

LES BIAIS PSYCHOSOCIAUX DANS LA PROCÉDURE FRANÇAISE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Michael RIOUX¹

Résumé: *En France l'interruption volontaire de grossesse-IVG est un droit encadré par une procédure de double consentement librement éclairé. L'étude des entretiens menés dans le cadre de cette double procédure souligne l'existence de biais psychosociaux (soumission à l'autorité, dissonance cognitive notamment) qui devraient être davantage pris en compte lors de la conception des mécanismes juridiques afin de permettre une véritable décision éclairée.*

Mots clés: *interruption volontaire de grossesse, procédure de double consentement, biais psychosociaux.*

1. Cadre théorique

Le droit à l'interruption volontaire de grossesse-IVG est un droit acquis dans l'immense majorité des pays de l'Union européenne. Le dernier pays en date est l'Irlande du Nord qui, le 22 octobre 2019, a mis fin à sa législation rendant l'avortement illégal sauf en cas de grossesse menaçant la vie de la mère. Dix-huit mois plus tôt, le 25 mai 2018, la République d'Irlande a, par référendum, abrogé le 8^{ème} amendement de la Constitution, qui prohibait, de fait, tout avortement. Hormis certains micro-États², seule la Pologne limite l'accès à cette procédure médicale³. Si le droit à l'IVG est commun aux États de l'Union européenne, il n'en va pas de même des délais et de la procédure l'encadrant qui demeurent disparates. L'IVG demeure un droit soumis exclusivement à la législation interne des pays: aucune convention internationale n'établit ce droit, cette question ne relève pas du droit de l'Union européenne⁴ et la Cour européenne des Droits de l'Homme demeure neutre sur le sujet. Celle-ci ne reconnaît aucun droit à l'IVG⁵, notamment par le biais du droit à l'autonomie garanti par l'article 8 de la CEDH⁶, mais ne s'y oppose pas non plus au nom du droit à la vie⁷. Tout au plus, la Cour européenne sanctionne le pays qui limite en l'encadrant de règles juridiques l'effectivité du droit à l'avortement lorsque celui-ci a été mis en place⁸.

¹ Université des Antilles, michael.rioux@orange.fr

En France, la loi de modernisation du système de santé, aussi appelée loi Santé, a été promulguée en janvier 2016⁹. Elle se situe dans le prolongement de la loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite loi Veil¹⁰, de la loi du 4 juillet 2001 qui allonge le délai de 10 à 12 semaines de grossesse, dispense les mineures d'autorisation obligatoire de leurs parents et facilite l'avortement médicamenteux¹¹ et de la loi du 4 août 2014 qui supprime la nécessité d'une « situation de détresse » et rend ainsi la femme libre de sa décision¹².

La loi Santé de 2016 supprime l'obligation faite aux femmes de respecter un délai de réflexion de 7 jours entre la première et la seconde consultation¹³ du processus d'interruption volontaire de grossesse¹⁴. Par ailleurs, elle autorise les sages-femmes à prescrire des IVG par la méthode médicamenteuse et les médecins exerçant dans des centres de santé de proximité de réaliser des IVG chirurgicales.

Cependant tout personnel médical peut invoquer sa clause de conscience et n'est jamais tenu de pratiquer ou de concourir à une interruption de grossesse¹⁵, qu'il s'agisse d'une interruption avant la douzième semaine ou d'une interruption pour motif médical¹⁶. Mais ce refus ne le décharge pas de l'obligation d'en informer l'intéressée « *sans délai [...] et [de] lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention* »¹⁷.

Depuis la fin des années 1970, le nombre d'IVG demeure stable en France. On dénombre ainsi environ 200 000 actes pratiqués par an, et depuis 2008, plus de la moitié sont des IVG médicamenteuses¹⁸. Depuis la dépénalisation de l'avortement par la loi Veil, la diffusion des méthodes de contraception a permis de réduire la fréquence des grossesses non souhaitées toutefois, en cas de grossesse non prévue, le recours à l'IVG est plus fréquent, et finalement le recours à l'IVG n'a pas baissé¹⁹.

