apparaît dans les débats comme étant essentiellement d'ordre moral, ce que dit bien le président du CCNE : « A mon avis l'interruption de grossesse est un problème moral ». Si la question se situe bien sur le plan moral, il s'agit donc de savoir qui va prendre la décision. Les propos du Pr. Nisand sont très significatifs : « je veux simplement créer un mécanisme qui nous permettent de sortir du 'il faut et il suffit que la femme demande' ». La femme n'est pas en mesure de prendre une décision raisonnable ou morale, elle ne peut donc légitimement prétendre à ce droit, il convient de l' « aider » en faisant examiner la légitimité de sa demande par un mécanisme qui lui est extérieur. Il nous semble bien que la véritable question demeure en définitive celle du choix de la femme à décider elle-même et elle seule de la poursuite de sa grossesse ou pour le moins celle de la capacité de la femme à exercer ce choix dans les limites de la moralité. Et c'est dans ce débat que s'invite l'embryon.

Essayons en effet d'analyser les raisons évidentes ou sous-jacentes qui ont conduit à débattre longuement de la réticence, du malaise des médecins à pratiquer une IVG au-delà de 12 SA. De fait, presque tous les praticiens qui ont été auditionnés s'accordent à reconnaître que les IVG au-delà de 12 SA ne sont pas identiques à des IVG plus précoces. Si l'on s'en tient aux aspects techniques, les IVG après 12 SA sont réalisées avec un protocole légèrement différent et requiert certainement une compétence technique supplémentaire. Rien ne permet de penser que ces compétences soient hors de la portée des spécialistes, voire même des généralistes, qui seraient formés à l'acquisition de nouveaux gestes chirurgicaux. Mais le contraste est bien réel entre l'évaluation de la difficulté technique – qui semble tout sauf insurmontable et qui d'ailleurs ne majore que légèrement le risque de survenue de complication -, et l'ampleur des débats sur la réticence des médecins, y compris de ceux qui pratiquent déjà des IVG à réaliser cet acte au-delà de 12 SA. Ainsi que le dit le Pr. Nisand, « les médecins ne sont pas automates et des techniciens, ils sont comme vous, ils ont une âme ». Pourquoi cette référence ici à l'âme des médecins, qui dans leur fonction accomplissent tout sorte d'actes difficiles ? Parce que le dit le Pr. Frydman, « il y a une représentation visuelle qui, incontestablement perturbe les médecins qui le pratiquent ». On est bien là dans un autre débat que le débat technique : il s'agit bien, pour le dire plus crûment que cela n'a été dit, que cette IVG aboutit à un foeticide et que cet acte peut être difficile à effectuer par des médecins, voire refuser par la très grande majorité. Pourtant, dans les services de gynécologie-obstétrique, les médecins pratiquent des foeticides à l'occasion des IMG et parfois bien au-delà de 14 SA. Mais dans le cas de l'IVG, ce « foeticide » serait décidée par la mère elle-même, pour des motifs que les praticiens peuvent ne pas accepter pour des raisons plus morales que médicales.

Il nous semble que dans ces débats, et notamment dans les propos des opposants aux IVG au-delà de 12 SA, est ré-ouverte la question du droit du fœtus et donc de son statut, même si elle n'est pas si clairement posée. Cette question est mise en regard du droit de la femme à poursuivre ou non sa grossesse. Il convient donc de protéger les droits du fœtus « à ne pas être avorté » comme l'indique ailleurs le Pr. Nisand, notamment dans les cas où il ne serait pas conforme à l'image idéal que s'en fait la mère (sexe, petites anomalies. Autrement dit, la réticence des médecins, qui pour certains risque d'aboutir à un manque de 'volontaires' serait bien dû au fait que les médecins ne veulent pas être complices d'un acte qu'ils jugent amoral ou pour le moins possiblement non conforme aux droits du fœtus auquel implicitement on reconnaît un statut. Proposer que cette question soit débattue en dehors de la femme par un collège d'experts signifie bien qu'il s'agit de représenter et défendre les droits de ce dernier.

On peut tout à fait comprendre que l'extraction de fœtus puisse poser problème à certains praticiens sur le plan psychologique et ainsi les médecins qui pratiquent des IMG, notamment chirurgicales, ne sont pas très nombreux. Mais d'autres praticiens rappellent que le rôle du médecin est bien de rendre « un humble service » et que « cela fait partie des tâches et devoirs du médecin ». On peut donc penser devant l'ampleur des débats publics que cette problématique a soulevés qu'il s'agit tout de même d'affronter deux droits : celui de la femme et celui du fœtus.

Ce débat a déjà eu lieu dans le passé et se poursuivra dans le cas de la loi Aubry dans les enceintes politiques. Mais peut-être à ce stade, convient-il de conclure en laissant le Pr. Sicard résumer la situation : « Il existe donc bien cette idée que ce qui est noble, c'est de faire naître un enfant et que le reste est de l'ordre du désastre ».

G. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'étude des débats et controverses des experts qui ont eu lieu à l'occasion d'une disposition de la loi Aubry sur l'allongement des délais présente de nombreux intérêts. Il présente un intérêt d'ordre historique en replaçant ces débats dans la longue histoire de l'IVG, qui n'est probablement pas achevée. D'une manière générale, cette étude illustre aussi les théories des sociologues et philosophes des sciences, comme Michel Callon et Bruno Latour, sur la participation de réseaux d'acteurs, humains et non humains, certains moins visibles que d'autres mais qui ont tous une place dans les controverses scientifico-techniques¹⁴. Dans le cas de l'IVG, et plus précisément celui de l'allongement des délais légaux de l'IVG, le réseau d'acteurs comprend un être hybride, presque humain, dont la présence est lourde de conséquences.

L'analyse montre aussi que la nature des controverses d'experts ne se situe pas tant sur le plan scientifique ou technique, mais bien sur un plan éthique, moral, déontologique et social. Dans ce cas précis, les enjeux moraux – le droit du fœtus et donc son statut, et les enjeux sociaux, le droit de la femme à disposer d'elle-même, ont été de fait au cœur des débats. Une autre piste, qui n'a pas été explorée ici, est aussi celle du positionnement des médecins face aux patients-es dans la culture française où le médecin demeure traditionnellement l'autorité de référence en matière de décision médicale.

Une telle étude devrait être complétée par celle des débats qui se sont tenus par l'intermédiaire des médias et de ceux qui se sont tenus dans l'enceinte politique, afin de démêler la totalité des questions que se sont posées à l'occasion de l'allongement des délais légaux de l'IVG et d'examiner comment les controverses ont été résolues. Il serait également très intéressant d'analyser la situation après la loi Aubry et de vérifier à posteriori les effets de la loi sur l'augmentation du nombre des IVG et les raisons des IVG tardives. Ces travaux vont bien au-delà du mémoire du diplôme universitaire sur la régulation des naissances, et son auteur exprime, en conclusion, son souhait et intention de les poursuivre.

¹⁴ La théorie de l'acteur-réseau, aussi connue sous l'abréviation ANT (pour *Actor-Network Theory*) est une approche sociologique développée à partir des années 1980 par Michel Callon, Bruno Latour, Madeleine Akrich et d'autres chercheurs du Centre de sociologie de l'innovation de l'École des Mines de Paris.

Cette approche se distingue des théories sociologiques classiques parce qu'elle prend en compte dans son analyse, au-delà des humains, les objets (« non-humains ») et les discours.

H. BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES

Rapports cités :

I. Nisand, L'IVG en France, rapport réalisé à la demande de Martine Aubry, Ministre de l'emploi et de la solidarité, février 1999, disponible sur :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/994000389/index.shtml>

Rapport de l'ANAES sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, mars 2001, disponible sur :

http://www.unaformec.org/CDRMG/cederom_ol/recos/anaes/ivg_01.pdf

Avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sur l'allongement du délai d'IVG (Avis n°66, 23 novembre 2000), disponible sur :

<http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis066.pdf>

Auditions des experts et parties prenantes :

Comptes-rendus des auditions de la Délégation aux droits de la femme et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (Présidente : Mme Martine Lignières-Cassou) lors de l'examen du projet de loi, Assemblée nationale, Archives de la XI législature, IVG et contraception, disponible sur : www.assemblee-nationale.fr/11/dossiers/ivg.asp

Projet de loi et rapports parlementaires :

Projet de loi relatif à l'interruption de grossesse et à la contraception présenté par Martine Aubry, Ministre de l'emploi et de la solidarité, document n° 2605, Assemblée nationale, 4 octobre 2000.

Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou sur le projet de loi relatif à l'interruption de grossesse et à la contraception, Assemblée nationale, document n° 2977, 5 avril 2001

Rapport d'information de Mme Danielle Bousquet (au nom de la délégation aux droits de la femme et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes) sur le projet relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, Assemblée nationale, document n°2702, 15 novembre 2000.

Rapport de M. Francis Giraud sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, Sénat, document n° 210, 31 janvier 2001

Complications des IVG

Buehler JW, Schultz KF, Grimes DA, et Hogue CJ. The risk of serious complications from induced abortion. Do personal characteristics make a difference ? *Am J Obstet Gynecol* 1985, 153: 14-20.

Ferris LE, Mc Main-Klein M, Colodny N ; Fellows GF, et Lamont J. Factors associated with immediate abortion complication. Can Med Assoc J 1996, 154: 1677-1685

Théorie du réseau d'acteurs (Actor network theory)

Latour B. We have never been modern (1993). Hemel Hempstead: Harvester/Wheatsheaf

Latour B. Reassembling the Social-An Introduction to Actor-Network-Theory (2005). Oxford University Press.

Callon M. , Law J and Rip A. (eds) Mapping the dynamics of science and technology sociology of science in the real world (1986). London: Mcmillan.

ANNEXE: LISTE DES ACRONYMES

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANCIC : Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception

CADAC : Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CHU : Centre hospitalier et universitaire

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IMG : Interruption médicale de grossesse

MFPF : Mouvement français pour le planning familial

OMS : organisation mondiale de la santé

DPN : Diagnostic prénatal

SA : Semaines d'aménorrhée

SG : Semaines de grossesse

UNAF : Union nationale des associations familiales