

N° 1403

Document
mis en distribution
le 27 novembre 1979

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SIXIÈME LÉGISLATURE

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1979-1980

Annexe au procès-verbal de la séance du 15 novembre 1979.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES (1) SUR LE PROJET DE LOI (n° 1328) *relatif à l'interruption volontaire de la grossesse.*

PAR M. JEAN DELANEAU,

Député.

(1) *Cette Commission est composée de :* MM. Berger, *président*; Jean Briane, Caille, Delaneau, Gissinger, *vice-présidents*; Bayard, Bolo, Delong, Fuchs, *secrétaires*; MM. Jean-Pierre Abelin, Andrieu (Haute-Garonne), Andrieux (Pas-de-Calais), Audinot, Autain, Gérard Bapt, Gilbert Barbier, Bariani, Baridon, Beaumont, Bêche, Roland Beix, René Benoit, Besson, Jacques Blanc, Boinvilliers, Bonhomme, Bord, Boulay, Gérard Braun, Jean Brocard, Brunhes, Caillaud, Castagnou, Jean-Charles Cavaillé, Chantelat, Chapel, Charles, Mme Chavatte, M. Chirac, Mme Chonavel, MM. Comiti, Delalande, Delehedde, Delfosse, Delhalle, Derosier, Donnadiou, Dugoujon, Durr, Evin, Eymard-Duvernay, Falala, Faugaret, Gilbert Faure, Fenech, Fillioud, Florian, Fonteneau, Fourneyron, Mme Fraysse-Cazalis, MM. Garrouste, Gascher, Gau, Gaudin, Francis Geng, Alain Gérard, Guilliod, Haesebroeck, Hage, Héraud, Mme Jacq, MM. Jagoret, Laborde, Lagourgue, Laurain, André Laurent, Mme Leblanc, MM. Le Cabellec, Léger, Legrand, Leizour, Le Meur, Léotard, Le Pensec, Leroy, Liogier, Mancel, Marchais, Masquère, Mexandeau, Gilbert Millet, Miossec, Mme Missoffe, MM. Morellon, Moulle, Narquin, Nilès, Paillet, Pasty, Péricard, Perrut, Pidjot, Pignion, Pinte, Pistre, de Préaumont, Pringalle, Mme Privat, MM. Prouvost, Ralite, Renard, Lucien Richard, Santrot, Schneiter, Mme Signouret, MM. Sourdille, Tassy, Taugourdeau, Tourné, Vacant, Hubert Voilquin, Zarka, Zeller.

Avortement. — Aide sociale - Centres de planification ou d'éducation familiale - Contrôle des naissances - Etablissements d'hospitalisation - Femmes - Code pénal - Code de la santé publique.

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	3
I. — Les conditions d'application de la loi	7
1. La mise en place du dispositif	8
2. Les dispositions réglementant l'I.V.G.	9
— La motivation de la demande : la situation de détresse	9
— L'I.V.G., acte médical	12
— La « clause de conscience »	13
— Le lieu de l'intervention	16
— La procédure	18
— Le délai limite de dix semaines de grossesse	23
— La déclaration statistique	24
— Les mineures célibataires	25
— Les étrangères non résidentes	26
— L'avortement thérapeutique	27
— Le coût de l'I.V.G.	28
II. — L'environnement de l'I.V.G.	33
1. L'information contraceptive et la contraception	34
2. L'information concernant l'I.V.G.	36
3. Les structures de soins	37
4. L'action en faveur de la famille	41
III. — Les conséquences de la loi de 1975	45
1. Les conséquences démographiques	46
2. Les conséquences sociales	49
— La loi a-t-elle banalisé l'avortement ?	50
— L'avortement est-il devenu un moyen de contraception ?	51
3. Les conséquences médicales	53
Note sur l'I.V.G. dans deux pays de l'Est européen : Tchécoslovaquie et Hongrie	56
IV. — Les revendications en présence	61
1. L'élargissement des conditions d'accès à l'I.V.G.	61
2. La limitation du recours à l'I.V.G. par rapport à la loi de 1975	65
3. L'opposition absolue à la légalisation de l'I.V.G.	66
V. — Le projet de loi	67
Article premier : Caractère permanent des dispositions de 1975	67
Art. 2 : Abrogation des dispositions conférant un caractère provisoire	67
VI. — L'examen en Commission	75
1. Audition de Mme le ministre délégué auprès du Premier ministre chargé de la Condition féminine et de M. le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale	75
2. La discussion générale	81
3. L'examen des articles	87
Tableau comparatif	99
Liste des amendements soumis à la Commission et non adoptés par elle	113

Le chœur des femmes...

« Ne dois-je pas, en retour, quelque conseil utile à la République ? Je suis née femme, mais ne m'en faites pas grief si j'apporte une contribution qui vaut mieux que la politique que vous faites. Je verse ma part au capital commun : c'est en hommes que je la paie. »

ARISTOPHANE *Lysistrata*.

Lorsqu'on se remémore l'automne 1974, l'ambiance passionnelle dans laquelle s'était déroulé le débat public et parlementaire sur l'avortement, on mesure combien il a fallu de courage à Mme Simone Veil, ministre de la Santé, qui présentait le projet de loi au nom du Premier ministre, Jacques Chirac, et à notre collègue Henry Berger, président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales et rapporteur de la loi devant l'Assemblée nationale, pour mener à son terme la législation de l'interruption volontaire de grossesse, acte que la femme, fût-elle Ministre, et le médecin, fût-il député, ne pouvaient accepter sans une profonde réticence.

Cinq années plus tard, en cet automne 1979, ce sont encore une femme-Ministre et un Rapporteur-médecin qui se trouvent devant vous. Mais l'ambiance du débat n'est plus tout à fait la même.

Qu'on le veuille ou non, quelles que soient les critiques — et il y en a — que l'on puisse faire sur les modalités d'application de la loi du 17 janvier 1975, la question n'est plus de savoir si l'on va inscrire dans notre droit la possibilité d'interrompre légalement une grossesse pour des raisons autres que thérapeutiques, mais de savoir si l'on va ou non proroger une loi existante et s'il y a lieu de la modifier.

Une loi provisoire...

Par sagesse, ou — pour des raisons plus troubles —, par « accommodement de conscience », le législateur de 1974 a voulu une loi provisoire, ce qui est assez exceptionnel dans notre histoire législative. De même, cette loi a été assortie d'un certain nombre de pétitions de principes, contradictoires avec le fondement même de la loi, ou irréalistes. Certains crient à l'hypocrisie ! Peut-être... Mais peut-être aussi, plus simplement, parce que les députés et sénateurs ne sont ni des robots, ni des ilotes, mais des hommes et quelques femmes, qui, dans un tel domaine, ont à accorder des convictions philosophiques, religieuses, politiques, parfois divergentes, à des sentiments où se mêlent le souci de tenir compte de certaines réalités souvent intolérables, et la pression parfois non consciente de cette « volonté de vie » profondément caractéristique de l'espèce humaine, et votent autant avec leur cœur qu'avec leur raison.

L'interruption
d'une vie...

L'avortement provoqué — l'I.V.G. — c'est l'interruption volontaire d'une vie humaine non encore autonome. La potentialité de vie — donc la vie — existe dès que l'œuf est fécondé, et qu'a eu lieu la première fusion des chromosomes apportés par le père et la mère. C'est dire qu'il n'y a pas de degré « moral » entre « l'interception » d'une grossesse dont on empêche la nidation par la mise en place d'un stérilet ou la « pilule du lendemain », et l'interruption d'une grossesse de quelques semaines fixée à l'utérus par son placenta. Simplement, la représentation que se fait l'homme (au sens générique du terme) du futur humain est différente, selon que sa morphologie se rapproche de celle du nouveau-né. A l'occasion des auditions publiées dans le rapport d'information n° 1365, Mme Hélène Missoffe, dans une de ses interventions, a fort bien décrit combien l'attitude affective de la mère vis-à-vis de son enfant non encore né évoluait en fonction de l'âge de la grossesse. De même, les médecins qui pratiquent des interruptions de grossesse vivent différemment leur acte selon qu'ils ont à intervenir sur un embryon informe ou un fœtus ayant déjà forme humaine.

Droit ou
tolérance...

Dans l'esprit des législateurs de 1974, l'I.V.G. était davantage une tolérance, permettant de régler une situation d'échec, quelle qu'en soit la cause, qu'un droit nouveau analogue aux autres droits fondamentaux dont nous disposons. Il est probable que la passion qui a entouré l'élaboration de la loi a transformé dans les faits cette tolérance en droit. Une tolérance est accordée, un droit se conquiert. L'opposition trop virulente de certains adversaires farouches de la loi — dont les motivations étaient bien sûr respectables — a eu cette conséquence, qu'ils n'avaient pas recherchée et qui va à l'encontre de leur but ; ils ont involontairement contribué à faire entrer l'avortement dans nos mœurs. Ceux qui seraient tentés de demander — dans l'un ou l'autre sens d'ailleurs — l'annulation ou l'extension forcenée de la loi devraient réfléchir à ce phénomène banal de la psychologie collective, que les excès des uns renforcent ceux qui ont une opinion contraire.

L'appréciation
de la détresse
par la femme...

Et puis il y a dans cette loi une originalité fondamentale, par rapport aux lois traitant du même problème dans la plupart des autres pays : l'appréciation de la situation de détresse, justifiant l'I.V.G., est laissée à la seule femme, qui, en fin de compte, décide elle-même de continuer à « porter » son enfant, ou d'interrompre le cours de sa grossesse. C'est admettre que le pouvoir de la société sur la femme et le futur enfant a une limite — dix semaines de grossesse en l'occurrence — en deçà de laquelle il ne s'exerce pas.

Et l'homme
dans tout cela...

C'est une remarque qui a été souvent faite, au cours des débats de 1974 et depuis, que l'homme (non plus au sens de l'espèce, mais par opposition à la femme) était singulièrement absent dans le règlement de cette situation d'échec, à laquelle il a obligatoirement participé, et dont le drame est bien souvent vécu par la femme seule.

La loi ne peut
être qu'un com-
promis...

Le droit de vie ou de mort du « pater familias » a été « évacué » sur la femme, soulageant notre inconscient collectif à prédominance mâle d'un problème gênant et d'une situation inconfortable. Certaines femmes, certains mouvements féministes, ont vivement revendiqué leur droit à disposer de leur corps, ou de ce prolongement singulier qu'est l'enfant en gestation. N'ont-elles pas ainsi tendu elles-mêmes cette sorte de « piège », dans lequel elles sont trop souvent seules à se débattre ?

Même ce qu'on appelle les lois de la nature ont leurs faiblesses et leurs injustices. Dans le domaine qui nous préoccupe maintenant, il ne peut y avoir de loi parfaite, pour personne, pour aucun type de société. La loi que nous voterons, comme celle qui a été votée en 1974, ne pourra être qu'un compromis que l'on accepte ou que l'on n'accepte pas. Certains pensent qu'il vaudrait mieux ne pas avoir de loi, et laisser le problème se régler entre la femme et le médecin, entre une volonté plus ou moins bien perçue et exprimée par une femme ou un couple, et un pouvoir médical, éventuellement partagé, mais avec des risques d'arbitraire et des critères de décision non exempts de tentations. Mais ne serait-ce pas, pour le législateur, une autre façon de ne pas prendre ses responsabilités, et de se « défausser » d'une carte encombrante ? La loi doit exister, même si elle ne règle pas tout, pour édifier des limites, des garde-fous, qui évitent, ou permettent de sanctionner, des dérapages préjudiciables à la santé présente et à venir de la femme ou des abus de nature mercantile. C'est dans cet esprit que nous avons établi ce rapport.

Nos réflexions seront bien souvent étayées par les déclarations que nous avons pu recueillir dans le cadre du groupe de travail mis en place il y a un an par la Commission et qui ont été publiées (1), ainsi que par les observations que nous avons pu faire avec quelques membres de la Commission, au cours d'une mission dans certains pays de l'Europe de l'Est, où la législation de l'avortement est déjà ancienne, bien que les conditions d'application y soient considérablement différentes, et qui sont résumées en encadré dans le présent rapport.

La conception expérimentale de la loi sur l'I.V.G. nous amènera naturellement à examiner, en premier lieu, comment la loi a été appliquée dans chacune de ses dispositions.

On tentera ensuite de caractériser l'environnement dans lequel la loi s'insère, qui comprend essentiellement l'information sur la contraception, celle sur l'I.V.G., le rôle des structures hospitalières et l'action en faveur de la famille.

L'analyse des conséquences de la loi sera envisagée sous ses trois aspects : démographique, social et médical.

(1) Cf. Rapport d'information n° 1365.

Les différentes revendications formulées dans un sens ou dans l'autre à l'égard de la loi feront ensuite l'objet d'un rappel synthétique.

Enfin, la présentation du projet de loi lui-même et des quelques observations et recommandations qu'il appelle selon nous précédera l'examen du projet de loi en Commission.

I. — LES CONDITIONS D'APPLICATION DE LA LOI

La réalité et la qualité de l'application d'une loi sont naturellement fonction de l'accueil que celle-ci reçoit dans l'esprit public. Pour une question qui touche aussi profondément chacun, dans ses conceptions et sa vie personnelle, quelle que soit la qualité d'un texte, quels que soient la volonté et les moyens de l'Administration chargée de l'appliquer, ce sont en dernier ressort les citoyens eux-mêmes qui, par leur comportement, décideront pour l'essentiel du sort de ce texte.

La situation antérieure à la loi du 17 janvier 1975 constituait une bonne illustration de cette observation. D'une rigueur impraticable, les textes alors en vigueur n'étaient plus appliqués du tout depuis de nombreuses années. C'est la raison pour laquelle il était inévitable, quoi qu'on en pense au fond, qu'une telle législation soit réformée.

L'obstacle majeur à l'élaboration d'une législation nouvelle était l'absence de consensus sur la solution à retenir. Des opposants les plus irréductibles jusqu'aux prosélytes les plus acharnés, on trouve dans l'opinion française toutes les tendances, et pour chacune d'entre elles, toutes les nuances.

La nécessité de mettre fin à cette situation intenable a permis de retenir un ensemble de dispositions diversifiées mais cohérentes après, faut-il le rappeler, que le Parlement en ait été saisi à deux reprises en un an. L'avortement reste donc considéré comme un échec, même s'il n'est plus interdit par la loi lorsqu'il est réalisé dans les conditions qu'elle détermine avec une grande précision.

Le niveau de détail auquel descend la loi pourrait surprendre, notamment si l'on se livre à des comparaisons avec des textes intéressants d'autres domaines. Cela s'explique, à l'évidence, par le problème particulier que pose le statut de l'avortement dans une société comme la nôtre. Aussi à partir du moment où le législateur est amené à intervenir, il n'est pas vraiment étonnant qu'il fixe lui-même des règles et des procédures qui, dans d'autres cas, relèveraient du pouvoir réglementaire. Ainsi, entre autres exemples, la loi a-t-elle prévu l'existence et le contenu du dossier-guide qui est remis à la femme demandant une I.V.G.

Cette particularité de la loi de 1975 a incontestablement contribué à une mise en place rapide du dispositif qu'elle a institué.

1. LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF

Outre la grande précision de la loi, d'autres éléments impliquaient une mise en place rapide du dispositif.

Fait exceptionnel dans notre histoire constitutionnelle, il s'agissait d'un texte à durée de validité déterminée (cinq ans à dater de la promulgation). Si l'on voulait pouvoir en apprécier la valeur au terme de cette période, il convenait que la durée d'application soit plus longue possible.

Par ailleurs, la question était posée dans l'ensemble du pays depuis plusieurs années et au Parlement depuis près de deux ans. Au sein de ce dernier et particulièrement par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales avaient été réalisés tous les travaux envisageables lorsqu'un tel problème est analysé. On peut donc estimer que rien n'avait été laissé dans l'ombre et que dans ces conditions, une fois acquise la décision du Parlement, la mise en œuvre devait en être très rapide.

C'est dans cet esprit que l'article 15 de la loi précise que les décrets d'application devront être pris dans un délai de six mois à compter de la promulgation.

