

IVG

DÉCRYPTAGE

GENÉTIQUE VOUS INFORME

L'application de la loi santé en route

Début juin, le gouvernement a successivement publié deux décrets d'application de la loi santé. Le premier concerne les infirmiers scolaires qui pourront désormais distribuer la pilule du lendemain aux mineures des collèges et lycées, sur simple demande, et le second élargit la compétence des sages femmes à la possibilité de pratiquer l'avortement médicamenteux. Des décrets sans surprise qui pourtant suscitent le malaise. Explications.

« Cette politique, peu respectueuse de la protection de la santé des jeunes filles devrait être complètement révisée. »

Depuis les années 2000, les mesures se sont succédées pour construire « un dispositif complètement dérogatoire au regard des règles de sécurité sanitaires et de sécurité sociale », explique Florence Taboulet¹, pour permettre aux mineures « un accès illimité, sans suivi et sans contrôle médical, sans traçabilité du produit, à l'insu des parents, dans l'anonymat et la gratuité » à la contraception d'urgence.

La pilule du lendemain en accès libre pour les mineures

Jusqu'à présent, les restrictions limitaient l'intervention de l'infirmier scolaire en cas de difficultés d'accès à un médecin, aux situations de détresse caractérisée et à caractère exceptionnel... Aujourd'hui, avec la mise en place de ce nouveau décret, Marisol Touraine, ministre de la santé, veut que « chaque jeune sache que la porte de l'infirmerie scolaire lui est ouverte sans avoir à se justifier ».

Les précédentes décisions de la ministre ont ouvert la gratuité des moyens de contraceptions pour les mineures de plus de 15 ans, celle de la contraception d'urgence pour les étudiantes, la suppression de l'avance de frais pour les consultations ou les examens de biologie liés à la contraception et la baisse de la TVA sur les préservatifs à 5% (au lieu de 10%).

Initialement, ces mesures d'élargissement visaient à réduire le nombre de grossesses non désirées, ainsi que le nombre d'avortements. Or, constate Florence Taboulet, « au cours des quinze dernières années, l'augmentation des dispensations gratuites de ces médicaments n'est pas corrélée à une diminution



du nombre d'IVG chez les mineures. Au contraire, sur la période considérée, ce nombre a même augmenté². Elle s'est de plus accompagnée d'une banalisation du recours à la pilule du lendemain que les adolescentes prennent sans savoir que la dose d'hormones sexuelles administrée en un jour, en l'absence de toute intervention d'un médecin, est jusqu'à 50 fois plus élevée qu'une pilule ordinaire. « Cette politique, peu respectueuse de la protection de la santé des jeunes filles et sans doute contre-productive à de nombreux égards, devrait être complètement révisée pour qu'à l'autonomie soit réellement associée son corollaire, la responsabilité, à la fois personnelle, civique, écologique et collective », estime Florence Taboulet.

De l'accouchement à l'IVG

L'autre décret concerne l'ouverture aux sages femmes de la pratique de l'IVG médicamenteuse, jusqu'ici réservée aux seuls médecins. L'objectif clairement avoué est de faciliter encore l'accès à l'IVG pour pallier le départ en retraite de « médecins militants »³, ou de suppléer à la fermeture, depuis l'an 2000, de 130 centres IVG. Les conditions dans lesquelles les sages femmes vont exercer relèvent de plusieurs conditions. La sage femme doit par exemple justifier d'une expérience professionnelle constituée « par une pratique suffisante et régulière des IVG médicamenteuses », elle est soumise à un devoir d'information des patientes sur les risques de l'IVG médicamenteuse et doit s'assurer de la proximité d'un établissement de santé « dans un délai de l'ordre d'une heure », elle doit assister à la première prise de médicament... Beaucoup de précautions qui suffisent à attester des dangers de l'IVG médicamenteuses, pourtant banalisées. Quand en Allemagne, un pays pourtant plus peuplé que la France, le nombre d'avortements, moins de 100 000 par an depuis 2014, ne cesse de décroître⁴, la France, maintient un nombre démesuré d'IVG puisqu'il s'en pratique toujours près de 210 000 chaque année. Un chiffre qui montre de façon patente les défaillances ou les intentions de politiques sanitaires dont on peine à s'expliquer l'entêtement. ■

MARIE EST SAGE-FEMME. Témoignage.

Je trouve cette mesure complètement antagoniste avec mon métier de sage-femme. Personnellement, j'ai choisi d'être sage-femme pour réaliser des suivis de grossesses, pour suivre des patientes en travail, pour faire des accouchements et pour accompagner au mieux les femmes dans ce moment complètement bouleversant qu'est une naissance. Pas pour les aider à avorter.

