

Pourquoi l'allongement du délai légal pour pratiquer une IVG n'améliorera pas l'accès aux IVG en France.

La proposition de Loi (PPL) se fixe comme objectif d'améliorer l'accès à l'IVG en France, en particulier dans les situations de crise comme celle vécue actuellement. En dehors de cette période de crise, le rapport de la DREES de 2019 établit que jamais il n'a été réalisé autant d'IVG en France, la proportion de 30% des grossesses menant à une naissance vivante a été atteint en 2018. Pourtant il met aussi en évidence des territoires en tension où les modalités légales de l'IVG ne sont pas réalisables : un parcours de soins disponible et de qualité et le choix de la méthode par la femme elle-même.

La cause racine de cet accès limité à un droit reconnu depuis 45 ans n'est pas dans le délai limite pour réaliser cette interruption, il est dans l'insuffisance en ressources humaines et financières pour réaliser en toute sécurité et sérénité ces gestes, qui quand ils sont réalisés dans de mauvaises conditions, ont des conséquences qui peuvent être dramatiques pour la femme. En 1974 ce sont ces conséquences qui motivaient la loi qui a dépénalisée l'IVG.

La représentation nationale n'a eu de cesse de légiférer pour que le nombre des spécialistes en gynécologie formés et compétents pour réaliser les IVG diminue. Contre tous les avis des professionnels de la spécialité depuis 30 ans, la suppression brutale de la formation des gynécologues médicaux et de la filière du CES des obstétriciens, puis la reprise tardive et de volume insuffisant d'une filière de formation spécifique a abouti, cela était prévu et annoncé, à la situation de carence médicale actuelle aux conséquences de plus en plus alarmantes sur la qualité des soins.

Les objectifs ambitieux des différentes lois qui régissent l'activité d'orthogénie ne sont pas en adéquation avec les moyens alloués sur la totalité de notre territoire. Le dernier rapport parlementaire de Mmes Battistel et Muschotti met bien en évidence que les déserts gynécologiques sont nombreux en France, que cette activité est rémunérée en dessous de son prix de revient, que les médecins qui la portent par leur bonne volonté arrivent à la retraite et ne sont pas remplacés faute d'effectifs, que la contrainte à faire des IVG abouti à de la maltraitance. Tant que ces causes racines perdureront, on aura beau allonger les délais, l'accès à l'IVG continuera à s'apparenter souvent à un parcours du combattant. Les recommandations 9 à 12 du rapport parlementaire proposent des solutions, pourquoi ne sont-elles pas reprises par la PPL ?

Passer le délai légal à 14 semaines de grossesse et imposer cela à toutes les structures du territoire, sans tenir compte des acteurs qui devront le faire, fera cesser la pratique des IVG par beaucoup de ceux qui aujourd'hui les réalisent. Les auditions par les parlementaires des représentants de ces acteurs de terrain, hors centre de planification dédié, ont prévenu de ce scénario, ne pas en tenir compte mettra encore plus les femmes en difficulté.

Les rapporteuses du rapport parlementaire concluent elles aussi que l'allongement du délai à 14 semaines n'améliorera pas l'accès à l'IVG.

Pourquoi la suppression de « la clause de conscience spécifique à l'IVG » menacera les médecins, sages-femmes et infirmières des hôpitaux publics en particulier.

Le code de la santé publique, par un article d'ordre réglementaire et le code de déontologie des médecins énonce : *« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage*

de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

Concernant l'IVG, l'article de loi contesté par la PPL (article L. 2212-8 du code de la santé publique), donc d'ordre législatif, énonce : « *un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2* ».

Il est donc faux de prétendre que la clause spécifique à l'IVG fait doublon et peut donc être supprimée sans dommage pour les soignants concernés. Deux différences donnent une portée différente à ces 2 textes :

Une de nature légale, la force de la loi est supérieure à celle du règlement, seule une autre loi votée par la représentation nationale peut changer une loi, ce qui n'est pas vrai des textes réglementaires. Faire disparaître dans la loi le droit de refuser de réaliser une IVG, c'est soumettre les soignants au règlement.

L'autre est dans le texte ; « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à son devoir d'humanité* » sont 2 conditions réglementaires qui alors s'imposent. La notion d'urgence peut s'imposer pour une demande à la fin du délai légal, et la notion de manque d'humanité peut être évoquée devant une femme en détresse. Dans le cadre du service public, les soignants se retrouveront en grande difficulté pour faire valoir leur clause de conscience dans ces conditions qui sont en particulier celles qui sont discutées actuellement.

Voilà pourquoi il ne faut pas abolir la clause de conscience dans sa rédaction actuelle, sauf à vouloir nier toute conscience aux soignants, ce qui serait inconstitutionnel.

Pourquoi reconnaître actuellement une compétence chirurgicale en matière d'IVG aux sages-femmes est mettre « la charrue avant les bœufs ».

Nous partageons l'analyse des rapporteuses parlementaires dans leur rapport : « *un plus grand nombre de praticiens habilités à pratiquer l'IVG ne peut avoir que des effets bénéfiques sur l'effectivité de l'accès à l'IVG pour les femmes. Cette ouverture doit naturellement s'accompagner des exigences de formations théoriques et pratiques applicables pour de telles opérations, de manière à garantir la santé des femmes et la prise en charge des éventuelles complications.* ». Elles poursuivent « *Cela nécessiterait une réorganisation des moyens matériels dans les centres d'orthogénie, avec mise à disposition de salles blanches, actuellement en nombre très limité, permettant de réaliser des IVG chirurgicales sous anesthésie locale ce qui, en outre, résoudrait en partie la question de l'accessibilité aux blocs opératoires.* » Le cahier des charges de telles modifications impose sur tout le territoire :

Une formation chirurgicale des sages-femmes au cours de leur cursus initial et en post universitaire pour celles déjà installées : filière de formation à créer car ce n'est pas dans les écoles de sages-femmes que la pratique chirurgicale s'acquiert, alors que la filière de formation des gynécologues et gynécologues obstétriciens est dans l'incapacité actuellement de pourvoir à la demande nécessaire à la résorption des déserts médicaux.

Une organisation nationale, pour que dans toutes les maternités publiques soit effectivement disponibles les « salles blanches », et des Gynécologues obstétriciens pour assurer les suites

alors que faute d'effectifs suffisants les maternités des territoires en difficulté, là où précisément on aurait besoin de ces sages-femmes, ferment.

Ainsi il est aisé et apparemment généreux de décréter une compétence chirurgicale aux sages-femmes, alors que les conditions de l'acquisition de cette compétence ne sont et ne seront pas avant longtemps remplies. Il s'agit surtout d'une tromperie envers les sages-femmes et de faux espoirs pour les femmes et sans aucun impact sur l'accès à l'IVG.

En conclusion, il ne peut y avoir de mesures législatives utiles aux femmes en termes d'accès à l'IVG, sans une prise en compte financière de la réalité des changements nécessaires, qui ne peuvent se contenter d'une augmentation des taxes sur le tabac, tel que proposé dans cette PPL.