Sur ce point aussi la loi sur l'I.V.G. est un texte exceptionnel : les décrets d'application sont parus quatre mois après la promulgation de la loi. Dès juin 1975 celle-ci était applicable. Certes plusieurs textes importants ont été pris par la suite (décret du 7 août 1975, arrêté du 28 novembre 1975, circulaire du 26 février 1976), mais leur existence ne conditionnait pas l'effectivité de la loi.

On doit ici faire mention de l'énergie avec laquelle Mme Simone Veil a œuvré pour que les engagements pris sur ce point pendant l'examen parlementaire soient tenus, et même en deçà des délais fixés.

Dans ces textes d'application, la volonté du législateur a été respectée ; on n'a pas remarqué en effet le décalage relevé dans certains cas entre la loi et le règlement. Quelques ambiguïtés davantage dues à la pratique qu'aux textes eux-mêmes sont à signaler toutefois. Ainsi en est-il pour l'entretien social dont certains estiment qu'il a un caractère dissuasif, ou pour les établissements hospitaliers publics pour lesquels on a pu croire qu'ils devaient obligatoirement assurer des I.V.G. En outre, la référence à la situation de détresse sur laquelle est fondée la demande poserait évidemment un problème d'appréciation si la loi n'avait décidé qu'il est résolu par la femme elle-même. On verra que l'acception donnée à cette détresse peut varier considérablement suivant les cas.

A nouveau, on rencontre ici le problème posé par l'ampleur des divisions sur la question de l'avortement. Ainsi s'explique la plupart des difficultés d'application qui marquent cette loi. M. le Professeur Sournia nous déclarait en ce sens (1) :

« Tout le maniement de cette loi, toute l'application de cette loi supposent un consensus extraordinaire qui n'est pas plus réalisé dans notre population qu'à l'Assemblée nationale — l'Assemblée nationale étant le reflet de la population — la pratique reflète exactement l'extraordinaire difficulté du système. »

2. LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTANT L'I.V.G.

Il convient maintenant d'examiner point par point comment, une fois la mise en place législative ou réglementaire du dispositif acquise, sa mise en place pratique est réalisée. Cette analyse sera nécessairement longue, aucune des dispositions de la loi ne devant être laissée dans l'ombre puisque c'est aujourd'hui sa reconduction pure et simple qui nous est proposée. A certains praticiens, médecins, fonctionnaires, travailleurs sociaux et assimilés, cette analyse paraîtra au contraire bien courte, mais on comprendra qu'il n'était ni possible ni souhaitable de présenter ici un rapport encyclopédique à partir de tous les travaux, contributions, informations publiés depuis cinq ans sur ce problème.

• La motivation de la demande : la situation de détresse.

Pour mieux appréhender le problème de l'avortement, la tentation est forte de classer et hiérarchiser les cas qui peuvent être à l'origine d'une demande d'I.V.G. On pourrait penser en effet que cette analyse permet non seulement de connaître les données du problème, mais encore d'établir une échelle des motivations et éventuellement, de fixer une limite en deçà de laquelle la demande ne paraît pas sérieusement fondée. Perçu en effet comme un échec par la grande majorité de la population, comme un mal que l'on est obligé de tolérer par un grand nombre, l'avortement doit donc, pour beaucoup, être contenu dans des limites.

Si la France a échappé à cette tentation, la loi de 1975 a néanmoins établi une référence. L'article L. 162-1 du Code de la santé publique précise en effet que peut demander une interruption de

(1) Audition du 16 octobre 1979, p. 209, rapport d'information (n° 1365).

sa grossesse « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse ». L'intention du législateur était manifestement de réserver le recours à l'I.V.G. aux cas douloureux qui viennent naturellement à l'esprit.

Ce faisant, il déniait implicitement la reconnaissance d'un droit objectif, inconditionnel à l'avortement ; cette position est d'ailleurs la conséquence logique de l'affirmation de principe contenue dans l'article premier de la loi suivant lequel il ne peut être porté atteinte au principe du respect de tout être humain dès le commencement de la vie qu'en cas de nécessité et selon des conditions que la loi définit.

Mais le législateur a par ailleurs laissé la femme seule juge de cette détresse. Il n'a fixé aucun critère objectif, n'a dressé aucune liste de cas ou d'hypothèses. Il ne s'est pas autorisé à investir une personne ou un groupe de personnes (une commission par exemple) du pouvoir d'apprécier cette détresse.

Les motivations des femmes demandant une I.V.G. correspondent-elles à un état de détresse ? La réponse à cette question n'est pas aisée. Les auditions auxquelles nous avons procédé ont permis de mieux cerner cet aspect du problème sans pour autant, il faut le reconnaître, nous mettre en mesure de classer par ordre d'importance les principales motivations.

Avant de situer ces dernières, il convient de rappeler quelques données sur l'âge et la situation des femmes demandant une I.V.G. D'après les données qui ont été regroupées sous l'égide du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale sur les années 1976 et 1977 : 30 % de ces femmes ont entre vingt et vingt-quatre ans et 25 % de vingt-cinq à vingt-neuf ans ; 40 % des femmes sont célibataires. Elles n'ont pas d'enfant dans 40 % des cas ; elles ont un ou deux enfants dans 40 % des cas.

Parmi les hypothèses de motivations les plus souvent évoquées au moment de l'examen de la loi, on relève d'abord celles d'ordre économique et financier.

A la lumière des synthèses sur le contenu de l'entretien social, il semble que cette hypothèse soit fondée. La proportion importante de femmes célibataires jeunes qui demandent une I.V.G. l'explique d'ailleurs assez bien : obligées d'exercer une activité professionnelle, il est souvent difficile pour ces personnes d'envisager d'élever un enfant. Ce cas de figure augmente d'ailleurs en proportion parmi l'ensemble des femmes puisque la « mode » de la mère volontairement célibataire se répand depuis peu et qu'il est bien évident qu'une partie de celles qui y auraient cédé au départ ne pourront assumer ce dessein jusqu'à son terme compte tenu des difficultés considérables qu'il comporte.

Les raisons économiques sont également avancées par une proportion notable de femmes mariées (entre 30 et 50 %). La difficulté réside dans l'appréciation de la gravité de cette motivation. Elle est évidente dans des familles aux revenus modestes qui ont déjà trois ou quatre enfants. Malgré des efforts récents, les prestations familiales restent insuffisantes pour faire face aux besoins si une difficulté supplémentaire (maladie, chômage prolongé, élévation du coût du logement) survient.

Dans la conjoncture économique que nous connaissons, il existe effectivement de nombreux cas pénibles, notamment lorsque le mari est chômeur, dans certaines régions où l'avenir économique est sombre. Les efforts financiers considérables que de jeunes couples consentent pour acquérir un logement sont souvent à l'origine d'une demande d'I.V.G. On mesure là les graves conséquences au plan familial du coût du logement. Mais, dans certains cas, la motivation économique apparaît comme un prétexte dans la mesure où non seulement il n'y a pas détresse, mais en fait refus qu'une atteinte, même légère, soit portée provisoirement à un niveau de vie déjà très confortable : c'est en particulier le cas avec le refus du troisième enfant.

L'autre grand groupe de motivations (30 % au moins) est d'ordre affectif et psychologique. Souvent la situation du couple a changé : le divorce menace, la survenue de la grossesse a entraîné un conflit et un refus de l'enfant, chez l'homme notamment. Ces cas sont évidemment beaucoup plus fréquents pour les femmes célibataires, les liens avec le partenaire étant plus ténus.

Dans un nombre de cas heureusement minoritaire, aucune véritable motivation n'est avancée, ou alors elle est d'une futilité apparente sans rapport avec la gravité de l'acte. Ainsi est souvent cité le cas de la femme qui refuse une grossesse pendant les vacances parce que cela risquerait de les lui gâcher. Nombreux sont les praticiens (conseillers conjugaux, responsables d'associations) qui estiment que cette désinvolture affichée cache en fait un motif irréel ou un trouble qui n'est pas dit et qui est peut-être inexprimable. Pour eux l'avortement reste toujours un acte grave et pénible pour les femmes. Cette observation nous semble fondée, d'autant plus que l'ambivalence psychologique de la femme au début de sa grossesse est une réalité indiscutable. En effet, pendant les trois premiers mois, la femme est souvent satisfaite et en même temps hostile au développement de cette vie nouvelle en elle. C'est encore plus vrai si la grossesse n'a pas été désirée. Toutefois, cette observation n'est pas valable dans tous les cas. Elle ne peut s'appliquer aux femmes qui avortent plusieurs fois par an et qui, de leur propre aveu, n'entendent pas renoncer à cette pratique malgré les moyens qui leur sont proposés. C'est particulièrement net pour des femmes dont le niveau culturel ne peut en aucun cas expliquer l'échec de la contraception.

Si la détresse n'explique pas toutes les demandes d'I.V.G., elle semble, pour celles qui sont déclarées, recouvrir la grande majorité des cas. Sur ce point, et sans vouloir instituer un juge de la réalité de la détresse, nous ne pouvons admettre les raisonnements suivant lesquels « toute femme qui n'est pas volontairement enceinte est en état de détresse parce que la nature l'a trahie » ou « la détresse est réelle dès qu'elle est ressentie ». Ce serait reconnaître l'irresponsabilité au niveau de la contraception comme une attitude normale, faire de la maternité une pathologie, et ôter tout son sens au terme « détresse » qui ne peut être assimilé à une contrariété légère.

Au plan de la procédure, on verra que malgré l'absence de dispositions sur ce point, la motivation fait quelquefois l'objet d'une appréciation qui peut déboucher sur un refus de pratiquer l'I.V.G., notamment dans les régions où une sectorisation de fait s'est instituée.

Enfin, l'explication de la demande d'I.V.G. par rapport à l'échec d'une contraception antérieure sera abordée dans le développement consacré à l'environnement de la loi.

• L'I.V.G., acte médical.

La loi de 1975, prenant acte du caractère médical de l'avortement provoqué, en a réservé la réalisation aux médecins. Si dans un passé récent, antérieur à la loi, des professionnels de santé non médecins (dentistes, paramédicaux, etc.) ont réalisé des avortements, il n'a pas paru souhaitable de le leur permettre dans le cadre de la loi, eu égard notamment à l'objectif de sécurité de l'acte qui est un de ceux de la loi.

La proportion importante d'avortements clandestins (un peu moins de la moitié) ne permet pas d'assurer avec une absolue certitude que cette disposition est totalement respectée. Pourtant, à la lumière des recoupements réalisés à partir des accidents post-abortum, il apparaît bien que l'I.V.G. est maintenant faite par des médecins lorsqu'elle a lieu dans un établissement sanitaire, même si c'est clandestinement. Ainsi, même lorsque la loi n'est pas respectée sur d'autres points, elle l'est sur celui-ci. En outre, la réduction drastique du nombre d'accidents montre que les avortements clandestins réalisés par des « faiseuses d'anges » ou par les femmes elles-mêmes ont disparu.

Tout docteur en médecine, quels que soient sa formation et son mode d'exercice peut pratiquer des I.V.G. La loi n'en a pas, en effet, réservé l'exécution à des spécialistes (gynécologues-accoucheurs ou chirurgiens par exemple). Le Président du conseil national de l'Ordre des Médecins interrogé sur ce point (1) rappelait les dispositions de l'article 17 du nouveau Code de déontologie médicale :

(1) Cf. Rapport d'information (n° 1365), p. 129.

« Tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais un médecin ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence ou ses possibilités. »

M. Lortat-Jacob estimait qu'un médecin non spécialisé doit être apte à réaliser une telle intervention, dont la technique est simple. Au plan technique, en effet, si l'I.V.G. est faite dans des délais courts, la méthode par aspiration peut être pratiquée ; moins traumatisante pour les organes, évitant la nécessité d'une anesthésie, elle n'implique pas la disposition de moyens matériels importants ni un long apprentissage. Cependant, l'opérateur doit disposer d'un minimum de connaissances gynécologiques, afin de lui permettre de déceler une complication immédiate toujours possible quel que soit l'âge de la grossesse, et il doit pratiquer cette intervention à proximité de moyens techniques plus lourds, si cette complication met en jeu la vie de la femme, risque exceptionnel certes, mais qu'il serait coupable de négliger.

Il y a lieu de noter toutefois que la législation de l'avortement n'a pas entraîné une modification dans la formation des médecins.

Un certain militantisme a certes permis de combler des lacunes, mais il conviendrait que l'enseignement médical soit complété sur ce point afin que les curetages ou les aspirations ne soient pas seulement le lot du dernier interne entré dans un service qui acquérera la technique si un ancien accepte de la lui montrer.

Dans la réalité, quelle est la formation des médecins qui pratiquent des I.V.G. ? Indépendamment de la période de mise en place (1975) où des non-médecins (étudiants en médecine, dentistes...) ont fait des I.V.G., il apparaît qu'une grande partie des gynécologues-obstétriciens refusent d'en pratiquer (1) ; les médecins généralistes sont nombreux à en pratiquer, comme vacataires dans les hôpitaux, pour répondre à la demande, les chirurgiens ne pouvant seuls y satisfaire malgré leur position plus favorable que celle des gynécologues à l'I.V.G.

• La « clause de conscience ».

Ce terme, employé par tous, ne figure pourtant pas à l'article L. 162-8 du Code de la santé publique, qui précise « qu'un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci ». L'utilisation de cette expression ne déforme pas les textes et n'en altère pas l'esprit. Nous nous permettrons donc d'y recourir aussi.

(1) 90 sur 95 professeurs en 1977.

Cette disposition est sans doute la seule de toute la loi qui recueille le consensus qui fait tant défaut sur d'autres points. Les adversaires de l'I.V.G. y sont évidemment fermement attachés ; les représentants des médecins, spécialistes ou non, ont nettement indiqué que l'existence de la clause de conscience est primordiale. Les praticiens sociaux, conseillers conjugaux, associations, y sont également favorables.

Enfin, les associations qui militent pour le « droit à l'avortement » tiennent à ce que les « médecins objecteurs » puissent rester à l'écart de l'avortement. Certaines d'entre elles souhaitent d'ailleurs que ces médecins se fassent inscrire chaque année sur une liste auprès de l'Ordre ou de l'Administration pour que les femmes puissent être informées de leur attitude. (Clause qui nous paraît inadmissible, compte tenu de l'inévitable publicité qui serait faite à cette liste.)

Au stade de l'application, par contre, l'unanimité disparaît. Il apparaît, en effet, que l'absence d'objectivité, pour tout dire d'honnêteté intellectuelle, de certains, et l'extension de la clause de conscience dans le cadre de la structure juridique des services hospitaliers, sont à l'origine de blocages qui empêchent, dans un nombre de cas non négligeable, une application effective de la loi.

— Certains médecins de ville n'appliquent pas les dispositions de l'article L. 162-8 suivant lesquelles le médecin doit informer, *dès la première visite*, l'intéressée de son refus de donner suite à sa demande. Mains témoignages montrent que ces praticiens temporent en mettant en doute la réalité de la grossesse puis en conviennent alors que l'expiration du délai légal se rapproche et peut empêcher la réalisation de l'I.V.G. Ce comportement, tout à fait déloyal, n'est le fait que d'une petite proportion de praticiens qui tend, semble-t-il, à diminuer, du fait, sans doute, d'une meilleure connaissance de la loi par le public.

— Plus important en ampleur et par ses conséquences est le mécanisme qui transforme la clause de conscience, strictement individuelle, en une clause collective à l'échelle du service.

Dans un grand nombre de cas, en effet, le médecin-chef de service dans un hôpital public qui refuse de pratiquer des I.V.G. en invoquant l'article L. 162-8 du Code de la santé publique, s'oppose à ce que les médecins placés sous ses ordres (chefs de cliniques, assistants, internes) en réalisent eux-mêmes, au motif qu'il devrait assumer la responsabilité juridique d'un acte qu'il conteste dans son principe.