2. La procédure de double consentement librement éclairé

En France, une femme qui souhaite une IVG peut se rendre dans un cabinet médical ou un établissement de santé public ou privé, mais aussi un planning familial, un centre IVG ou un centre d'orthogénie. Ces centres accueillent et informent les femmes sur leurs droits.

Ainsi les centres d'orthogénie installés généralement dans les centres hospitaliers universitaires-CHU des grandes villes comprennent pratiquement toujours deux pôles : un centre de planification et d'éducation familiale et un centre IVG. Outre l'accueil des femmes souhaitant pratiquer une interruption volontaire de grossesse, ils sont chargés de l'information sur la contraception, du suivi de certaines grossesses à risques, du dépistage anonyme des maladies sexuellement transmissibles. Ils peuvent aussi effectuer des entretiens conjugaux.

Dans le cas d'une grossesse non désirée, une femme peut donc s'y rendre pour demander une IVG. Il existe deux méthodes pour interrompre volontairement une grossesse : une méthode médicamenteuse, ou IVG médicamenteuse²⁰, une méthode chirurgicale ou IVG chirurgicale²¹. La méthode médicamenteuse est la plus utilisée.

Quelle que soit la méthode, la procédure d'accompagnement est similaire.

- une première consultation durant laquelle la femme exprime son désir

d'avortement. Des examens cliniques sont alors pratiqués afin de dater la grossesse, notamment au moyen d'une prise de sang et d'une échographie. Elle reçoit toutes les informations sur les différentes méthodes d'IVG, leur déroulement et les risques encourus.

- une deuxième consultation au cours de laquelle la femme confirme son désir d'IVG. Un entretien psycho-social peut être proposé, mais il n'est obligatoire que pour les femmes mineures.

Rappelons que la loi de santé de 2016 a supprimé le délai de réflexion d'une semaine à respecter entre les 2 consultations.

- une consultation est proposée après l'IVG. Il s'agit d'une visite de contrôle dans laquelle la méthode contraceptive de la femme est aussi abordée.

3. La diversité des histoires des femmes

Les entretiens que nous avons menés auprès de médecins travaillant dans divers centres d'orthogénie montrent que cette procédure se heurte à la diversité des histoires des femmes qui viennent consulter.

Le médecin explique que, dans les faits, la femme peut venir seule ou accompagnée. Si elle est accompagnée, il est nécessaire de prévoir un temps de consultation avec la femme seule, car c'est elle qui doit prendre la décision de demander ou non une IVG.

Il insiste sur le fait qu'il existe une diversité de réactions face à une grossesse et face à sa confirmation par l'examen clinique qui est pratiqué lors de la première consultation.

Lors de la première consultation le médecin recueille les raisons de la consultation :

- La femme se pense enceinte et son mari ne veut pas d'un enfant ou sa mère juge que sa fille trop jeune pour avoir un enfant.

- La femme se pense enceinte et souhaite avoir confirmation de sa grossesse. Cela concerne environ 10% des femmes qui viennent en consultation.

- La femme se sait enceinte et veut une IVG. Cela concerne environ 70% des femmes qui viennent en consultation.

- La femme se sait enceinte mais n'a pas pris sa décision et souhaite des informations. Cela concerne environ 10% des femmes qui viennent en consultation.

L'examen clinique constitue une aide à la prise de décision.

- La datation de la grossesse peut influencer sur la prise de décision d'une IVG car elle permet bien souvent à la femme de savoir qui était le partenaire.

- Une grossesse jumellaire peut aussi influencer le choix, sans qu'on puisse présager du sens de ce choix (difficulté pour la femme à gérer deux enfants, cadeau du ciel...).

À la fin de la première consultation, la femme doit énoncer clairement son choix. Si elle souhaite une IVG, le médecin écrit dans le dossier « Mme X formule une demande d'IVG ».