Je travaille dans un centre hospitalier de niveau 3⁵, et ce sont les médecins qui voient les patientes en début de grossesse. Cette mesure ne va pas changer grand-chose pour moi. Cependant, c'est clairement un frein quant à la possibilité de m'installer en libéral, et même d'aller travailler dans une maternité de plus petit niveau. Dans certains de ces établissements et dans les cabinets, les sages-femmes accompagnent les femmes dès le début de la grossesse et elles n'auront plus que la ressource de l'objection de conscience qui n'est jamais très bien vue, ni accueillie. Et je reconnais que ça me fait peur ! Je crains déjà le jour où je devrais être contrainte d'accompagner une femme qui aura fait une IMG. C'est déjà, pour moi, une source d'anxiété.

J'ai la sensation qu'il va falloir se battre encore plus, se justifier encore plus, expliquer pourquoi je ne veux pas pratiquer ces actes. Or, je sais très bien que ces justifications sont irrecevables aujourd'hui, elles ne sont pas audibles parce que l'IVG est entrée dans les mœurs. C'est désormais un acte normal et toute objection de conscience est devenue injustifiable. J'ai peur du jour où je devrai dire non. J'ai surtout peur de ne pas savoir dire non. De me retrouver dans une situation, où je ne pourrai pas dire non. Je sais que je ne pourrai pas oublier ce que j'aurai fait.

¹ Florence Taboulet est professeur de droit pharmaceutique et d'économie de la santé à l'Université de Toulouse III.

² L'igas le constatait déjà dans son rapport de 2009 cité : « Si le recours à la pilule du lendemain a augmenté de 72% entre 2000 et 2005, le nombre d'IVG pratiquées est demeuré stable. On constate même une tendance à l'augmentation de leur nombre chez les jeunes ».

On peut lire en sous-titre d'une publication du ministère chargé de la santé : « Le nombre d'IVG est stable bien que la contraception d'urgence se développe ». En effet, en France métropolitaine, on comptait 7 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 17 ans en 1990, 10,5 en 2010 et 9,5 en 2012. DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Etudes et résultats - N° 884, juin 2014.

³ Cf. www.genethique.org : L'avortement médicamenteux par les sages-femmes est rendu effectif.

⁴ Cf. www.genethique.org : Le nombre d'avortements diminue en Allemagne.

⁵ Les maternités de niveau 3 disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisées dans le suivi des grossesses pathologiques (hypertension pendant la grossesse, diabète gestationnel) ou multiples, celles dont on sait, dès la conception, qu'elles présentent un risque pour l'enfant à naître. Les grands prématurés (moins de 33 semaines), par exemple, naissent dans ce type d'établissement, car les médecins doivent intervenir immédiatement pour pallier les détresses respiratoires.



A partir du 15 juin, chaque mercredi*, sur notre site internet, retrouvez **LES QUIZZ GÉNÉTIQUE** et **gagnez votre roman de l'été !**

* Du 15 juin au 26 juillet



EMBRYON

DÉCRYPTAGE

... GÉNÉTIQUE **VOUS INFORME**

Recherche sur l'embryon humain : D'où vient la règle des 14 jours ?

Début mai, une équipe internationale de chercheurs a « cultivé in vitro des embryons humains pendant 13 jours avant d'arrêter l'expérience pour respecter les recommandations scientifiques de recherche sur l'embryon en vigueur dans plusieurs pays »¹. Les résultats de leur étude ont été publiés dans la revue *Nature Cell Biology*². Ils expliquent avoir « mis au point de nouvelles techniques de culture imitant l'environnement utérin », et réclament de prolonger la limite fixée au développement de l'embryon in vitro « pour étudier la troisième étape de formation de l'embryon ». *Généthique* revient sur cette « règle des 14 jours » et le contexte qui en a fait une référence.

Se refusant à définir le statut de l'embryon humain, la Commission Warnock a déterminé la manière dont il devait être traité.

Dès le début des années 70, la notion de l'individualité de l'embryon humain a été perçue comme un obstacle aux législations favorables à l'utilisation des embryons humains précoces, que ce soit pour la PMA³ ou pour la recherche. Ainsi les termes clefs de la reproduction ont été redéfinis : le terme de « conception » a été dissocié de la fécondation pour être associé à l'implantation embryonnaire dans l'utérus maternel. Le terme de « pré-embryon »⁴ a pour sa part été employé pour la première fois en 1979 dans un article de l'embryologiste Clifford Grobstein qui réduisait le statut de l'embryon humain préimplantatoire à celui de « statut cellulaire ».

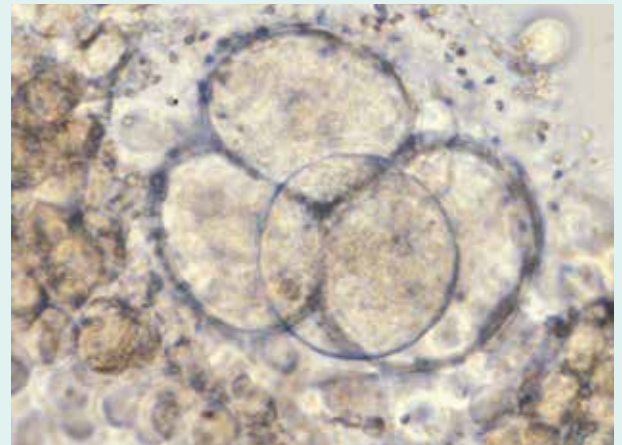
Le rapport Warnock contribua ensuite à la popularisation de l'expression « préembryon ».