Toute la structure administrative et juridique des hôpitaux est fondée sur la notion de service. Le statut général du personnel des établissements d'hospitalisation publics et de certains établissements

à caractère social est déterminé par le Livre IX du Code de la santé publique, dont l'article L. 798 dispose que :

« L'agent chargé d'assurer la marche d'un service est responsable à l'égard de ses chefs de l'autorité qui lui a été conférée pour cet objet et de l'exécution des ordres qu'il a donnés. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés. »

La jurisprudence confirme le caractère rigoureux de cet article et notamment de la dernière phrase : ainsi un chef de service régulièrement en congé partage la responsabilité d'une faute commise par une infirmière de son service.

Lorsque l'auteur de l'acte qui a entraîné un incident ou un accident est un médecin, les exemples de la mise en jeu de la responsabilité du chef de service sont infiniment plus rares ; on n'en connaît aucune consécutivement à une I.V.G. On peut « formellement » prétendre qu'un chef de service hospitalier public ayant invoqué la clause de conscience pourrait être considéré comme responsable d'une I.V.G. pratiquée dans son service par l'un de ses collaborateurs médecins. Mais une objection peut être faite à ce raisonnement : le chef de service n'ayant pu, par définition, fixer un protocole opératoire (impérativement prévu par la circulaire du 10 mars 1975) pour ce type d'intervention, il n'y a plus de base à un quelconque pouvoir hiérarchique, donc plus de fondement à sa responsabilité dans ce domaine.

Il y a d'ailleurs lieu de noter que certains chefs de service se refusant à pratiquer des I.V.G., autorisent leurs collaborateurs à en réaliser au sein de leur service. Enfin, on peut douter de l'applicabilité de l'article L. 798 à un chef de service qui n'est pas « titularisé dans un emploi permanent », selon les termes de l'article L. 792 qui définit le champ d'application du Livre IX du Code de la santé publique, ce qui est le cas en particulier des chefs de service à temps plein ou temps partiel des hôpitaux généraux.

Quoi qu'il en soit, si l'obstacle n'est pas absolu, il est réel sur le terrain. Il convient maintenant d'évoquer les différentes situations que l'on rencontre dans les hôpitaux, en fonction de l'invocation de la clause de conscience.

— Lorsque les différents chefs de service d'un hôpital refusent de pratiquer des I.V.G. et imposent leur attitude à leurs subordonnés, aucune I.V.G. ne peut avoir lieu dans l'établissement. La clause de conscience peut être « étendue » jusqu'au matériel du service dont le chef n'entend pas qu'il permette la réalisation d'I.V.G. Toutefois, dans certains cas, des moyens peuvent quand même être mis à la disposition de médecins vacataires extérieurs dont la situation juridique au plan de la responsabilité n'est pas toujours très claire ;

ments d'hospitalisation publics ou privés satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du Code de la santé publique (fixant les règles des établissements recevant des femmes enceintes).

Ainsi que cela s'est produit pour l'obligation de réalisation par un médecin, il apparaît que pendant la première année d'application, des I.V.G. ont été réalisées en dehors des établissements hospitaliers prévus par la loi.

En ce qui concerne les hôpitaux publics, les problèmes qui peuvent se poser sont liés pour l'essentiel à l'extension au service de la clause de conscience ou aux structures hospitalières, ainsi qu'on le précisera ultérieurement.

La seule question qui peut être examinée ici est celle du service dans lequel il est souhaitable que l'intervention se fasse. Le lieu le plus favorable est évidemment le service de gynécologie-obstétrique mais dans la mesure où les gynécologues invoquent plus souvent que les autres médecins la clause de conscience, ce n'est pas dans ce cadre que la majorité des I.V.G. ont été réalisées mais dans celui de services très divers, avec dans de nombreux cas, un recours à des vacataires.

Afin que soient regroupés les moyens d'intervention et les médecins qui pratiquent des I.V.G., ont été créés dans certains hôpitaux des centres d'interruption de grossesse, mais leur situation au regard de la structure administrative est variable. Ils peuvent en effet être constitués au sein d'un service de gynécologie ou peuvent être entièrement autonomes. Si favorables à la libéralisation que soient les médecins qui exercent dans ces centres, ils n'entendent évidemment pas se borner à cette intervention et souhaitent pouvoir exercer une action réelle en matière de contraception, en disposant des prérogatives des centres de planification familiale. Les médecins ne veulent pas en effet voir s'institutionnaliser des « avortoirs ».

La loi fixe des dispositions particulières pour les établissements privés. Ici, la clause de conscience au niveau de l'établissement a été prévue ; elle vise essentiellement ceux qui relèvent d'une institution ou d'une congrégation religieuses. Il ne semble pas par ailleurs que la clause permettant d'imposer aux établissements privés, participant au service public ou concessionnaire du service public, la réalisation d'I.V.G. en cas de besoin local, ait posé de problème car elle ne paraît avoir été invoquée à leur rencontre.

Des dispositions spécifiques permettant de s'assurer du respect, de l'esprit et de la lettre de la loi de 1975 ont été prises à l'égard des établissements privés : l'article L. 176 et le décret subséquent, les articles L. 178 et L. 178-1, ce dernier instaurant le quota limitant à 25 % le pourcentage d'I.V.G. pouvant être pratiqué, par rapport à l'ensemble des actes chirurgicaux et obstétricaux.

en outre, des difficultés techniques peuvent entraîner des risques (insuffisance de moyens de réanimation, par exemple).

— Si, au sein de l'hôpital, un ou deux chefs de service qui ne sont ni gynécologues ni chirurgiens acceptent de pratiquer des I.V.G., ils peuvent éventuellement obtenir le concours de médecins d'autres services dont les chefs accepteront cette formule.

— Enfin, lorsque les chefs de services les plus compétents pour pratiquer les I.V.G. en font eux-mêmes, leur réalisation ne pose pas de problème important, sous réserve d'observations sur l'« environnement » de l'I.V.G. en ce qui concerne les structures sanitaires.

Cette extension de la clause de conscience au service constitue, surtout lorsqu'elle est poussée à un point extrême (refus d'utilisation de matériel) un abus de droit. Le pouvoir hiérarchique est alors absolu. Même s'il n'en a pas juridiquement les moyens, de par sa fonction, un chef de service pourra bloquer la carrière d'un de ses collaborateurs ou, au contraire, en favoriser un autre en fonction de son attitude à l'égard de l'I.V.G. Et l'expérience montre que ces cas ne sont pas exceptionnels.

Bien qu'ils soient beaucoup plus rares, on relève également des abus en sens inverse. Certains chefs de service imposent à leurs collaborateurs (notamment assistants, internes ou stagiaires) la réalisation d'I.V.G. En cas de refus, l'appréciation portée sur leur travail s'en ressent très directement. On a relevé un appel à la candidature pour un poste de gynécologue-obstétricien, assorti de l'engagement de pratiquer des I.V.G.

Cette attitude semble plus fréquente à l'encontre des sages-femmes et des auxiliaires médicaux qui se voient imposer une contribution à des I.V.G. Dans le cas particulier du secteur privé, les syndicats de sages-femmes se sont plaints de ce phénomène. Il semble que, dans certains de ces cas, l'exigence du respect de la clause de conscience par la salariée ait été sanctionné par le licenciement.

Les détournements ou les abus de pouvoir hiérarchique que l'on observe dans les hôpitaux ne doivent cependant pas faire oublier qu'en 1978, près de la moitié des hôpitaux publics soit 337 ont réalisé des I.V.G. et sont à l'origine des deux tiers des 149.000 déclarations effectuées pour cette année.

• Le lieu d'intervention.

Considérant le caractère médical de l'acte qu'est l'I.V.G. ainsi que la nécessité d'un contrôle des conditions sanitaires dans lesquelles il est accompli, la loi en a limité la réalisation aux établisse-

ments d'hospitalisation publics ou privés satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du Code de la santé publique (fixant les règles des établissements recevant des femmes enceintes).

Ainsi que cela s'est produit pour l'obligation de réalisation par un médecin, il apparaît que pendant la première année d'application, des I.V.G. ont été réalisées en dehors des établissements hospitaliers prévus par la loi.

En ce qui concerne les hôpitaux publics, les problèmes qui peuvent se poser sont liés pour l'essentiel à l'extension au service de la clause de conscience ou aux structures hospitalières, ainsi qu'on le précisera ultérieurement.

La seule question qui peut être examinée ici est celle du service dans lequel il est souhaitable que l'intervention se fasse. Le lieu le plus favorable est évidemment le service de gynécologie-obstétrique mais dans la mesure où les gynécologues invoquent plus souvent que les autres médecins la clause de conscience, ce n'est pas dans ce cadre que la majorité des I.V.G. ont été réalisées mais dans celui de services très divers, avec dans de nombreux cas, un recours à des vacataires.

Afin que soient regroupés les moyens d'intervention et les médecins qui pratiquent des I.V.G., ont été créés dans certains hôpitaux des centres d'interruption de grossesse, mais leur situation au regard de la structure administrative est variable. Ils peuvent en effet être constitués au sein d'un service de gynécologie ou peuvent être entièrement autonomes. Si favorables à la libéralisation que soient les médecins qui exercent dans ces centres, ils n'entendent évidemment pas se borner à cette intervention et souhaitent pouvoir exercer une action réelle en matière de contraception, en disposant des prérogatives des centres de planification familiale. Les médecins ne veulent pas en effet voir s'institutionnaliser des « avortoirs ».

La loi fixe des dispositions particulières pour les établissements privés. Ici, la clause de conscience au niveau de l'établissement a été prévue ; elle vise essentiellement ceux qui relèvent d'une institution ou d'une congrégation religieuses. Il ne semble pas par ailleurs que la clause permettant d'imposer aux établissements privés, participant au service public ou concessionnaire du service public, la réalisation d'I.V.G. en cas de besoin local, ait posé de problème car elle ne paraît avoir été invoquée à leur encontre.

Des dispositions spécifiques permettant de s'assurer du respect, de l'esprit et de la lettre de la loi de 1975 ont été prises à l'égard des établissements privés : l'article L. 176 et le décret subséquent, les articles L. 178 et L. 178-1, ce dernier instaurant le quota limitant à 25 % le pourcentage d'I.V.G. pouvant être pratiqué, par rapport à l'ensemble des actes chirurgicaux et obstétricaux.

Malgré ces précautions du législateur, dont le Ministère a tenu compte dans les textes d'application, ces dispositions n'ont pas, sur le terrain, été véritablement respectées. L'insuffisance des structures publiques face aux besoins explique sans doute la faiblesse pour ne pas dire l'inexistence des contrôles exercés sur le secteur privé pendant les premières années d'application de la loi.

Des établissements se sont « spécialisés » dans l'avortement, ce que la loi voulait précisément éviter, notamment par le quota. Dans ces cas, l'information contraceptive est le plus souvent inexistante, les déclarations ne sont pas faites, les délais de réflexion et le délai limite de dix semaines sont rarement respectés et les tarifs pratiqués peuvent être fort élevés ; ils croissent souvent en fonction des privautés que l'on se propose de prendre avec la loi. A partir du moment où ces établissements se sentent assurés de l'impunité, il n'est pas tellement étonnant que certains d'entre eux en soient arrivés aux débordements que la presse a relatés récemment (avortements au-delà de sept mois de grossesse dans une clinique du XVIII^e arrondissement de Paris).

Ce cas extrême n'est heureusement pas représentatif des établissements du secteur privé pratiquant des I.V.G. Une tendance naturelle s'oppose d'ailleurs à ce qu'il en soit ainsi : lorsqu'un établissement tend à « se spécialiser » dans l'avortement, la plupart des femmes enceintes ne souhaitent pas y accoucher. Rapidement les responsables doivent donc faire un choix, le plus souvent en limitant l'activité abortive dans des proportions compatibles avec le quota. En outre, certains établissements privés laïcs refusent de pratiquer toute I.V.G.

• La procédure.

Préalable à une intervention à laquelle on a voulu donner un caractère singulier, la procédure instituée par la loi vise à permettre le respect des règles fixées, à amener l'intéressée elle-même à une prise de décision responsable, et à éviter la répétition de cet échec qu'est l'avortement.

Contrairement à ce que certains ont cru déceler dans la loi, il n'est nullement précisé que la consultation sociale prévue à l'article L. 162-4 et plus couramment désignée par l'expression « entretien social » doive revêtir un caractère dissuasif. C'est là une ambiguïté importante, source d'erreurs d'appréciation sur l'ensemble de la procédure, qu'il convenait de lever au départ.

Déterminée avec précision par la loi, la procédure comporte trois étapes :

— la demande formulée auprès du médecin qui remet à la femme le dossier-guide et l'informe des risques éventuels de l'intervention ;

— la consultation sociale auprès d'un organisme agréé, l'I.V.G. ne pouvant être réalisée que si est produite l'attestation que la consultation a eu lieu ;

— après l'expiration du délai de réflexion de sept jours minimum la confirmation écrite par la femme auprès du médecin qui peut alors pratiquer l'I.V.G.

L'analyse du fonctionnement de ce mécanisme permet d'apprécier la valeur des différentes dispositions que la loi de 1975 a fixées.

Dans le délai des dix semaines de grossesse, l'ensemble de cette procédure doit pouvoir se dérouler sans que la femme soit inquiète sur les possibilités de satisfaction de sa demande. Mais dans de nombreux cas, surtout pendant les trois premières années qui ont suivi l'adoption de la loi, il n'en a pas été ainsi.

En effet, bien des médecins qui refusent de pratiquer l'I.V.G. n'indiquent pas à la femme, soit par mauvaise volonté soit par ignorance, ceux de leurs confrères ou les établissements qui acceptent ; on a vu précédemment que certains dissimulent lors d'une première visite leur hostilité à cet acte.

En outre, dans certaines régions où peu d'établissements pratiquent des I.V.G., une sélection s'opère d'une manière pragmatique ; toutes les demandes ne sont pas acceptées. On comprend que la femme s'inquiète et se présente à l'entretien social avec une certaine anxiété. Bien des conseillers conjugaux estiment que la femme a l'impression d'avoir à parcourir « une course d'obstacles ».

Depuis deux ans environ, il apparaît nettement qu'à l'exception de quelques régions la procédure peut se dérouler dans des conditions à peu près normales. Connaissant beaucoup mieux les dispositions de la loi et notamment le délai de dix semaines, la grande majorité des femmes formulent leur demande assez tôt (entre 4 et 6 semaines). L'information sur les établissements hospitaliers qui pratiquent l'I.V.G. et sur les services ou associations qui pratiquent l'entretien social étant bien meilleure, on voit plus rarement des femmes qui, avant d'avoir pu engager la procédure, ont dû s'adresser à plusieurs médecins ou plusieurs établissements.

— Le dossier-guide.

La loi de 1975 a non seulement prévu l'existence du dossier-guide mais également précisé son contenu. Celui-ci doit énumérer « les droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître » et fournir la liste et les adresses des organismes pratiquant la consultation sociale.

La fixation d'un cadre relativement rigoureux et surtout exhaustif à ce document en a sans doute limité la portée et l'efficacité.

L'insertion d'une partie moins administrative aurait sans doute évité que la femme n'y voie qu'un catalogue d'avantages sociaux et un répertoire administratif et sanitaire. Le fait que ce dossier-guide ait pu être distribué sous une couverture différente comme « guide de la future mère » montre bien qu'il est insuffisamment adapté au cas des femmes demandant une I.V.G.

En outre, il apparaît que sa diffusion n'a pas été effectuée d'une manière très satisfaisante jusqu'à une période relativement récente. Les insuffisances de son contenu expliquent peut-être ce fait ; quoi qu'on en pense, il convient de rappeler que cette délivrance fait l'objet d'une prescription de la loi et qu'elle s'impose au médecin. Il importe donc que ce document soit à la fois mieux adapté et mieux diffusé.

— *La consultation sociale.*

Elle constitue l'élément essentiel et original de la procédure, notamment par rapport aux pays étrangers comparables au nôtre qui ont autorisé et réglementé l'avortement.

Rappelons les termes dans lesquels la loi le définit :

« Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés. »

La circulaire du 26 février 1976 contient des indications importantes sur cette phase de la procédure et les intervenants qui y sont impliqués, c'est-à-dire pour l'essentiel les associations qui pratiquent l'entretien social. Ce texte précise ainsi le but de l'entretien : rechercher ce qui peut compromettre l'équilibre de la femme et essayer de trouver les moyens d'y remédier ; il insiste également avec force sur le caractère indispensable de « l'écoute attentive » à laquelle l'interlocuteur doit procéder et qu'ont également souligné les associations de conseillers conjugaux entendus par le groupe de travail.

