

Consentement et IVG : les modalités doivent être librement choisies par les femmes

Carine Favier, Caroline Rebhi et Véronique Séhier,
anciennes co-présidentes du Planning familial.

L'ESSENTIEL

► Les femmes qui demandent à accéder à une interruption volontaire de grossesse (IVG) n'ont pas toujours le choix de la méthode qui est souvent déterminée par la volonté des soignant·e·s. Ceci les prive ainsi d'un choix éclairé et d'un réel consentement à la façon dont cette IVG est réalisée. Consentir n'est pas seulement dire oui, c'est pouvoir le dire dans les conditions qui respectent le choix des personnes, même mineures, sans contrainte ni dépendance.

De 1975, date de la première loi sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG), jusqu'à la loi Gaillot¹ en 2022, visant à renforcer le droit à l'avortement, des avancées législatives indéniables ont eu lieu ces dernières années pour renforcer l'accès à l'IVG : suppression de la notion de détresse² inscrite dans la loi Veil (2014), prise en charge à 100 % des frais liés à l'IVG pour toutes les femmes, allongement des délais d'IVG instrumentales (par aspiration avec ou sans anesthésie générale) de 12 à 14 semaines de grossesse, obligation d'un répertoire des lieux pratiquant les IVG, etc. La crise sanitaire de 2020 et les mesures de confinement ont rendu possibles les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée en ville, notamment par les médecins libéraux pouvant les prescrire via une téléconsultation (mais cette mesure de téléconsultation ne concerne toujours pas l'hôpital à ce jour). Cette mesure

allongeant les délais à 9 semaines d'aménorrhée en ville a été pérennisée en juin 2021, facilitant l'accès à l'interruption volontaire de grossesse hors du contexte hospitalier pour les femmes qui le souhaitent. Pour rappel, l'hôpital pratique des IVG médicamenteuses jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée et des IVG instrumentales jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée. La place des sages-femmes dans l'interruption volontaire de grossesse a été renforcée, avec la possibilité de pratiquer des IVG instrumentales, pour le moment encore dans un cadre expérimental (décret du 29 décembre 2022 [1]). L'ensemble de ces mesures s'inscrivent dans une simplification du parcours et une « normalisation » de cet acte. Cependant, la clause de conscience spécifique à l'interruption volontaire de grossesse que le praticien peut exercer, qui s'ajoute à la clause de conscience générale pour tout acte médical, est maintenue, avec ses conséquences en termes d'accès sur les territoires et de stigmatisation de cet acte pourtant fréquent dans la vie des femmes. En effet, une femme sur trois aura recours à l'IVG dans sa vie : c'est donc un acte qui s'inscrit dans leur parcours de santé sexuelle. Ainsi, 223 300 IVG ont été réalisées en France en 2021, dont les deux tiers sous forme médicamenteuse et majoritairement avant 8 semaines d'aménorrhée. À cet égard, la Haute Autorité de santé (HAS) rappelle qu'« en l'absence de contre-indication médicale et dans la limite des délais autorisés pour l'IVG, les femmes doivent pouvoir recourir à la méthode de leur choix, médicamenteuse ou chirurgicale, et recevoir une information détaillée sur ces interventions » en conformité

avec la loi du 4 mars 2022 relative aux droits des malades, qui impose aux soignants de donner aux personnes toutes les informations leur permettant de faire un choix éclairé [2]. En parallèle, la baisse du nombre des IVG en établissement de santé se poursuit. Cette baisse ne semble pas seulement traduire un choix délibéré des femmes elles-mêmes, selon les témoignages recueillis dans le cadre des appels du Numéro Vert national 0800 08 11 11 sur plusieurs territoires.

Difficultés persistantes d'accès à l'IVG

Pourtant, on observe toujours des difficultés d'accès sur le terrain, et une difficile reconnaissance de ce droit à l'interruption volontaire de grossesse comme un droit fondamental. Un rapport parlementaire de 2020 [3] révèle que les avortements réalisés en ville l'ont été par 2,9 % des généralistes et des gynécologues et par 3,5 % des sages-femmes : c'est peu. C'est un acte peu valorisé et peu valorisant. L'allongement des délais a en outre réactivé des résistances fortes parmi les professionnels : pour refuser d'appliquer la loi, nombreux sont ceux qui invoquent ne pas être formés aux nouvelles techniques, ne pas avoir les canules appropriées ; un frein à l'accès aux soins, une double peine pour les femmes qui vivent dans des zones peu médicalisées. En Occitanie par exemple, dans 6 départements sur 13, aucun établissement n'applique les nouveaux délais ; dans les Hauts-de-France, seuls 11 établissements sur 30 appliquent la loi, et à Paris, ils ne sont que trois. De façon générale, 17,2 % des avortements sont réalisés hors du département de résidence des femmes [4].

Absence de consentement sur la façon dont l'IVG est réalisée

Les femmes n'ont pas toujours le choix de la méthode qui est déterminée par la volonté des soignant·e·s, les privant ainsi d'un choix éclairé et d'un réel consentement à la façon dont l'interruption volontaire de grossesse est réalisée.