Lors de la deuxième consultation, Mme X remplit un document avec les articles de loi comme quoi elle confirme son choix d'avorter et qu'elle a bien été informée des modalités, et l'IVG peut avoir lieu.

Rappelons qu'aucun délai de réflexion n'est juridiquement imposé entre les deux consultations.

Le médecin que nous avons rencontré précise : « *Dans l'absolu il suffit à la femme de dire «je veux une IVG » puis «je veux une IVG » et l'IVG peut se faire dans la foulée. Le délai ne sert à rien ».*

Cependant si la femme est mineure ou demande un entretien psychosocial, l'IVG ne peut être faite avant 48h après cet entretien. La femme peut aussi ne prendre sa décision qu'au dernier moment, lorsque la date de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée approche.

Autrement dit, le délai de réflexion peut être très variable entre les deux consultations obligatoires et c'est bien souvent le médecin consulté qui le « gère ».

« *Si une patiente est ambivalente par rapport à son choix, on lui propose une autre consultation au cours de laquelle on réévalue avec elle où elle en est. Dans l'intervalle on peut aussi lui proposer de rencontrer une psychologue ou une assistante sociale, et de prendre le temps d'échanger avec son conjoint ou sa mère, pour l'aider à cheminer dans sa décision ».*

4. L'analyse psychosociale des entretiens

L'analyse des entretiens que nous avons menés fait émerger deux points qui semblent être minorés dans la procédure utilisée :

(a) L'impact du cadre organisationnel.

(b) Un acte problématique

(a) *L'impact du cadre organisationnel.*

La situation dans laquelle se déroule l'entretien est importante car elle peut être perçue comme anxiogène. La femme qui consulte vient dans un hôpital et est reçue par un médecin symbole de l'autorité dans ce cadre organisationnel. Elle va, fort probablement, se sentir se sentir déstabilisée et peut se soumettre aux préconisations du médecin qui « sait ». La soumission à l'autorité a été décrite dans le film *I comme Icare* réalisé par Henri Verneuil en 1979²² et qui retrace la recherche classique de Milgram (1960-1963). Dans ce cadre, tout échange entre la femme et le médecin a un effet persuasif et donc influe sur la décision de demander une IVG

(b) *Un acte problématique.*

Parce qu'il a un impact sur son corps, et ce, quelles que soient ses convictions morales et ses valeurs et son environnement économique et social, une femme ne considère pas l'IVG comme un acte anodin : c'est un acte problématique. Or tout acte problématique produit de la dissonance, c'est-à-dire un malaise ressenti parce qu'il y a contradiction entre une pensée (par exemple, l'attitude envers l'IVG appliquée à soi-même) et une action (par exemple, procéder à une IVG médicamenteuse). Rappelons que la théorie de la dissonance cognitive a vu le jour

avec les travaux de Festinger (1957) suite à l'analyse d'un article de presse prévoyant la fin du monde²³.

Elle postule que :

1- deux cognitions (ou groupes de cognitions) peuvent entretenir entre elles une relation d'incompatibilité (appelée inconsistance), une relation de compatibilité (appelée consistance), ou une relation non pertinente ;

2- l'existence d'une relation d'inconsistance génère d'un état d'inconfort psychologique que Festinger appela *état de dissonance cognitive* et qui incite la personne à le réduire;

3- pour réduire cet état d'inconfort psychologique, la personne doit recourir à des stratégies, des « *modes de réduction de la dissonance* » pour retrouver un état de tension acceptable.

Elle s'appuie sur le postulat que l'être humain agit de manière rationnelle, recherche une cohérence dans son environnement cognitif et social²⁴ et par conséquent met en place des processus visant à diminuer cette dissonance. Ainsi, comme le montre l'article de presse, persévérer dans une démarche est moins coûteux, sur le plan cognitif et psycho-affectif notamment, que d'en changer.