L'institution de cet entretien social a été à l'origine du développement de nombreuses associations, certaines s'étant même créées consécutivement à la loi. Bien entendu, les associations plus anciennes à vocation plus large, ou plus engagées sur le plan philosophique (planning familial, associations familiales catholiques) peuvent aussi procéder à ces entretiens à la condition, qui d'ailleurs s'impose à toutes, d'être agréées par les services du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. La circulaire précitée de 1976 fixe les règles qui président à cet agrément. Il en ressort que si l'accent est mis sur « l'esprit libéral » qui doit permettre à de nombreuses initiatives de se manifester, les instructions données aux directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale pour l'examen de la demande d'agrément insistent aussi sur la nécessité de s'assurer du sérieux de

l'organisme, de son caractère non lucratif, de la qualité de la formation des personnels. Il est prévu que la durée de l'agrément pourra être limitée et qu'un contrôle devra être exercé, débouchant éventuellement sur un retrait de l'agrément.

Quelle analyse peut-on faire de la pratique de l'entretien ?

D'après les informations assez fournies que nous avons pu recueillir, il semble que les entretiens sont conduits de façon très différente suivant le type d'association et la formation de la personne qui l'assure, le lieu où il se déroule, son caractère plus ou moins médicalisé, la situation de la femme dans son environnement familial et social.

Dans un nombre de cas non négligeable, l'entretien est réduit à sa plus simple expression : on remet à la femme l'attestation dont elle a besoin pour obtenir l'I.V.G. après quelques mots d'explication sur la procédure et l'intervention elle-même. Cette pratique, évidemment contraire à l'esprit et à la lettre de la loi, s'explique dans certains cas par l'impréparation des personnes, notamment pour certains travailleurs sociaux qui sont peu motivés pour cette tâche. Elle est plus souvent le fait de personnes qui, sur le plan idéologique, contestent la nature même de l'entretien, estimant que la femme exerce un droit sur lequel elle n'a aucune explication à donner. Dans ces cas, il arrive que ce soit le médecin chargé de réaliser l'I.V.G. qui s'aperçoit que l'entretien n'a pas eu vraiment lieu, et qui engage le dialogue avec la femme.

En sens inverse, et tout aussi contraire à la loi, ainsi qu'on l'a déjà noté, il arrive que l'entretien soit conduit d'une manière tout à fait dissuasive, voire culpabilisante, avec ses conséquences qui peuvent être graves pour la femme, notamment si les médecins exercent de leur côté une sélection en fonction des motifs avancés. Il semble que ces cas soient nettement moins nombreux que les précédents.

Les associations entendues affirment que la femme est souvent inquiète avant l'entretien et se demandant si elle n'aura pas à faire face à un interrogatoire quelque peu inquisitorial. Au contraire, lorsque l'entretien est mené suivant l'esprit de la loi, et dans les règles, notamment s'il dure un minimum d'une demi-heure, il est très profitable. La femme est alors agréablement surprise que quelqu'un prenne le temps de l'écouter et d'analyser avec elle ses problèmes personnels, ce que, le plus souvent elle n'a pu faire d'une manière complète. Afin d'éviter que la femme n'ait l'impression de « mériter » l'attestation par la qualité ou l'orientation de ses réponses, certains « consultants » la remettent dès l'ouverture de l'entretien. Seule, une minorité très restreinte de femmes se refuse à parler, soit parce qu'elles restent psychologiquement bloquées, soit par principe.

Le pourcentage de femmes qui renoncent à demander l'I.V.G. au cours ou à la suite de l'entretien est fort limité : de l'ordre de

5 % à 10 %, et encore, n'est-on pas assuré qu'elles ne s'orientent pas ensuite vers un autre centre. Mais plutôt qu'une dissuasion immédiate, qui encore une fois n'est pas le but de la loi, l'entretien doit permettre d'empêcher le retour d'une demande d'avortement.

Au total, malgré des insuffisances qui sont plus imputables aux hommes qu'au dispositif, il apparaît que dans la majorité des cas l'entretien répond à un besoin réel et constitue pour la femme, dans sa situation difficile, un moment privilégié d'écoute, de réflexion, d'information et de réconfort dont on ne voit pas comment il pourrait lui être ménagé autrement. Bien des femmes reconnaissent a posteriori ce caractère très positif, alors qu'elles n'en attendaient rien de leur propre aveu.

Après cette analyse sur l'entretien lui-même nous évoquerons rapidement certains des problèmes *d'organisation* qu'il pose.

En ce qui concerne le *financement*, les conseillers conjugaux et familiaux sont actuellement rémunérés 21 F de l'heure, ce qui est évidemment très minime. Si l'on souhaite maintenir et dans certains cas élever la qualité de leurs prestations, il conviendrait d'y consacrer les moyens suffisants, d'autant que, dans certains cas, la femme est appelée à participer elle-même aux frais par le biais de « frais de dossier » ou d'inscription, ce qui est contraire à la loi.

En ce qui concerne le lieu où se déroule l'entretien, les avis sont très partagés parmi les personnes qui le pratiquent sur la formule optimum ; en général, chacun est persuadé que le cadre dans lequel il exerce, à l'intérieur ou en dehors de l'établissement hospitalier, est le mieux adapté. Ce qui nous paraît devoir être souligné en tous cas, c'est que les associations doivent être suffisamment nombreuses et diversifiées pour que les femmes aient le choix et ne se voient pas imposer une filière et un entretien avec une personne ou une association qu'elles refusent. Cet impératif limite nécessairement une trop grande concentration des moyens au plan géographique.

Lorsque l'entretien a lieu dans un établissement hospitalier, de bonnes liaisons entre les personnes pratiquant l'entretien social et le corps médical facilitent naturellement le déroulement de l'intervention et le suivi des femmes après l'I.V.G. La prévention des récurrences est ainsi rendue plus facile.

Enfin, ces « consultants » doivent non seulement être formés à cette tâche mais également être volontaires pour l'accomplir. L'expérience montre en effet que les entretiens réalisés par les personnes peu motivées donnent de très mauvais résultats.

— Le « délai de réflexion ».

Autre élément de la procédure de demande d'I.V.G., le délai de réflexion d'une semaine qui doit s'écouler entre la première visite au médecin et la seconde a vu souvent son utilité discutée.

Le législateur a voulu que la femme ait le temps d'apprécier tous les éléments de sa décision à la lumière notamment des échanges qui ont eu lieu avec le médecin et la personne conduisant l'entretien social.

Cette disposition a souvent été critiquée au motif qu'elle retarde la réalisation de l'I.V.G. et en complique la procédure ; sa suppression a donc été demandée par certains. Cette opposition ne nous paraît pas fondée pour deux raisons :

— D'une part, et la plupart le reconnaissent, pour des raisons techniques, matérielles, même si ce délai minimum n'était pas imposé par la loi, dans les faits, il existerait de toutes façons, même si on disposait partout des structures d'accueil adaptées.

— D'autre part, si cette clause a pu au début de la mise en place du dispositif gêner ou rendre plus dramatique la réalisation de l'I.V.G. en raison du moment tardif auquel les femmes se présentaient, cela est devenu fort rare maintenant. Enfin, l'expérience montre que, même si le taux de renonciation à la demande d'I.V.G. reste faible, il faut se prémunir contre une décision hâtive que l'intéressée ou le couple regretteront amèrement ensuite. L'existence de renoncements, quand bien même seraient-elles en nombre infime, justifie le maintien de ce délai.

Ne serait-ce que pour les raisons de fait qui ont été évoquées, ce délai de réflexion est dans l'ensemble bien respecté en ce qui concerne les I.V.G. déclarées. Il semble qu'il en aille autrement pour les avortements clandestins, notamment ceux qui sont réalisés dans certaines cliniques privées où le délai se réduit parfois à quarante-huit heures ou même moins ; c'est encore plus vrai si le délai de dix semaines de grossesse est dépassé.

• Le délai limite de dix semaines de grossesse.

Nous avons indiqué dans l'introduction du présent rapport que pour nous la justification d'un délai limite à l'I.V.G. ne peut être d'ordre moral, puisque l'interruption d'une vie non autonome met en jeu les mêmes principes, qu'elle intervienne à trois semaines ou à quinze. La seule frontière morale qui existe est celle qui permet de séparer l'avortement de l'infanticide qui, lui, vise un enfant viable.

La fixation de ce délai ne peut donc reposer que sur des considérations médicales.

C'est au regard des expériences étrangères, mais aussi françaises (malgré la situation juridique antérieure à 1975) que ce délai de dix semaines de grossesse (soit douze semaines d'aménorrhée) a été retenu. En effet, à partir de ce seuil, le risque de complications et de séquelles (stérilité, prématurité) augmente sensiblement. Nous

ne développons pas ici les différents aspects de ce problème ; ils le seront dans la partie consacrée à l'analyse des propositions présentées pour élargir les dispositions existantes, ainsi que dans le chapitre consacré aux conséquences médicales de l'I.V.G.

Le seul point qui doit être analysé ici est le respect de ce délai. Dans la mesure où il est la condition du caractère légal de l'acte, il est évident que l'on ne peut disposer d'aucune mesure officielle du taux de non-respect. Pour les avortements clandestins, il semble bien que ce taux soit important. Le dépassement du délai est souvent la cause du recours à la clandestinité. Dans l'ensemble du secteur public, où les avortements clandestins sont fort rares, il arrive que les médecins s'autorisent à dépasser le délai, surtout si ce n'est que de quelques jours. On doit reconnaître que le médecin peut difficilement « dater » exactement la grossesse et que son appréciation dépend des déclarations de la femme sur la date de ses dernières règles. Si le praticien en doute, il préfère ne pas refuser l'intervention dont les risques ne varient quand même pas sensiblement pour un très petit nombre de jours. L'échotomographie qui permet une datation plus précise que la clinique n'est pas encore très répandue, et il ne paraît pas nécessaire d'imposer systématiquement un examen qui augmente le coût de l'I.V.G., sauf dans le cas où le diagnostic est douteux ou si une complication est soupçonnée.

L'existence de dépassements nombreux et souvent importants (au-delà de treize semaines) qui caractérisent de nombreux avortements clandestins, montre la grave insuffisance des contrôles, tout au moins jusqu'à l'été dernier. La persistance, dans le secteur privé, de véritables filières connues de tous, n'est pas admissible, compte tenu des possibilités qui existent maintenant, d'autant que le dépassement des délais n'est généralement pas la seule illégalité qui soit commise lors de ces interventions.

• La déclaration statistique.

L'article L. 162-10 du Code de la santé publique a institué une obligation de déclaration statistique pour chaque I.V.G. afin de se fournir les moyens de mieux connaître le phénomène de l'avortement sur lequel on était jusque-là d'autant plus mal informé qu'il était totalement clandestin. Il va de soi que ce bulletin statistique n'est pas rempli pour les I.V.G. réalisées illégalement : c'est là sa faiblesse essentielle, compte tenu de la proportion de ces actes par rapport à l'ensemble des I.V.G. On présentera plus loin, en examinant les conséquences démographiques de la loi, les analyses qu'il a permises. Signalons simplement ici que lorsqu'il est rempli, le bulletin statistique l'est d'une façon satisfaisante, à l'exception de la question sur les éventuelles I.V.G. précédentes. Ainsi que le directeur de l'I.N.E.D. l'a remarqué, on a sans doute limité à tort les ambitions de ce bulletin ; un plus grand nombre de questions plus précises n'aurait sans

doute pas entraîné une diminution de la qualité et de la fiabilité des réponses et aurait permis d'affiner l'analyse du phénomène, plus particulièrement en ce qui concerne l'environnement « social » de la femme qui sollicite une I.V.G.

• Les mineures célibataires.

La loi a prévu que, pour les mineures célibataires, le consentement de l'une ou l'autre des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal, est requis pour que l'intervention puisse être pratiquée.

Les mineures mariées n'ont pas été exclues par une mesure particulière de ce régime d'autorisation, mais tout simplement parce qu'elles ont été automatiquement émancipées par le mariage pour lequel, il convient de le rappeler, les parents ont été appelés à donner leur consentement. Par ailleurs, cette disposition est dans la logique de l'ensemble des règles concernant l'hospitalisation et les actes opératoires sur la personne de mineurs, règles qui sont précisées par les articles 27, 28 et 29 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974.

Il faut ici lever une ambiguïté qui semble s'être répandue dans l'opinion : ce n'est pas le recours à l'anesthésie qui exige que l'on recueille l'autorisation des personnes investies de l'autorité parentale, mais le fait qu'il y ait opération. Ce n'est que « si la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises que le médecin-chef de service peut provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent ».

L'application de cette disposition qui exige l'autorisation des parents est, dans certains cas — dont il faut d'ailleurs se garder d'exagérer le nombre (1) —, à l'origine de difficultés d'autant plus graves qu'elles surviennent naturellement dans les familles où les relations parents-enfants sont mauvaises. En outre, ces mineures s'aperçoivent souvent avec retard qu'elles sont enceintes, ce qui risque alors de poser des problèmes de délai.

Au cours des auditions du groupe de travail, les praticiens de la consultation sociale prévue par la loi et du conseil familial en général, nous ont précisé ces difficultés. Elles peuvent revêtir un caractère dramatique dans des familles où le père exerce une très grande autorité, notamment chez certains immigrés d'origine méditerranéenne. Le plus souvent, c'est bien davantage la révélation de la grossesse, donc de rapports sexuels, que la demande d'avortement qui fait problème.

(1) Une enquête réalisée par l'Ecole nationale de la santé publique de Rennes, sur 20.000 I.V.G., montre que, pour les mineures, dans 90 % des cas, l'autorisation des parents est obtenue sans difficulté.

Un autre aspect des difficultés qui peuvent trouver leur origine dans cette disposition est la pression qu'exercent certains parents pour inciter leur fille à l'I.V.G., alors que celle-ci y est opposée. Cette situation s'est révélée plus fréquente qu'on n'aurait pu le croire, d'après des témoignages nombreux et diversifiés. Ces faits obligent à rappeler que si la loi prévoit le consentement des parents pour pratiquer l'I.V.G., elle ne leur donne aucun pouvoir pour l'imposer à leur enfant.

Pour certains cas très difficiles, notamment lorsqu'on ne peut joindre les parents, ou si la mineure peut être menacée dans sa vie, le médecin ou l'administration ont eu recours à la mise en tutelle provisoire auprès du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale par le juge des enfants, afin de permettre l'intervention. Cette procédure, apparemment complexe mais accomplie dans de brefs délais, s'est révélée précieuse pour ces cas. Elle est, bien sûr, subordonnée à l'opinion de deux fonctionnaires qui peuvent difficilement faire abstraction de toutes considérations personnelles dans ce domaine.

L'exigence d'une autorisation des parents pour pratiquer l'I.V.G. est indiscutablement, pour un petit nombre de cas, à l'origine de difficultés réelles, mais *cela ne saurait justifier la suppression de cette disposition* car une telle atteinte à l'autorité des parents serait très mal perçue par une large majorité d'entre eux. Cette suppression risquerait, en outre, d'entraîner l'altération des relations au sein de familles qui ne connaissent pas actuellement de difficultés.

• Les étrangères non résidentes.

Lors de l'examen du projet qui est devenu la loi du 17 janvier 1975, la majorité des pays limitrophes de la France n'avaient pas procédé à la légalisation de l'avortement. Aussi craignait-on que le changement de législation soit à l'origine d'un flux de « voyages abortifs » semblable à ceux que faisaient des Françaises en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas au début des années 70. Un tel phénomène aurait, en outre, eu pour effet de perturber gravement le fonctionnement des établissements et de mettre en cause les possibilités pour les Françaises et les étrangères résidentes de recourir à l'I.V.G. Enfin, on risquait de voir s'établir des circuits commerciaux exploitant les possibilités qu'une absence de disposition restrictive leur aurait offertes.