De plus, la bienveillance dans l'accueil n'est pas toujours au rendez-vous : échographie avec écoute du cœur, remarques culpabilisantes sur l'échec de contraception (« *vous auriez pu faire attention* »), sur les interruptions volontaires de grossesse tardives ou multiples, etc., comme en témoignent les femmes reçues au Planning familial ou sur le Numéro Vert national.

La simplification du parcours de l'avortement et la suppression du délai de réflexion ont permis aux femmes de se réapproprier leur corps, de faire valoir leurs droits, d'être en capacité de faire face à des soignants souvent peu formés, voire malveillants. Une nouvelle étape pourrait être de proposer aux femmes qui le souhaitent d'exprimer leur demande d'IVG par consentement écrit, sous forme d'auto-attestation signée, remplaçant le premier rendez-vous auprès d'un·e professionnel·le, et facilitant le parcours d'IVG. C'était la recommandation 10 du rapport sur l'IVG du Haut Conseil à l'égalité (HCE) en 2013 [5]. Et cela doit s'appliquer également pour les mineures sans obligation d'être accompagnées.

L'accès à l'IVG des mineures sans le consentement des parents : un enjeu de santé publique

Même si la baisse des taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse chez les plus jeunes se poursuit, il reste beaucoup de résistances sur la sexualité des jeunes, de tabous liés à l'avortement et de difficultés d'accès à une information fiable, freins au recours à ce droit.

Toutefois, depuis la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, les mineures qui le souhaitent peuvent avoir recours à une IVG sans autorisation parentale.

Persiste pour elles une consultation préalable, occasion d'un échange pour recueillir leur choix hors de toute pression familiale. Cet accès sans contrôle parental répondait à deux besoins identifiés sur le terrain : la confidentialité est essentielle pour garantir l'accès, ainsi que la possibilité pour elles de prendre leur décision et d'effectuer les démarches en toute autonomie vers les lieux ressources (espaces vie affective, relationnelle et sexuelle – Evars³, centres de santé sexuelle, infirmeries scolaires, centres d'interruption volontaire de grossesse – CIVG) où elles peuvent rencontrer des professionnel·le·s à l'écoute (centres de conseil familial – CCF, infirmier·ère·s), d'autant plus dans le cadre de violences intrafamiliales. Le cadre éthique mis en œuvre au sein de l'Éducation nationale, permettant que l'absence liée à une IVG ne soit pas signalée aux parents (pour respecter l'anonymat du parcours d'accès à l'IVG comme le prévoit la loi) doit être respecté partout, car souvent l'IVG se fait sur le temps scolaire. Beaucoup de mineures ne veulent pas en parler avec leurs parents, d'où l'importance de leur garantir l'anonymat pour leur éviter un parcours de la jeune combattante. Pendant le confinement, cette confidentialité a été malmenée : le dispositif de téléconsultation a été difficile d'accès pour les mineures

(surveillance des parents), et certaines pharmacies n'ont pas voulu leur délivrer les médicaments.

En conclusion, l'IVG est un droit et un soin qui doit être accessible à toute personne avec toutes les informations nécessaires et dans de bonnes conditions. Cela nécessite de bénéficier d'un accompagnement de qualité tout au long de ce parcours pour consentir aux conditions dans lesquelles ce droit va s'exercer : facilité d'accès, choix des méthodes et des lieux, disponibilité des produits abortifs, confidentialité, absence de menaces, etc. Consentir n'est pas seulement dire oui, c'est pouvoir le dire dans les conditions qui respectent le choix des personnes, même mineures, sans contrainte ni dépendance. C'est là un apport important de l'analyse féministe. ■

1. Loi Gaillot. Outre la mesure-phare qui est l'allongement du délai légal de recours à l'IVG de 14 à 16 semaines d'aménorrhée (ou 12 à 14 semaines de grossesse), la loi prévoit également de pérenniser l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville de 7 à 9 semaines d'aménorrhée (ou 5 à 7 semaines de grossesse). En ligne : <https://www.vie-publique.fr/loi/276586-loi-2-mars-2022-renforcer-droit-avortement-delai-porte-14-semaines>

2. Loi Veil : L. 162-1. La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/>

3. <http://ivg.gouv.fr/annuaire-des-espaces-vie-affective-relationnelle-et-sexuelle-evars>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Ministère de la Santé et de la Prévention. Arrêté du 30 décembre 2022 fixant une seconde liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation permettant la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse instrumentales par les sages-femmes en établissement de santé. *Journal officiel*, 31 décembre 2022, n° 303. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/12/30/SPRH2237774A/jo/texte>

[2] Dhénain M. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse* – Mise à jour. Paris : Haute Autorité de santé, 11 mars 2021 : 13 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/reco406_recommandations_ivg_medicamenteuse_mel.pdf

[3] Battistel M.-N., Muschotti C. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des*

femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Assemblée nationale, n° 3343, 16 septembre 2020. En ligne : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/115b3343_rapport-information

[4] Vilain A. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021. *Études & Résultats*, n° 1241, septembre 2022. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/er1241.pdf>

[5] Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. *Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2, Accès à l'IVG dans les territoires*. Rapport n° 2013-1104-SAN-009, 7 novembre 2013. En ligne : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ivg_volet2_v10-2.pdf