Cette théorie a été précisée, voire reformulée à maintes reprises depuis la fin des années 50. On peut citer, à titre illustratif, l'interprétation de Brehm et Cohen (1962), les apports de la théorie de l'engagement de Kiesler (1971), la version radicale de Beauvois et Joule (1981), la présentation du New Look de Cooper et Fazio (1984) et le modèle des standards du soi de Stone et Cooper (2001).

Par ailleurs, lors de la première consultation, la femme est confrontée à des résultats d'examen cliniques et reçoit des informations sur les différentes méthodes d'IVG et les risques qu'elle encourt. Même si elle énonce clairement son souhait de bénéficier d'une IVG dès le début de la consultation et réitère cette demande à la fin de cette première consultation, les informations reçues peuvent la déstabiliser et un délai de réflexion pour réduire sa dissonance semble indispensable. Or la procédure ne l'impose plus et c'est le médecin qui juge de sa nécessité ou non. Dans ce cas précis, il considérera que la femme a donné un consentement librement éclairé et enclenchera la procédure d'IVG.

Si le médecin juge que la patiente est ambivalente par rapport à son choix, le médecin peut lui proposer une deuxième consultation pour faire un deuxième point. Il peut également lui proposer de rencontrer des professionnels (psychologue, assistante sociale, cardiologue...) ou de prendre le temps d'en discuter avec ses proches.

En fait, plus généralement, cette période de réflexion est imposée par le médecin parce qu'il pense que la femme a besoin de renseignements ou de temps pour prendre sa décision, ou parce que l'agenda du médecin qui va pratiquer l'IVG l'impose.

Ce délai de réflexion qui diffère en fonction du niveau de détermination perçu par le médecin ne peut que nuire à une prise de décision éclairée car rien ne permet de dire qu'il respecte le cheminement de la femme qui vient consulter.

5. Discussion-conclusion

Le délai de réflexion de sept jours a été supprimé en 2015 pour lutter contre la culpabilisation des femmes. Il était en effet, selon la rapporteuse du projet de loi Bernadette Laclais, « *souvent vécu comme une grande solitude* ». Si l'ambition de cette simplification est louable, ses conséquences ne résistent pas à l'analyse sous le prisme de la psychologie sociale. Bien que le droit prenne en considération bon nombre de domaines, social et économique en premier lieu, il omet d'analyser l'impact que peut entraîner les mécanismes juridiques sur la prise de décision individuelle. Trop souvent, un tel impact est regardé sous l'angle du « bon sens » sans tenir compte des mécanismes internes complexes préalables à cette décision. Pourtant se pencher sur ces mécanismes pourrait assurément permettre une meilleure efficacité du droit au profit des citoyens en créant des protocoles visant à contrôler les biais psychosociaux.

Notes

- ² On pourra citer au premier chef Malte et le Vatican, État dans lequel l'avortement pour des questions religieuses demeure interdit.
- ³ L'avortement n'est possible qu'en cas de grossesse résultant d'un acte illégal tel que le viol ou l'inceste, de risque pour la vie ou la santé de la femme enceinte ou de malformation grave du fœtus (Varsovie, Loi polonaise sur l'avortement, 7 janvier 1993, art. 4a, para. 1 à 3)
- ⁴ Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne, article 168§7
- ⁵ CEDH, 26 octobre 2004, *Silva Monteiro Martins Ribeiro c/ Portugal*, n°16471/02.
- ⁶ CEDH, 16 décembre 2010, *A. B. C. contre Irlande*, GC, n°25579/05, § 214 ; CEDH, 30 oct. 2012, *P. et S. c/ Pologne*, n°57375/08, § 96.
- ⁷ CEDH, 8 juillet 2004, *Vo c/ France*, GC, n°53924/00, §82 ; CEDH, 16 décembre 2010, *A. B. C. contre Irlande*, GC, n°25579/05, §222.
- ⁸ CEDH, 20 mars 2007, n° 5410/03, *Tysiack c/ Pologne* : Rec. CEDH 2007, I ; RDSS 2007, p. 643, note D. Roman.
- ⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JORF n°0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1).
- ¹⁰ Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse (JORF du 18 janvier 1975 page 739).
- ¹¹ Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (JORF n°0156 du 7 juillet 2001 page 10823, texte n° 1).
- ¹² Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, article 24 (JORF n°0179 du 5 août 2014 page 12949, texte n° 4).
- ¹³ Ces consultations sont prévues respectivement aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5 du code de la santé publique.
- ¹⁴ Un délai de deux jours de réflexion avant la deuxième consultation médicale est cependant maintenu pour les femmes ayant choisi de passer une consultation psychosociale entre les deux consultations médicales. Une consultation psychosociale