Ces considérations ont amené le législateur à prévoir ces restrictions qui, fixées par décret, ont exclu, pour les femmes ne disposant pas d'un titre de séjour en France, la possibilité d'avorter.

Ces dispositions semblent avoir été efficaces, des réserves devant toutefois être faites pour les régions proches de la frontière espagnole

où certaines affaires tragiques ont révélé que des établissements privés recevaient régulièrement des ressortissantes espagnoles.

La légalisation de l'avortement en République fédérale d'Allemagne, au Luxembourg et en Italie, a ôté beaucoup d'intérêt à ces restrictions. En Belgique, une législation très répressive, mais pratiquement pas appliquée, subsiste, de même qu'en Suisse. Il n'y a guère que l'Espagne où l'avortement reste effectivement interdit.

Par ailleurs, cette limitation à l'encontre des étrangères non résidentes a été à l'origine de difficultés pour des réfugiées politiques (Libanaises notamment). On peut estimer qu'en raison du nombre de réfugiés accueillis en France, ces cas ne sont pas exceptionnels. Or il s'agit là de femmes qui, le plus souvent, connaissent une détresse très vive. *Pour ces raisons nous proposerons de supprimer cette limitation.*

• L'avortement thérapeutique.

Seule forme d'avortement autorisé avant 1975, l'avortement thérapeutique a vu son régime sensiblement modifié par la loi du 17 janvier 1975. Les indications qui permettent cette intervention ont été élargies. La référence à « la vie de la mère gravement menacée » a été remplacée par « le péril grave que ferait courir à la santé de la femme la poursuite de la grossesse » ; en outre, et c'est le point le plus important, au plan des principes, l'I.V.G. pour motif thérapeutique est maintenant réalisable « s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic (1) ».

La procédure a également été modifiée ; l'avis de deux médecins, l'un hospitalier, l'autre expert auprès des tribunaux, est requis.

Aucune limite dans le temps n'est fixée pour la réalisation de cette intervention qui, étant un acte thérapeutique, est naturellement remboursée par la Sécurité sociale.

Les informations statistiques dont on dispose sur ce point sont très limitées. Il semblerait que, rebutées par une procédure qui leur paraît complexe, certaines femmes qui pourraient légalement subir un avortement thérapeutique préfèrent avoir recours, lorsqu'elles n'ont pas dépassé le délai de dix semaines, à la procédure de l'I.V.G. « ordinaire », et ce malgré le remboursement de l'acte auquel elles auraient droit dans le cadre de la première procédure. La validité du remplissage du bulletin statistique est peut-être à mettre en cause sur ce point.

(1) Il s'agissait là — novation importante dans notre droit — d'une possibilité d'avortement pour raison « eugénique », raison qu'il convient bien sûr de n'accepter qu'avec prudence et circonspection, compte tenu de la réapparition de thèses philosophiques inquiétantes reprises en particulier par certains tenants de la « nouvelle droite ».

• Le coût de l'I.V.G.

Parmi les exigences formulées en 1974 par les partisans les plus déterminés de la libéralisation de l'avortement, figurait celle de la gratuité de l'acte ou à tout le moins son remboursement par la Sécurité sociale. On montrera plus loin (cf. *infra* « Les revendications en présence ») que, si dans l'esprit du public les deux formules sont souvent confondues, elles procèdent néanmoins de conceptions différentes et n'ont pas les mêmes conséquences. La revendication de la gratuité pour la femme reste toujours d'actualité pour ce secteur de l'opinion puisque le législateur de 1974 ne l'a pas satisfaite. Rappelons ici le régime financier de l'I.V.G. pratiquée pendant les dix premières semaines de la grossesse (celui de l'I.V.G. pour motif thérapeutique ayant déjà été précisé). L'intervention n'est pas remboursée par la Sécurité sociale ; elle n'est donc pas inscrite à la nomenclature. Afin d'éviter que l'acte ne puisse, de ce fait, connaître de fortes variations de tarif suivant les types d'établissements ou les régions, le législateur a prévu (art. 8 de la loi) la fixation d'un maximum dans le cadre de l'ordonnance du 30 juin 1945 relative au prix. Le tarif arrêté en 1975 a été réévalué en 1977 ; il a été fixé à cette époque, pour les honoraires des praticiens à :

— 180 F pour le médecin pratiquant l'I.V.G. ;

— 106 F pour l'anesthésiste-réanimateur en cas d'anesthésie générale.

Et pour les frais d'hospitalisation d'une manière forfaitaire, à :

— 265 F (hors T.V.A.) pour une durée d'hospitalisation inférieure à douze heures ;

— 375 F (hors T.V.A.) pour une durée d'hospitalisation comprise entre douze et vingt-quatre heures ;

— 110 F (hors T.V.A.) pour vingt-quatre heures supplémentaires d'hospitalisation.

Le niveau auquel les tarifs ont été fixés apparaît suffisamment élevé par rapport aux éléments du prix de revient pour que celui-ci soit largement couvert. Les établissements ne peuvent donc être tentés de limiter le nombre d'I.V.G. pour des raisons financières.

Considérant que le coût de l'I.V.G., malgré la modération de ces montants, ne devrait pas constituer un obstacle risquant de limiter le recours à cette intervention pour les femmes financièrement démunies, le législateur a prévu que ces frais pourraient être pris en charge par l'aide médicale gratuite (art. 9 de la loi). Compte tenu des exigences de rapidité qu'implique l'existence du délai de dix semaines, et de discrétion à l'égard de cet acte, une procédure déro-

gatoire a été instituée par les textes d'application (décrets n° 75-352 et n° 75-355 du 13 mai 1975, circulaire n° 27 A.S. du 30 mai 1975).

Ainsi, l'admission à l'aide sociale est prononcée directement par le préfet et non par la commission d'admission ; en cas de recours contre la décision du préfet, c'est la commission départementale qui est compétente.

Comment s'applique effectivement sur le terrain l'ensemble de ces règles concernant le coût de l'I.V.G. ?

Là encore, une distinction essentielle doit être faite entre les I.V.G. légales et celles pratiquées dans la clandestinité.

Pour les premières, lorsqu'elles sont pratiquées dans le secteur hospitalier public, le respect du maximum imposé par la tarification ne pose pas de problème. Toutefois, les grandes variations que l'on enregistre au niveau du choix des techniques, de l'ampleur du recours à l'anesthésie et de la durée de l'éventuelle hospitalisation entraînent de fortes variations du coût pour la femme d'un hôpital à l'autre.

Dans le secteur hospitalier privé, il semble plus difficile d'apprécier dans quelle mesure les tarifs sont respectés ; mais il y a tout lieu de penser qu'ils le sont effectivement pour les I.V.G. légales (environ 50.000 par an). Par contre, pour les I.V.G. pratiquées dans la clandestinité, il n'y a guère de doute sur l'ouverture de l'éventail des prix pratiqués, pour s'exprimer par un euphémisme.

Un type particulier de tarification pour les avortements clandestins doit être distingué des autres : c'est celui de la cotation frauduleuse sous la rubrique K 30 (1) de la nomenclature de la Sécurité sociale. Cette pratique permet, contrairement à la loi, d'obtenir le remboursement de l'I.V.G. par la Sécurité sociale. Il semblerait qu'elle soit assez répandue et pas seulement dans le secteur privé.

Malgré la notoriété publique de cette pratique, les caisses de sécurité sociale et le Ministère n'ont pas cru bon d'engager des contrôles sur les actes cotés K 30 ; c'est regrettable, car compte tenu du nombre limité d'interventions inscrites à ce niveau dans la nomenclature, des contrôles pourraient être efficaces.

Pour les autres avortements clandestins, les témoignages de ceux qui, sur le terrain, participent à un titre ou à un autre à l'application de la loi, convergent : les tarifs varient depuis 600 F jusqu'à 2.000 F l'acte en moyenne, des prix plus élevés pouvant encore être enregistrés. Bien entendu, on ne prend pas ici en considération des actes qui confinent à ou procèdent réellement de l'infanticide, pour lesquels, on l'a vu récemment, on évoque des sommes de 20.000 F.

(1) Cotation du curetage par avortement spontané.

Il est évidemment impossible, dans ce domaine, d'établir une carte ou une typologie des facturations suivant les actes et leur localisation. Néanmoins, il apparaît que le prix est d'autant plus élevé que les motifs d'illégalité sont plus nombreux ou plus graves.

L'absence d'entretien, de respect du délai de réflexion et surtout du délai de dix semaines, se cumulent souvent. Cette clandestinité de l'acte s'accompagne de pratiques qui visent à éviter toute trace de l'intervention pour ne pas donner prise à la répression et à permettre du même coup la non-déclaration fiscale des sommes acquittées par les femmes : refus de paiement par chèque, exigence d'un acompte en argent liquide avant l'intervention, etc.

La persistance relative de l'exploitation mercantile de l'avortement clandestin est donc une réalité. Indépendamment des violations de la loi qui ne sont possibles que dans la clandestinité, les abus de tarifs pratiqués par le secteur privé, sont évidemment dus en partie à l'insuffisance des possibilités d'accueil du secteur public, mais aussi à une sous-information des femmes sur le tarif officiel.

L'application des dispositions permettant le recours à l'aide médicale gratuite s'est réalisée progressivement. Les débuts de cette procédure spécifique à l'I.V.G. ont parfois été difficiles et tous les obstacles n'ont pas été levés malgré les consignes ministérielles que contenait la circulaire du 30 mai 1975. Les importantes disparités régionales relevées jusqu'à cette année ne peuvent s'expliquer par les différences de niveaux de ressources ; elles révèlent bien davantage le mauvais fonctionnement de la procédure dans certains départements. Par exemple, il arrive qu'on oblige les femmes à se déplacer jusqu'à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (D.D.A.S.S.) pour déposer leur demande, alors que les travailleurs sociaux peuvent établir et transmettre celle-ci eux-mêmes.

C'est pour remédier à ces insuffisances que le 26 juillet 1979 le ministre de la Santé a précisé certains points de la procédure d'instruction des demandes, rappelé les instructions déjà annoncées et insisté sur les possibilités de recours en cas de première décision négative et sur la nécessité d'éviter les déplacements.

Si 10 % environ des femmes subissant une I.V.G. demandent à bénéficier de l'A.M.G., 94 % d'entre elles voient leur dossier accepté. Il se confirme ainsi que, plus que le taux de refus, c'est la méconnaissance de la procédure qui est à mettre en cause.

La réalisation de l'I.V.G. peut impliquer, avant ou/et après l'intervention, des examens biologiques et des actes annexes pour lesquels le problème de la charge financière peut alors se poser, l'I.V.G. elle-même n'étant pas remboursable par la Sécurité sociale. En fait, dans la très grande majorité des cas (pour les I.V.G. légales, bien entendu), le médecin facture séparément une visite à

laquelle sont rattachées les prescriptions de ces divers actes ; cela peut se révéler moins aisé lorsqu'il s'agit d'examens et de traitements postérieurs à l'I.V.G. auxquels on a procédé (1) chez une femme à facteur rhésus négatif qui pourrait voir ses possibilités de maternités futures compromises. Cette difficulté peut toutefois être surmontée dans les mêmes conditions que pour les examens préalables (facturation par consultation séparée) ; cela est d'autant moins discutable au plan des principes qu'il s'agit là d'actes visant à protéger les maternités éventuelles.

La Sécurité sociale ne conteste pas la validité de ces facturations et les différents organismes d'assurance maladie ont été avertis de la nécessité du remboursement de ces différents actes. Seule en fait, une certaine timidité des médecins, d'ailleurs très naturelle, peut encore être à l'origine de difficultés ponctuelles dans ce domaine.

Après avoir analysé la mise en œuvre du dispositif détaillé institué par la loi du 17 janvier 1975, ainsi que les différentes questions que soulève son application, c'est ce qu'on peut appeler « l'environnement » de la loi qu'il convient maintenant de préciser.

(1) Dosage d'anticorps et traitement par gamma-globulines.

II. — L'ENVIRONNEMENT DE L'I.V.G.

Le caractère singulier que le législateur a voulu donner à l'interruption volontaire de grossesse doit rester présent à l'esprit pour mieux situer cet acte dans ce que l'on peut appeler son environnement. Ce que le législateur a voulu édicter est en effet une loi de tolérance en vue de résoudre des cas qui sont qualifiés de détresse et dont la femme reste seule juge. La persistance d'un nombre important d'avortements clandestins avant 1975 explique que le législateur se soit résolu, non sans difficulté, à « canaliser l'inévitable ». Le Gouvernement et les parlementaires en sont d'accord : l'avortement, même légalisé, reste un échec.

Tout en mettant en place pour la femme les moyens d'apprécier la portée de son choix, la loi n'a pas institué de mécanisme de discussion. Son objectif essentiel est la prévention de l'avortement.

Les médecins soulignent que, indépendamment des convictions de chacun, l'I.V.G. les place dans une position spécifique à l'égard de la patiente. Ce n'est plus le médecin qui prescrit ; il est en quelque sorte un prestataire de services pour la réalisation d'un acte non thérapeutique. Le seul choix qu'il exerce est celui des techniques.

Comment se compose cet environnement qui permet de mieux apprécier l'importance de l'I.V.G. ? On distinguera :

- l'information contraceptive et la contraception ;
- l'information concernant l'I.V.G. ;
- les structures de soins ;
- l'action en faveur de la famille.

1. L'INFORMATION CONTRACEPTIVE ET LA CONTRACEPTION

Si la loi autorisant la distribution des produits contraceptifs de type nouveau (pilule anticonceptionnelle et stérilet) remonte à 1967, ce texte, couramment désigné sous le nom de « loi Neuwirth » n'a pas été appliqué avec vigueur, beaucoup s'en faut, pendant plusieurs années bien qu'il comportât des dispositions restrictives sur certains points (absence de remboursement par la Sécurité sociale, exigence pour les mineures de l'autorisation parentale, procédure spécifique de délivrance, interdiction faite aux centres de planification ou d'éducation familiale de délivrer des contraceptifs, interdiction de la publicité de ces produits). Ce sont précisément ces limitations qui, pour la plupart, ont été supprimées lorsque cette loi a été modifiée par celle du 4 décembre 1974 (n° 74-126) dont notre collègue Neuwirth fut le Rapporteur à l'Assemblée nationale.

L'impulsion donnée de ce fait à ces méthodes de contraception a permis d'en améliorer très sensiblement la connaissance et la diffusion dans la population.

Les articles 13 et 14 de la loi du 17 janvier 1975 disposent, par ailleurs, que le Gouvernement doit développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, en insistant sur la nécessité d'accroître le nombre de centres de planification ou d'éducation familiale.

Ainsi le soutien apporté par l'Etat à ces centres a été à l'origine d'une augmentation de leur nombre et de leur rythme d'activité. A la fin de l'année 1974 on en comptait 237 dont 155 avaient passé avec l'Etat une convention leur permettant de recevoir une subvention au prorata du temps de consultation assuré. En 1978 leur nombre total s'élève à 430 environ (dont 50 pour les départements d'outre-mer) et il dépasse maintenant 450, la proportion de ceux qui ont passé convention ayant peu varié. Près de la moitié (46 %) de ces centres sont gérés par des établissements hospitaliers publics ou privés, le reste se partageant entre les services départementaux des P.M.I. (20 % environ), les associations privées (18 %) et les collectivités publiques. A cette action il convient d'ajouter celle des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial qui, au cours des consultations qu'ils assurent, peuvent avoir à traiter des problèmes de contraception.

Le ministère de la Santé a d'ailleurs fortement développé, au cours des dernières années, son activité dans ce domaine, ce qui a

exigé un accroissement important des moyens. Il faut noter à ce sujet la création en 1975 du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale avec ses différentes commissions, celle du C.I.R.M. (Centre d'information sur la régulation des naissances, la maternité et la vie sexuelle) et différentes actions ponctuelles dans le domaine de la recherche, de l'information, et dans celui de la formation des travailleurs sociaux à ces problèmes.

Suivant une remarque fréquente et assez justifiée, la contraception ne s'est véritablement développée en France qu'au moment même où l'avortement était légalisé. Nous n'avons pas à rechercher ici les causes de ce phénomène, mais il semblerait que les résistances sourdes à la contraception n'aient pu être atténuées que du jour où celle-ci est apparue comme un moindre mal par rapport à l'I.V.G.