D'étapes en étapes

En 1982, le gouvernement britannique constitua une commission d'enquête sous la présidence de Mary Warnock. Elle était chargée d'« examiner les progrès récents et potentiels dans le domaine de la médecine et de la science concernant la fécondation et l'embryologie humaine, d'étudier la politique et les garanties qui devraient être instituées, en évaluant notamment les répercussions sociales, éthiques et juridiques de ces progrès » et de faire des recommandations. Ces dernières seront publiées en 1984. Anne McLaren, embryologiste connue internationalement pour ses travaux sur le développement embryonnaire des mammifères a été le promoteur le plus vigoureux, le plus influent et le plus ardent du terme « préembryon », et son intervention à la fin des travaux du Comité a été déterminante.

Adoption de la notion de préembryon

Se refusant à définir le statut de l'embryon humain, la Commission Warnock, dans une perspective pragmatique, a déterminé la manière dont il devait être traité. Dans son rapport, le Comité reconnaît l'impossibilité de fixer des « seuils » dans l'évolution continue de l'embryon humain⁵, mais il conclut en disant que, considérant la variété des opinions existantes sur le statut éthique de l'embryon, il opte lui-même pour une « vue strictement utilitariste » : il adopte la limite des quatorze jours, favorisée par la *British Medical Association*, comme le seuil légal au-delà duquel on ne pouvait plus expérimenter sur l'embryon humain, ou prolonger le séjour d'un embryon humain in vitro. Le rapport Warnock officialise la thèse du préembryon et le terme entre dans le vocabulaire courant des comités d'éthique de la recherche en Europe. Aux Etats Unis,



la thèse du préembryon fut adoptée en 1986 par l'*Ethics Committee of the American Fertility Society*.

Vers la banalisation des manipulations sur les embryons

Ainsi, c'est parce qu'on le manipule et qu'on le détruit qu'il doit y avoir pré-embryon, mais ce n'est pas parce qu'il y a un préembryon qu'on a le droit de le manipuler et de le détruire. Le rapport Warnock est le premier texte plaçant l'utilité des recherches au dessus de la valeur de l'embryon.

S'appuyant sur ce rapport, le gouvernement britannique a, quant à lui, autorisé la pratique de la FIV avec transfert d'embryon et de l'expérimentation sur les embryons humains. Une autorisation avalisée par le *Human Fertilisation and Embryology Act* de 1990.

Aujourd'hui, le terme préembryon tend à tomber en désuétude, mais l'idée qu'il véhiculait, elle, est devenue chose commune. C'est en s'appuyant sur le refus de voir dans l'embryon préimplantatoire humain un véritable embryon devant être respecté et protégé que sont acceptées les destructions embryonnaires liées à la pratique des fécondations artificielles, qu'est justifiée la mise en pièces d'embryons humains pour en dériver des CSEH⁶, et que sont approuvées les recherches destructrices sur ce même embryon humain.

La limite des 14 jours s'est ensuite imposée comme une donnée scientifique. Elle justifie les principes éthiques et juridiques régulant l'expérimentation sur l'homme en excluant le jeune embryon.

Pour aller plus loin : cf. genethique.org, Recherche sur l'embryon : Sur quoi se fonde la règle des 14 jours ? Les éléments scientifiques. ■

¹ En France, la loi ne mentionne pas de limite, mais une recommandation du Comité Consultatif National d'Éthique précise que seul l'embryon préimplantatoire peut être utilisé à des fins de recherche, ce qui limite à 7 jours sa mise en culture.

² Magdalena Zernicka-Goetz et al, *Self-organization of the human embryo in the absence of maternal tissues*, *Nature Cell Biology*, 4 mai 2016.

³ Procréation Médicalement Assistée.

⁴ Divers scientifiques soutiennent que jusqu'au 15^{ème} jour suivant la fécondation ou au moins jusqu'au moment de l'implantation (qui commence environ au 5-6^{ème} jour), l'embryon humain ne peut-être considéré comme un individu. On parle donc dans cette perspective de « pré-embryon » pour désigner le produit de la fusion des gamètes jusqu'au 14^{ème} jour suivant la fécondation.

⁵ « Ainsi, du point de vue biologique, il n'existe pas une étape spécialement repérable dans le développement de l'embryon au-delà de laquelle l'embryon in vitro ne devrait pas être conservé en vie. Nous sommes cependant convenus que c'était un domaine dans lequel une décision précise devait être prise pour répondre aux inquiétudes du public » (RW, 11.19).

⁶ Cellules souches embryonnaires humaines.