étant obligatoire pour la femme mineure non émancipée, celles-ci doivent donc respecter de fait un délai de réflexion de deux jours avant toute IVG.

¹⁵ Article L. 2212-8 du code de santé publique.

¹⁶ Article L. 2213-2 du code de santé publique.

¹⁷ Article L. 2212-8 du code de santé publique.

¹⁸ Magali Mazuy, Laurent Toulemon, Élodie Bari, « Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété », INED, janvier 2015, URL : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf.

¹⁹ Nathalie BaJos, Caroline Moreau, Henri Leridon, Michèle Ferrand, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Population et sociétés*, 2004, n° 407, URL : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf.

²⁰ L'IVG médicamenteuse consiste en l'administration de deux types de médicaments : une antihormone (le mifépristone) et une prostaglandine (le misoprostol). Elle peut être pratiquée jusqu'à la 5^e semaine d'aménorrhée sans hospitalisation, et jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée avec hospitalisation.

²¹ Elle se fait le plus souvent par aspiration. Elle peut être pratiquée jusqu'à la 14^e semaine d'aménorrhée.

²² Un expérimentateur en blouse blanche représentant l'autorité scientifique demande à un sujet A de faire réciter des mots à un sujet B. À chaque erreur, le sujet B doit infliger au sujet A des chocs électriques de plus en plus forts. Il est constaté que certains sujets se soumettent à l'autorité : ils obéissent aux ordres donnés par l'expérimentateur et continuent à infliger des chocs jusqu'au maximum prévu (450V) malgré les plaintes du sujet B qui est en réalité un acteur ne recevant aucune décharge.

²³ Festinger et ses collègues se sont intéressés à un article de presse qui annonçait qu'une secte millénariste annonçait la fin du monde le 21 décembre 1954, son prophète Marian Keech déclarant recevoir ses informations d'extraterrestres. Constatant que les adeptes, au lendemain de la non-venue de la catastrophe, se montrèrent encore plus convaincus et décidèrent de mener des actions afin de prévenir de la fin du monde. Festinger et ses collègues ont considéré ces nouveaux comportements comme un moyen de rétablir un équilibre cognitif entre une croyance extrême (croire fortement en la fin de monde) et un fait concret (le non-venu de la fin du monde).

²⁴ Dès 1946, les travaux de Heider (balance theory) font naître l'idée que les personnes préféreraient un état de cohérence entre les différents éléments de leur univers cognitif plutôt qu'un état d'incohérence.

References

Beauvois, J.-L., & Joule, R.-V. (1981). *Soumission et idéologies: psychologie de la rationalisation*. Paris: Presses Universitaires de France.

Brehm, J. W., & Cohen, A. R. (1962). *Explorations in cognitive dissonance*. Oxford England: Wiley.

Cooper, J., & Fazio, R. H. (1984). A New Look at Dissonance Theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 229-266): New York: Academic Press.

- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. California: Stanford University Press.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Kiesler, C. A. (1971). *The psychology of commitment: experiments linking behavior to belief*. New York: Academic Press.
- Milgram, S. (1960/2013). *Expérience sur l'obéissance et la désobéissance à l'autorité*. Paris: la Découverte, Hors Collection ZONES.
- Stone, J., & Cooper, J. (2001). A self-standards model of cognitive dissonance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37(3), 228-243.