Aujourd'hui dans le corps médical, plus qu'une opposition résolue à la contraception qui ne peut être le fait que d'un nombre très limité de médecins, ce qui frappe c'est une méconnaissance assez répandue de la contraception. Il apparaît indiscutablement qu'une proportion très élevée de demandes d'I.V.G. (40 % a-t-on avancé à plusieurs reprises) est liée à une interruption de contraception orale sans qu'une méthode de remplacement ait été mise en œuvre. Cette interruption a, certes, pour origine des initiatives malheureuses de femmes qui ont agi sur un « oui-dire » ou à la lecture d'un article de presse ; en outre, il n'est pas douteux que, malgré la simplicité du procédé, certaines ne puissent éviter quelquefois des oublis.

Mais dans une majorité de cas (les trois-quarts semble-t-il), ce sont les prescriptions du médecin qui sont directement en cause. Le mythe de la « fenêtre thérapeutique systématique » c'est-à-dire l'interruption pour un temps déterminé de la prise de pilule, afin, dit-on, de « relancer l'ovulation » est ici très largement responsable. Formulée il y a plus d'une dizaine d'années, au moment de l'apparition des contraceptifs oraux dans le grand public en France, cette théorie n'a pas de fondement scientifique sérieux dans la mesure où elle est systématique et ne repose pas sur l'analyse du cas individuel. L'information médicale récente a fait justice de ce mythe qui est encore trop répandu chez de nombreux généralistes ceux-ci auraient dû en tout état de cause lorsqu'ils donnaient un tel conseil, orienter vers des méthodes contraceptives de remplacement, ce dont ils semblent s'être abstenus dans de nombreux cas.

Ce phénomène constitue une illustration saisissante de l'insuffisance de la formation des médecins dans ce domaine. Aujourd'hui, fin 1979, la contraception n'est encore dans de nombreuses U.E.R. qu'une matière à option et seuls ceux qui préparent l'internat devront obligatoirement la connaître. En ce qui concerne plus particulièrement la pilule et la méconnaissance de ses effets, qui est à l'origine des erreurs de prescription que l'on vient d'analyser, il ne s'agit peut-être

là que d'un cas particulier de l'insuffisance de la formation médicale dans le domaine thérapeutique et plus particulièrement en pharmacologie.

L'état d'esprit des femmes et des couples vis-à-vis de la contraception a évolué assez vite au cours de la décennie qui vient de s'écouler, même si on estime à juste titre que des efforts substantiels restent encore à faire. La meilleure preuve de cette évolution est, ainsi qu'on le verra, fournie par la courbe démographique : la baisse de la natalité, accentuée depuis le milieu des années 70, s'explique en grande partie de cette façon.

Une évolution nouvelle semble se dessiner depuis peu qui se traduirait par une désaffection, limitée certes, à l'égard de la contraception orale. La vogue des conceptions « écologiques », la répugnance à l'égard du recours aux « produits chimiques » en seraient à l'origine. Ce mouvement est d'ailleurs constaté également dans d'autres pays de niveau socio-économique comparable. Toutefois, il y a lieu de préciser que dans ces derniers cas, on a enregistré partiellement un transfert vers d'autres méthodes contraceptives féminines et masculines.

2. L'INFORMATION SUR L'I.V.G.

Tout en autorisant l'I.V.G., le législateur n'entendait naturellement pas permettre la promotion de ce « dernier recours ». A cette fin, il a interdit toute publicité en faveur de l'I.V.G., des produits qui la favorisent et des établissements qui la réalisent.

Si ces dispositions n'ont pas posé de problème d'application, par contre, elles semblent avoir limité l'information des femmes souhaitant subir une I.V.G. En effet, de peur de tomber sous l'accusation de propagande en faveur de l'avortement, les différents intervenants dans la procédure sont le plus souvent d'une discrétion que l'on peut qualifier d'exagérée dans la diffusion des adresses des centres d'I.V.G. ou des établissements hospitaliers qui les pratiquent. Une certaine insuffisance de la diffusion du dossier-guide, variable d'une région à l'autre, a accentué ce défaut d'information des femmes. Par ailleurs, certains médecins résolument hostiles à l'avortement ont refusé, quelquefois en grand nombre dans la période qui a suivi la mise en vigueur de la loi, de donner aux femmes qui venaient les consulter le dossier-guide ou, à tout le moins, l'adresse d'un confrère acceptant de pratiquer l'I.V.G.

Dans ces conditions, il n'est pas très surprenant que des femmes n'aient pu obtenir une I.V.G. qu'après trois ou quatre consultations médicales, risquant ainsi d'arriver à la limite du délai de dix semaines,

si elles ne réagissaient pas immédiatement après le refus ou la réponse évasive qui leur était opposés. Ces errements peuvent encore se produire dans quelques régions ; les actions entreprises de différents côtés (Ministère, établissements hospitaliers, associations...) et une certaine évolution des esprits semblent les avoir fait diminuer.

Plus généralement, les femmes semblent connaître beaucoup mieux la procédure depuis les deux dernières années. Le fait qu'elles formulent leur demande dans des délais beaucoup plus courts (moins de quatre semaines quelquefois) le montre bien. Aussi la grande inquiétude que manifestaient la majorité d'entre elles au début lorsqu'elles engageaient la procédure s'est-elle sensiblement atténuée.

3. L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER ET MÉDICAL

Si la réponse à la demande d'avortement dépend naturellement de l'état d'esprit, de la connaissance des procédures, de l'action des pouvoirs publics pour promouvoir l'application des différentes dispositions, elle est aussi conditionnée par les structures hospitalières et ceux qui les animent : les médecins.

L'interprétation extensive, et selon nous, abusive de la clause de conscience dans les services hospitaliers est à l'origine des difficultés déjà évoquées ; l'insuffisance des hôpitaux publics face à la demande s'explique en grande partie par cette raison.

Cette insuffisance des établissements publics n'est pas comblée dans tous les cas par le recours au secteur privé, tout au moins légalement, car deux éléments importants interviennent ici qui ne doivent pas être sous-estimés. D'une part, certains établissements privés refusent eux aussi pour des raisons de principe de pratiquer des I.V.G. ; d'autre part, ceux qui en réalisent se voient limités par le quota de 25 % ; en outre, on l'a déjà noté, une part importante d'entre eux ne tient nullement à se spécialiser dans cette activité ; mais cette tendance est souvent occultée aux yeux du public par le phénomène inverse, minoritaire mais plus voyant, des cliniques qui se sont réorientées vers l'I.V.G.

Mais la « clause de conscience » n'explique pas à elle seule les insuffisances des structures d'accueil. D'autres facteurs jouent et pas exclusivement dans le secteur public ; ils doivent être examinés. Ils sont d'ordre psychologique et technique.

Psychologiquement, et l'on fait abstraction ici de toute considération philosophique ou religieuse, dont les effets ont déjà été

appréciés, l'I.V.G. est un acte peu motivant. Les médecins trouvent généralement peu d'intérêt professionnel à cette intervention.

Pour les gynécologues-obstétriciens, cette sensation est beaucoup plus forte encore que pour les autres praticiens. Toute leur formation, toutes leurs activités sont destinées à faciliter la grossesse avec notamment la lutte contre les différents types de stérilité, à protéger cette grossesse et à réaliser l'accouchement dans les meilleures conditions possibles. L'I.V.G. s'inscrit totalement à l'encontre de cette orientation ; en outre, si elle est répétée ou exigée par la femme alors qu'elle comporte des dangers particuliers, le gynécologue devra prendre des risques qu'il ne cesse de dénoncer dans l'exercice de ses fonctions habituelles. Ainsi que le disait, en une formule imagée, le professeur J.-H. Soutoul devant le groupe de travail : « Cela revient à demander à un horloger de casser l'après-midi ses montres du matin avec un marteau ».

Le caractère peu motivant pour le médecin de l'I.V.G. rend d'autant plus désagréable la répétition de l'acte. Au moment du vote de la loi, et encore maintenant pour certains, l'idée de la création non pas d'un corps, mais de formations de médecins spécialisés dans l'I.V.G., avait paru souhaitable. Indépendamment de la répugnance philosophique ou psychologique que peut inspirer une telle proposition, et des problèmes déontologiques qu'elle pose, il faut bien comprendre qu'elle est à peu près irréalisable, car on imagine mal que des médecins puissent supporter à long terme cette spécialisation. L'expérience le montre bien. De nombreux médecins, membres de mouvements favorables à la libéralisation la plus large de l'avortement, ont pratiqué cet acte avant même la loi de 1975 et tout particulièrement au moment de sa mise en œuvre, dans un esprit militant, répondant ainsi à une demande pressante et indiscutable. La plupart d'entre eux ont souhaité, après un ou deux ans, limiter leur activité dans ce domaine et être remplacés par d'autres médecins qu'ils se proposaient d'ailleurs de former à ce type d'intervention. On observera d'ailleurs une rotation à un rythme assez rapide des médecins exerçant dans des centres d'I.V.G., même si les plus anciens continuent souvent à en pratiquer mais plus rarement.

Compte tenu de toutes ces considérations, le médecin peut être tenté de juger, en tout cas de recherche, le motif de la demande d'I.V.G. Dans certains cas, le trouvant injustifié, il risque de refuser de donner suite à la demande. S'il se résigne, il finira par cesser de pratiquer couramment des I.V.G., n'acceptant plus de le faire que pour des cas exceptionnels qui lui paraîtront dramatiques.

Ces réactions dont l'ampleur n'est pas discutable expliquent que dans certaines régions on ait du mal à trouver des praticiens acceptant de faire des I.V.G. Elles montrent aussi comment progressivement le médecin risque de devenir le juge de la détresse invoquée par la femme.

Des facteurs d'ordre technique interviennent également pour limiter les moyens que les structures sanitaires peuvent réserver à l'I.V.G. Depuis une dizaine d'années sont apparues en gynécologie des techniques nouvelles qui sont d'ailleurs en grande partie l'effet des progrès considérables enregistrés en périnatalogie : l'échographie, le monitoring, l'amniocentèse, la microchirurgie, etc. Si les moyens financiers ont naturellement évolué en conséquence, il n'en a pas toujours été de même pour les personnels qui, de toute façon, consacrent l'essentiel de leur temps à la maternité qui est l'axe de leur activité. Il semble donc exclu que les grands services de gynécologie obstétrique pratiquent une proportion d'I.V.G. plus élevée qu'actuellement. En outre, les mesures récentes visant à maîtriser la croissance des dépenses hospitalières ne les inciteront pas à le faire, bien au contraire, notamment lorsqu'une maternité a un taux d'occupation de 100 %.

Enfin, et c'est une attitude que l'on trouve à des degrés divers dans la plupart des services hospitaliers, même ceux qui ne sont pas spécialisés, les médecins redoutent d'être « envahis » par l'I.V.G. s'ils acceptent d'augmenter le nombre de lits qu'ils leur réservent. Ils craignent qu'un mécanisme cumulatif puisse s'amorcer de cette façon, risquant de désorganiser leur service.

Ces différentes réalités ont induit des pratiques marginales par rapport à la loi et parfois même contraires à plusieurs textes législatifs.

Ainsi (c'est sans doute le cas extrême) nous a-t-on signalé que dans un établissement on n'acceptait de réaliser l'I.V.G. que si la femme donnait son accord pour être en même temps stérilisée par ligature des trompes. Ces pratiques consistent essentiellement en limitations que les médecins imposent eux-mêmes aux femmes demandant une I.V.G. soit pour des raisons médicales, soit pour des raisons morales, le motif donné ne leur paraissant pas justifier une I.V.G. Le plus souvent les médecins s'appuient sur l'impossibilité de faire face à toutes les demandes pour mettre en place un système de sélection dont les règles sont évidemment très variables d'un hôpital à l'autre. Ici, on refuse systématiquement les « récidivistes » ; là, on les accepte mais à condition que l'I.V.G. précédente remonte à plus d'un an ; ailleurs on apprécie la validité du motif, la situation sociale, le nombre d'enfants, la situation matrimoniale, l'âge, etc. Le médecin juge seul ou une commission officieuse est chargée de la sélection. Enfin, et c'est évidemment une attitude explicable lorsque le déséquilibre entre la demande et les possibilités est trop fort, on institue dans les régions les plus démunies une « sectorisation » : seules les femmes habitant la région voient leur demande acceptée.

Outre la possibilité de satisfaire les demande d'I.V.G., l'environnement hospitalier et médical influe davantage encore sur les techniques utilisées.

Le choix de la femme est de toute façon limité par les indications médicales que formule le médecin en fonction des différents paramètres : âge de la grossesse, antécédents gynécologiques de la femme, morphologie, état général, etc. Cela est d'ailleurs normal. Par contre, il est souhaitable que la femme puisse choisir, si elle se trouve dans des conditions telles que le médecin peut lui proposer plus d'une formule (avec ou sans anesthésie, etc.). Dans les faits, ce choix n'est pas toujours possible car la femme qui a engagé une procédure dans une filière (centre d'I.V.G., service de chirurgie) risque d'avoir quelques difficultés à en changer pour des raisons pratiques. Or, chaque service ou centre peut avoir une technique préférentielle en fonction de l'équipement ou des personnels dont il dispose. Le choix est donc induit le plus souvent par les structures hospitalières où est pratiquée l'I.V.G., étant entendu que des médecins n'hésitent pas à opérer un changement de filière s'il existe des contre-indications à l'utilisation d'une technique donnée.

Analysant la réponse à la demande d'I.V.G. dans le cadre des structures hospitalières, deux éléments semblent toutefois susceptibles d'exercer une influence inverse de celle des phénomènes qui viennent d'être analysés. Il existe actuellement dans certaines régions une capacité hospitalière excédentaire. Elle est certes très inégalement répartie, tant sur le plan géographique que sur celui des disciplines. Il convient ici de mettre les choses au point ; une bonne partie des lits excédentaires ne peut vraisemblablement être reconvertie pour réaliser des I.V.G. On ne peut, par exemple, envisager une telle reconversion pour des hôpitaux psychiatriques. En outre, il faut que ces lits éventuellement disponibles soient situés dans une région où la demande n'est pas satisfaite. Néanmoins on peut envisager qu'une proportion limitée de ces lits puisse être utilisée pour augmenter la capacité de réponse des structures hospitalières publiques à la demande.

Au plan des personnels, l'accroissement considérable du nombre de médecins dans les années à venir apparaît comme un facteur susceptible de faire disparaître le goulot d'étranglement du nombre de praticiens acceptant de pratiquer des I.V.G. Qu'on nous comprenne bien : il ne s'agit nullement de spécialiser de jeunes médecins inemployés à cette tâche ; on ne peut d'ailleurs qu'être inquiet lorsqu'on voit des jeunes médecins accepter de consacrer l'essentiel de leur activité, certes limitée dans son ensemble, à l'I.V.G. pour des raisons « alimentaires ». Il s'agit, par contre, de considérer que le nombre de médecins étant plus élevé, et celui des I.V.G. n'augmentant pas (et diminuant si possible), les interventions que chacun aura à réaliser seront moins nombreuses et de ce fait les phénomènes de rejet, psychologique notamment, auront tendance à régresser.

4. L'ACTION EN FAVEUR DE LA FAMILLE

Lors de l'examen du projet de loi sur l'interruption volontaire de grossesse, à l'automne 1974, la nécessité d'une politique favorisant le développement et le renforcement de la cellule familiale avait été soulignée par la grande majorité des intervenants, au-delà des clivages partisans. Une telle politique doit, dans l'esprit de beaucoup, diminuer le recours à l'avortement en rendant plus désirable et plus facile la venue d'un nouvel enfant. Cette position est fondée dans la mesure où une proportion importante de demandes d'I.V.G. sont entraînées par des causes purement financières ou économiques au sens large (logement mal adapté, etc.).

C'est dans cette perspective que les gouvernements ont pris, depuis 1974, de nombreuses et importantes mesures, pour aider toutes les familles en insistant particulièrement en faveur des plus démunies. Cette action a été réalisée par une adaptation croissante des prestations familiales à la situation des familles et par une sélectivité en fonction de leurs ressources.

Ceux qui s'attendaient à des mesures spectaculaires, globales, bouleversant le système des prestations, ont été quelque peu déçus. Mais plus que la présentation, c'est le contenu des actions et leur efficacité qui importent. Or, une brève analyse en montre l'importance.

• Pour la *compensation des charges familiales*, outre que la revalorisation de la base mensuelle des prestations familiales a toujours été supérieure à la hausse des prix, une nouvelle prestation a été créée en 1976 : l'allocation de parent isolé, servie tant qu'une telle personne a la charge d'un enfant de moins de trois ans. Le caractère « différentiel » (1) de cette prestation en fait l'originalité et l'importance.

Par ailleurs, la création du *complément familial* en 1977 a permis de regrouper cinq prestations qui étaient servies sans conditions de ressources. Il constitue une aide appréciable pour les familles ayant un enfant en bas âge et pour celles ayant plus de deux enfants qui, depuis le 1^{er} juillet 1979, reçoivent au moins 1.000 F de prestations familiales. 80 % des familles en bénéficient, compte tenu du niveau auquel le plafond a été arrêté.

(1) Le montant représente la différence entre un revenu minimum garanti et la somme des ressources dont dispose le bénéficiaire.

Des mesures ont également été prises pour majorer les allocations postnatales et les prestations de services en cas de naissances multiples.

Enfin, une nouvelle mesure devrait prochainement être prise : l'institution d'un revenu familial garanti.

• En ce qui concerne la *protection sociale de la mère de famille*, un dispositif détaillé mais cohérent permet maintenant à la femme enceinte et à l'enfant de bénéficier, sans en supporter les frais, de tous les examens et soins que permettent les techniques les plus récentes (immunologie, etc.). Le congé postnatal a été allongé de deux semaines en 1978. Des mesures spécifiques ont été prises en faveur des femmes seules en chômage qui assument la charge d'un enfant au moins.

Certaines catégories de mères de famille sont affiliées obligatoirement à l'assurance vieillesse, la charge des cotisations reposant exclusivement sur les organismes débiteurs des prestations familiales. Le bénéfice de ces mesures devrait être étendu progressivement à toutes les mères de famille à qui est servi le complément familial.

• En ce qui concerne la *conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale*, on relève : le congé postnatal de deux ans en faveur des femmes fonctionnaires, la possibilité d'obtenir un travail à mi-temps pendant seize ans au maximum au cours de la carrière, pour élever un ou plusieurs enfants de moins de seize ans et le congé parental d'éducation pour le secteur privé. Un effort reste toutefois à faire dans ce domaine en explorant des formules nouvelles (horaires variables, par exemple).

Par ailleurs, la mise en œuvre du statut des assistantes maternelles commence à porter ses fruits : le pourcentage d'entre elles qui respectent l'obligation d'agrément a tendance à croître.

• La *prise en compte des exigences familiales* dans les différentes politiques sectorielles a été illustrée par la réforme importante qu'a constituée l'aide personnalisée au logement (A.P.L.). Sauf pour une réforme de ce type, la plupart des mesures à prendre ici relèvent d'actions ponctuelles, patientes, dont les effets ne sont ressentis le plus souvent qu'à moyen terme.

Pour conclure sur ce point, si l'ampleur des progrès accomplis n'est pas discutable, il importe néanmoins de développer certaines actions, sans pour autant croire que la meilleure politique familiale possible réglera les problèmes en réduisant l'avortement à peu de chose et en faisant remonter la courbe de la natalité. Au-delà des réalités financières et de la qualité de l'environnement matériel des familles, c'est l'esprit public qui seul peut déterminer une meilleure

orientation des hommes, faire que l'on soit plus accueillant à l'enfant avec toutes les contraintes qu'il représente et dont on peut alléger le poids mais non l'existence, que l'on ne soit pas prisonnier d'habitudes de consommation ou de vie qui n'ont rien de condamnable mais qui ne répondent pas à des besoins réels, que l'on n'exclue pas l'enfant « gêneur » comme certains gestionnaires de résidences de vacances s'en flattent.

Après cette évolution de l'environnement de l'I.V.G., il convient maintenant d'en apprécier les conséquences.

III. — LES CONSÉQUENCES DE LA LOI DE 1975

Les raisons qui ont amené le législateur de 1974 à adopter une loi à durée de validité déterminée, ce qui est exceptionnel dans notre pays, sont multiples et ont déjà été évoquées. Quelle que soit l'interprétation que l'on donne à cette décision suivant ses positions personnelles, il importe que l'on apprécie avec exactitude les conséquences de la loi, puisqu'il a été décidé que nous devrions à nouveau nous saisir du problème posé par l'I.V.G.

Or, cette analyse des résultats de la loi de 1975 se révèle particulièrement malaisée. Tout d'abord, les comparaisons avec la période antérieure sont limitées par le fait que la clandestinité était alors la règle et aussi parce que c'est encore dans ce cadre que sont réalisées **un nombre important d'I.V.G.** (un peu moins de la moitié) ; les divisions profondes qui existent dans le pays sur ce problème expliquent que les jugements personnels altèrent dans certains cas les conclusions que l'on peut tirer des phénomènes observables.

L'exigence d'anonymat, tout à fait légitime, est également un obstacle à la connaissance du problème : cela est sensible au niveau des statistiques d'I.V.G. proprement dites comme pour les renseignements que l'on souhaiterait recueillir sur le contenu de l'entretien social, et ces exemples ne sont pas limitatifs.

Il n'y a donc pas à s'étonner du caractère limité des conclusions que l'on peut tirer quant aux conséquences de la loi. On les présentera successivement au plan démographique, au plan social et au plan médical. C'est d'ailleurs sur ce dernier point que l'on dispose du plus grand nombre de données exactes.

1. LES CONSÉQUENCES DÉMOGRAPHIQUES

Le caractère clandestin de 45 % des avortements ne permet évidemment pas de se fier à la seule étude des éléments fournis par le bulletin statistique. Il oblige les démographes à procéder à des recoupements pour établir le nombre total vraisemblable d'avortements. Il est donc naturel de noter d'emblée que si les démographes parviennent, par des calculs élaborés, mais constamment confrontés à la réalité, à établir des *estimations* indiscutables, il ne peut s'agir de *chiffres* dont la précision soit incontestable. Il s'agit, en effet, d'ordre de grandeur, mais avec des « fourchettes » assez resserrées.

On considère généralement qu'il y avait annuellement en France, avant la loi, entre 250.000 et 300.000 avortements. Une recherche élaborée de l'I.N.E.D. donnait sur ce point le chiffre de 250.000 en 1966 ; il se confirme que certains chiffres avancés lors du débat de 1974 (500.000 et même davantage) n'avaient aucun rapport avec la réalité.

En 1976, on a compté 136.000 bulletins d'I.V.G. auxquels il faut ajouter, d'après les démographes, 114.000 avortements clandestins, soit 250.000 en tout. En 1977, 151.000 bulletins ont été remis et en 1978, 149.000 ce qui, pour cette dernière année, impliquerait donc un nombre total de 272.000 si toutefois il n'y a pas eu, entre-temps, une diminution du recours à la clandestinité (auquel cas, bien sûr, ce nombre devrait être diminué à due concurrence). Certaines personnalités ou associations entendues par le groupe de travail, ont fait état d'un nombre total nettement plus élevé (professeur Soutoul : entre 300.000 et 400.000 ; organisation syndicale des sages-femmes : 400.000) ; nous nous en tenons personnellement aux ordres de grandeur donnés par l'I.N.E.D. qui, d'ailleurs, ne contredisait pas l'hypothèse basse de l'estimation du professeur Soutoul. Il apparaît donc, globalement, que le nombre d'avortements n'a pas augmenté avec la loi de 1975, mais qu'il n'a pas diminué non plus. On peut s'en étonner dans la mesure où la contraception a fait depuis une décennie des progrès considérables, même s'ils sont encore insuffisants. En outre, le pourcentage de femmes en âge de procréer par rapport à l'ensemble de la population ayant sensiblement augmenté, on pourrait en conclure que le nombre moyen d'avortements par femme a diminué (17 % environ).

Il faut se garder, à l'encontre de ce que font la grande majorité des media, de considérer que la contraception est née avec les méthodes dites « modernes ».

L'analyse des démographes montre, en effet, que l'usage de ces méthodes a entraîné un effet de substitution : les méthodes ou les comportements traditionnels se sont révélés à certaines époques d'une efficacité au moins égale à celle des méthodes modernes si l'on compare les taux de fécondité ; ainsi, ce sont les femmes nées vers la fin du siècle dernier qui eurent le moins d'enfants en France, comme dans toute l'Europe occidentale ; les effets de la Guerre de 1914-1918 ne suffisent pas à expliquer ce phénomène qui s'est prolongé, en s'atténuant, jusqu'à la veille de la Deuxième Guerre mondiale. C'est d'ailleurs lui qui est à l'origine des dispositions prises ou projetées en 1939 (Code de la famille) pour inverser la tendance.

Cela étant précisé, il ne faut pas, à l'inverse, nier l'importance des contraceptifs modernes. Elle est surtout sensible chez les jeunes qui n'auraient pas eu recours dans une telle proportion aux méthodes traditionnelles. Ce qui apparaît le plus important dans la propagation de la contraception moderne, c'est « l'effet induit », c'est-à-dire l'effet du changement de la législation et des mœurs sur l'image de l'enfant et de la famille dans la société. Ce que ces méthodes ont surtout permis de nouveau, c'est de maîtriser le calendrier des naissances, et donc de les retarder. Dans cette perspective, la cohabitation juvénile se répand, l'âge du mariage recule et les enfants naissent plus tardivement qu'autrefois. Lorsque se pose le problème du troisième enfant, les couples sont plus hésitants, étant installés dans un confort auquel il est plus difficile de renoncer, et pris dans un réseau d'obligations.

Cette explication de la baisse notable de la fécondité depuis 1964, est corroborée par l'analyse de l'évolution du nombre d'enfants par famille : c'est la baisse des enfants de rang 3, 4 et 5 qui, par rapport aux naissances enregistrées au début des années cinquante, explique à elle seule ce fléchissement de la natalité, qui se retrouve dans les courbes démographiques de tous les pays d'Europe occidentale autour de l'année 1964, donc bien avant la législation de l'avortement.

L'exemple de ces pays montre que la légalisation de l'avortement, à défaut sa tolérance, n'en a pas augmenté sensiblement le nombre, à l'exception toutefois de la Suède où, il est vrai, l'état des esprits et les mœurs sont différents de ceux des Français.

Les pays d'Europe de l'Est offrent, par contre, une référence toute différente : il y a là corrélation étroite entre la démographie et le nombre d'avortements ; mais dans beaucoup d'entre eux, non seulement les méthodes modernes de contraception sont peu ou pas disponibles, mais encore l'avortement a été introduit il y a déjà longtemps, dans un contexte où les méthodes traditionnelles étaient elles-mêmes peu répandues. Ayant eu la possibilité de recueillir sur place les informations concernant trois de ces pays, nous en présentons un résumé (*cf.* encadré p. 56 et suivantes).

Exploitant les renseignements contenus dans les bulletins statistiques, les démographes ont établi des répartitions géographiques et socio-professionnelles du recours à l'avortement. En ce qui concerne la première, la carte obtenue comporte de telles disparités et de telles discontinuités qu'elle ne paraît pas correspondre à la réalité, ainsi que l'a précisé le directeur de l'I.N.E.D.

La répartition socio-professionnelle, pour être moins éloignée de la réalité probable, n'apporte pas davantage d'informations intéressantes.

Ces travaux montrent la limite de ce qui peut être réalisé dans un domaine où un peu plus de la moitié des événements sont recensés.

Il est vraisemblable, en ce qui concerne la répartition géographique, que celle des avortements clandestins est tout à fait différente de celle des I.V.G. qui ont donné lieu à l'émission d'un bulletin statistique, ce qui explique cette disparité. En outre, des renseignements inexacts sur leur adresse peuvent avoir été fournis par les femmes en vue d'obtenir une I.V.G. dans un département où elles ne résident pas.

Une autre tentative d'affinement des données pour mieux comprendre le phénomène de l'avortement s'est révélée fort décevante. Il s'agit de la recherche du nombre de femmes qui subissent plusieurs avortements dans leur vie, celles que l'on appelle couramment « les récidivistes » faute d'un vocable plus acceptable. D'après le dépouillement du bulletin statistique, 11 à 13 % des femmes subissant une I.V.G. en aurait déjà subi au moins une autre. Or, tous les recoupements démographiques et le simple bon sens (rapprochement entre le nombre de femmes en âge de procréer et le nombre d'avortements légaux ou clandestins) montrent que ce chiffre ne correspond pas à la réalité.

Certains établissements hospitaliers pratiquant l'I.V.G. et diffusant la contraception ont de leur côté entrepris de procéder à des sondages auprès de femmes qui les consultaient régulièrement dont ils connaissaient le passé gynécologique ; bien que toutes les conditions aient été réunies au plan méthodologique, la moitié seulement des « récidivistes » ont déclaré avoir précédemment subi une I.V.G.

Au-delà des données statistiques, l'analyse de certaines attitudes, de certains comportements, à travers des sondages ne permet pas de dégager des conclusions très fiables ; ainsi lorsqu'on pose la question « auriez-vous recouru à l'avortement si la loi n'avait pas existé ? » 50 % des femmes interrogées auraient répondu non (80 % à la Réunion).

L'Ecole nationale de la santé publique a procédé à une telle investigation et a obtenu des résultats qui vont dans le même sens. M. G. Calot, le directeur de l'I.N.E.D., a évoqué à ce sujet une en-

quête faite par cet Institut, en 1974, auprès des mères ayant un enfant de six mois à qui on avait posé la question : « Au moment où vous avez constaté que vous étiez enceinte, avez-vous été contrariée ? » 32 % d'entre elles avaient répondu oui ; or, tous les facteurs devraient jouer pour qu'à ce moment, la mère, volontairement ou inconsciemment, minimise ou élude ce souvenir.

Ce qui est certain c'est qu'une petite proportion de femmes, que l'on peut appeler « légalistes » n'auraient pas envisagé de recourir avant 1975 à l'I.V.G. dans la mesure où elles se refusaient à recourir à des filières clandestines avec ce que cela suppose d'incertitudes et de risques.

Si ce genre de recherche sur les intentions n'est pas dénué d'intérêt, sa signification se révèle limitée, car de nombreux facteurs psychologiques faussent la mesure des phénomènes ; assez singulièrement les résultats ne recourent pas les statistiques des événements eux-mêmes.

Les conclusions que l'on peut tirer sur l'ensemble du problème au niveau global sont que la loi de 1975 n'a pas eu sur la démographie française un effet sensible. Elle a pu, très faiblement, contribuer à un mouvement de baisse de la natalité qui s'explique en partie par le développement de la contraception « moderne » pour l'infléchissement de la courbe depuis le début des années soixante-dix, mais aussi par un recours accentué dès le milieu des années soixante à des méthodes traditionnelles.

2. LES CONSÉQUENCES SOCIALES

Echappant à la quantification, conséquences sociales de la loi sont évidemment les plus difficiles à saisir. Dans un domaine où la subjectivité est aussi forte et où le recul temporel manque beaucoup, car cinq ans c'est bien peu à l'échelle d'une société, il convient d'être à la fois très curieux dans la recherche de l'information et très prudent, voire circonspect dans son appréciation. Il n'y a pas lieu de revenir ici sur les indications déjà données sur la répartition par âge des femmes ou par origine sociale des femmes qui demandent une I.V.G. On tentera d'appréhender ces conséquences à travers l'analyse des comportements en répondant à deux questions :

- la loi a-t-elle banalisé l'avortement ?
- l'avortement est-il devenu un moyen de contraception ?

— La loi a-t-elle banalisé l'avortement ?

Rappelons tout d'abord que l'ensemble du dispositif instauré en 1975 tend à empêcher toute banalisation. La loi ne confère pas de « droit » à l'I.V.G. Les médecins, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux ne sont jamais tenus de pratiquer des I.V.G. ou d'y concourir ; en outre, ils n'ont pas à s'expliquer sur un refus éventuel qui peut très bien être fondé sur des principes religieux, psychiques, ou moraux comme sur des raisons d'ordre professionnel. L'acte n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité sociale puisqu'il n'est pas remboursé. Enfin il a été et reste présenté comme un échec.

Plusieurs associations qui pratiquent la consultation sociale prévue par la loi (associations familiales, association de conseillers conjugaux, etc.) ont recueilli d'une manière systématique les impressions de personnes pratiquant cette consultation. Le Conseil supérieur de l'information sexuelle lui-même a procédé à de tels sondages en s'adressant également aux médecins qui pratiquent des I.V.G. De l'avis général, l'I.V.G. est péniblement ressentie par une très grande majorité de femmes. On a déjà précisé les différents types de situations qui amènent la femme à une demande d'I.V.G.

Les femmes manifestent le plus souvent une grande fermeté dans leur décision : elles ont souvent été accaparées pendant des jours et des jours par cette interrogation que leur posait une grossesse non désirée et une fois décidées, elles se présentent à l'entretien munies de tous les arguments pour justifier leur position. En ce sens, on peut considérer que l'entretien, lorsqu'il a effectivement lieu, est un obstacle à la banalisation car il conduit la candidate à l'I.V.G. à une réflexion profonde. On peut estimer aussi que son existence même est un facteur de dissuasion pour les femmes peu assurées de leur décision et qui ont la possibilité de faire le choix inverse.

Au-delà des cas évidents où la description du dénuement social ou financier est suffisamment éloquente pour rendre superflue toute justification, on trouve une proportion importante de femmes, notamment non mariées (1) qui sont dans une situation psychologique et affective délicate ou pénible : certaines sont abandonnées par le conjoint ou l'ami, d'autres se voient menacées d'abandon en raison de la grossesse.

A ce sujet, on peut s'interroger sur la responsabilité des hommes, notamment pour évaluer comment ils se situent par rapport à l'I.V.G. dans ces cas où la femme formule une demande. Alors que

(1) D'après les recoupements démographiques, il apparaîtrait que 40 % des grossesses hors mariage aboutissent à un avortement.

la loi prévoit que « chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre » (art. L. 162-4 *in fine*), l'homme n'est présent que dans une proportion de cas extrêmement faible. En outre, lorsqu'il vient, c'est souvent pour s'assurer que la femme ne faiblira pas dans sa détermination de recourir à l'I.V.G. Ainsi, contrairement à ce que l'on avait tendance à croire, cette disposition n'incite pas à la poursuite de la grossesse dans la majorité des cas.

D'une manière plus générale, la diffusion des méthodes « modernes » de contraception et la légalisation de l'I.V.G. n'ont pas contribué à responsabiliser les hommes. S'ils se sentaient peu concernés par ces problèmes autrefois, ils le sont encore moins maintenant, estimant que la femme n'a plus aucune excuse en cas d'« accidents »... Pour d'autres, la contraception permet à la femme une liberté dangereuse, ce qu'évoque avec humour Pierre Simon dans *De la vie avant toute chose* : « Depuis que la femme prend la pillule, c'est l'homme qui est malade... ».

Un certain militantisme de l'avortement a sans aucun doute joué un rôle néfaste par ses excès et sa prétention à présenter l'I.V.G. comme un droit absolu, une conquête sociale. Notons au passage qu'il y a une certaine contradiction entre ces exigences et la définition de l'avortement comme « un ultime recours ». Les opposants à la légalisation étaient certes pour quelque chose dans ce phénomène : s'ils ne s'étaient pas manifestés d'une manière aussi irréductible, ce qui n'est qu'une tolérance aurait moins facilement passé pour une « conquête ».

Quoi qu'il en soit, si ce militantisme peut être à l'origine de comportements provocants et d'un prosélytisme de l'avortement, il n'apparaît pas qu'en dehors de milieux très restreints, il ait eu un effet de banalisation. Peu nombreuses sont les femmes qui se refusent à dialoguer pendant la consultation sociale en se retenant derrière la formule agressive : « J'y ai droit, je me refuse à en parler. »

— L'avortement est-il devenu un moyen de contraception ?

Outre la pétition de principe figurant à l'article 13 de la loi : « En aucun cas l'I.V.G. ne doit constituer un moyen de régulation des naissances », des dispositions ont été prévues pour le développement de la contraception et, ainsi qu'on l'a déjà précisé, des moyens substantiels ont été mis en œuvre à cette fin.

Aucune disposition ne prévoit après l'I.V.G. expressément que la femme doit consulter un centre de planification familiale ou un établissement de consultation conjugale, très vraisemblablement faute de pouvoir faire respecter une telle obligation ; en outre, de nombreuses patientes peuvent préférer consulter un gynécologue ou un médecin généraliste. Mais la nécessité de cette démarche est

implicite dans les textes d'application et elle s'inscrit tout à fait dans l'esprit de la loi. Les différents intervenants dans la procédure de l'I.V.G. (médecins, travailleurs sociaux, conseillers conjugaux, responsables d'association) l'entendent bien ainsi et s'efforcent d'obtenir que la femme revienne peu de temps après l'intervention soit à l'hôpital, si celui-ci est doté d'un centre de planification, soit dans un centre autonome.

Naturellement, on bute fréquemment sur des obstacles psychologiques. Quelque satisfaisantes que puissent avoir été les conditions dans lesquelles l'I.V.G. a été réalisée, cet événement reste souvent un souvenir pénible pour la femme et, parfois, elle ne souhaitera pas retourner sur les lieux et revoir les mêmes personnes pour une consultation contraceptive, où elle sera amenée à reparler de cette intervention. Lorsque, par contre, la femme s'est trouvée dans une situation très pénible et que les personnes avec qui elle a été en contact pendant la procédure lui ont apporté une aide morale réelle, il s'avère qu'elle revient presque toujours. Les qualités humaines des « écoutants » sociaux, des médecins, des personnels jouent un rôle considérable pour l'avenir de la femme qui a subi une I.V.G.

En outre, la plage de temps pour réaliser ce deuxième entretien est réduite : immédiatement après l'I.V.G., la femme est encore sous le choc de l'événement, plusieurs semaines après, elle risque d'être moins motivée.

Dans certains établissements hospitaliers, la technique pratiquée pour l'I.V.G., la médicalisation de la procédure, permettent en fait d'obliger la femme à revenir une semaine après pour confirmer l'absence de séquelles immédiates ; on saisit l'occasion pour aborder le problème de la contraception, ce qui se fait alors sans difficulté.

La femme peut hésiter à revenir sur les lieux où elle a subi l'I.V.G. pour des raisons de discrétion vis-à-vis de son voisinage, surtout dans des petites villes. Il paraît alors préférable, si l'on veut que le suivi des cas soit assuré, de la diriger sur un centre de planification autonome extérieur à l'hôpital.

A l'inverse, certains centres d'I.V.G. sont handicapés par le fait qu'ils n'ont ni le statut ni les prérogatives des centres de planification familiale ; leurs responsables ont le sentiment que cette unité est cantonnée, dans ce cas, à une fonction « d'avortoir ». Il conviendrait que ces difficultés soient surmontées, ce qui n'est pas toujours aisé dans la mesure où, parfois, le service gynécologique de l'hôpital voisin du centre, mais qui, lui, ne pratique pas d'I.V.G., entend assurer toutes les consultations de contraception.

D'après les informations recueillies auprès des associations représentées au Conseil supérieur de l'information sexuelle et synthé-

tisées par ce dernier, il apparaît que l'information contraceptive post-I.V.G. n'est absente que dans 16 % des cas. Certaines associations demandent d'ailleurs que soit institutionnalisé l'entretien post-I.V.G., ce qui paraît évidemment peu réalisable faute de pouvoir faire respecter une telle obligation.

A l'encontre de ce qui se passe dans les pays de l'Est, en Suède ou dans certains Etats américains (New York par exemple), l'avortement ne devient pas en France métropolitaine un moyen de contraception ; cela ressort nettement des chiffres et de l'état d'esprit des femmes et des couples tel qu'il apparaît à travers la procédure d'I.V.G. ou à l'occasion des consultations contraceptives. Par contre, dans certains départements d'outre-mer, en particulier à la Réunion, la chute de la natalité a indiscutablement évolué, presque à l'unité près, en fonction de l'augmentation du nombre d'I.V.G.

Une autre réserve doit toutefois être faite compte tenu d'une tendance qui se manifeste depuis peu dans certains milieux, heureusement fort limités.

Une certaine vogue « écologique », des informations médicales souvent diffusées d'une façon anarchique et irresponsable par les media sont en effet à l'origine de confusions regrettables. Certains moyens de contraception, notamment orale, sont remis en cause sans justifications scientifiques. Ce phénomène est sensible dans des milieux informés et assez cultivés (professeurs, etc.) où l'on enregistre depuis quelque temps un tassement de l'usage des contraceptifs et une acceptation de l'avortement comme moyen « bénin », comme procédure « d'appel ». Afin d'empêcher que ce qui est un phénomène marginal ne prenne plus d'importance, il faut que les informations diffusées dans le public soient relativisées et que l'accent ne soit pas mis sur des exceptions que l'on fait apparaître comme des cas courants. C'est d'ailleurs un problème qui se pose pour l'ensemble de l'information médicale du grand public : l'histoire récente d'une prétendue liste de colorants et additifs alimentaires attribuée à l'institut Gustave Roussy montre bien jusqu'à quels excès on peut aller en ce domaine.

3. LES CONSÉQUENCES MÉDICALES

L'évaluation statistique des conséquences médicales de l'I.V.G. reste encore aléatoire. Elle nécessiterait, d'une part, la définition de critères d'appréciation suffisamment précis et scientifiques pour éliminer les facteurs subjectifs souvent très importants qui altèrent le jugement du médecin ou de l'équipe médicale, selon leur degré de pessimisme ou d'optimisme, selon qu'ils sont ou non favorables à

l'avortement. D'autre part, et en particulier pour les conséquences tardives, elle nécessiterait un « suivi » systématique des femmes ayant avorté, alors que nous refusons le « fichage » de nos concitoyens, notamment pour tout ce qui touche à leur vie privée ou à leur santé.

Force est donc de s'en tenir à certaines évidences grossières et à rester très prudent pour l'estimation de ce qui est seulement probable. La prudence, en matière de santé, doit faire prendre en considération davantage les risques que la bénignité d'une intervention. Il vaut mieux pécher par excès de prudence que par excès d'optimisme. Cela est particulièrement important lorsque l'acte médical en question n'est pas strictement dicté par une nécessité thérapeutique, comme c'est habituellement le cas pour l'I.V.G. Si le législateur permet cet acte, il ne doit pas perdre de vue qu'il doit tout faire pour protéger la santé des femmes. Et tout le problème du délai pendant lequel peut être pratiquée l'I.V.G. doit être éclairé par cette préoccupation. Le *Primum non nocere*, (d'abord ne pas nuire), est un des principes de base de la médecine et de la vie.

Dans la période antérieure à la loi du 17 janvier 1975, la totale clandestinité de l'avortement n'amenait aux médecins que les femmes dont l'interruption de grossesse s'était compliquée et aux médecins légistes celles dont les complications avaient abouti à la mort. Que le nombre de décès ait été de quelques dizaines ou de quelques centaines par an, peu importe, il s'agissait de « morts en trop », dont tous les médecins exerçant avant la loi ont le souvenir. Les décès après avortement ne se chiffrent plus qu'à quelques unités par an, c'est là un aspect incontestablement positif qui doit être mis à l'actif de la loi. Et il convient d'y ajouter la disparition des terribles destructions ou mutilations consécutives aux avortements clandestins, quand des jeunes femmes devaient subir l'ablation d'un utérus totalement nécrosé par une injection d'eau savonneuse ou de moutarde ! Et aussi les séquelles gynécologiques ou obstétricales graves, qui aboutissaient dans nombre de cas à la stérilité.

Nier ce progrès serait aussi absurde qu'affirmer la totale bénignité de l'avortement médicalisé.

On connaît relativement bien les complications immédiates qui donnent en principe lieu à déclaration dans le bulletin statistique.

On notera à ce sujet l'intérêt de la compilation réalisée par le professeur J.-H. Soutoul et le groupe de travail de la commission hospitalo-universitaire du collège national des gynécologues-obstétriciens français (C.N.G.O.F.), avec l'aide, pour l'analyse statistique, de l'Institut régional de la santé de Tours dirigé par le professeur Boulard, et qui porte sur 91.450 I.V.G. pratiquées de 1975 à 1978. Nous y avons surtout recherché — car cela concerne un point important et controversé de la loi du 17 janvier 1975 — la relation (fréquence et gravité) entre les complications et l'âge de grossesse auquel est pratiquée l'interruption. Il apparaît que le nombre et la gravité de ces complications augmentent avec l'âge de la grossesse.

Mais cette croissance des complications n'est pas régulière, il y a, à un certain moment, une rupture dans la courbe, et cette rupture correspond à huit-dix semaines de grossesse, c'est-à-dire la limite fixée par la loi. Quelques exemples significatifs :

— Thèse de Forestier (Clermont-Ferrand, 1979) sur 906 I.V.G. : les complications doublent de fréquence en passant de la période de six-sept semaines de grossesse à celle de huit-neuf semaines.

— Thèse de Bergeron (Lyon, 1977) sur 1.649 I.V.G. : les complications de type rétention placentaire, infection, apparaissent surtout après huit semaines de grossesse.

— Thèse de Klein (Caen, 1977) sur 930 cas : l'apparition d'hémorragies abondantes passe brusquement de 1,84 % pour la période de huit-dix semaines à 8,2 % de dix à douze semaines.

— Enfin, d'après les statistiques de 1975 du ministère américain de la Santé, portant sur 1.202.000 avortements, le taux de mortalité (pour 100.000) passe de 1,7 pour la période de neuf-dix semaines de grossesse à 4,2 pour la période de onze-douze semaines.

C'est donc autour de la dixième semaine que se situe l'aggravation brutale du risque, et c'est pourquoi nous sommes tout à fait défavorables à un élargissement du délai légal d'intervention.

Il est enfin des complications plus tardives, encore mal cernées, qui mettent en jeu en particulier l'avenir obstétrical de la femme.

— Les unes sont dues à l'apparition d'une immunisation fœto-maternelle lorsqu'il y a incompatibilité rhésus, déclenchée à l'occasion de l'I.V.G., mais dont les conséquences se traduisent lors des grossesses ultérieures, en particulier par des avortements spontanés. Ce risque peut être prévenu par la connaissance du groupe sanguin de la mère, et si possible du père, et l'administration, à l'occasion de l'I.V.G., d'immunoglobulines, examens biologiques et traitement d'ailleurs pris en charge par la Sécurité sociale.

— Les autres sont constituées par l'apparition plus fréquente, après I.V.G., d'avortements spontanés dus à des lésions mécaniques du col utérin ou d'accouchements prématurés. Ce dernier point nous a été en particulier confirmé par le professeur Zsolnai, directeur de l'Institut gynécologique de Budapest, que nous avons rencontré en août dernier, ainsi que par le docteur Presl, de l'Institut des soins de la mère et de l'enfant, de Prague.

— Enfin, on doit également citer parmi les complications de l'I.V.G. un certain nombre de perturbations psychiques, qui sont sans doute d'autant plus importantes que l'interruption de grossesse a été plus tardive, du fait de l'évolution de l'image que se fait la femme de son futur enfant, selon l'âge de la grossesse.

Votre Commission avait décidé, en avril 1979, dans la perspective du présent débat, d'envoyer une mission d'information sur l'interruption volontaire de grossesse dans certains pays de la Communauté socialiste.

Présidée par votre Rapporteur, et comprenant également MM. Henri Bayard, Paul Caillaud, Maurice Andrieu, Claude Pringalle et Jean-Pierre Delalande (1), cette délégation s'est rendue, du 16 au 25 août dernier, en Tchécoslovaquie et en Hongrie, pour étudier, dans ces pays, l'évolution de la législation sur l'avortement et son application (2).

Contrairement à la Roumanie dont l'exemple bien connu est souvent cité dans notre pays, la Tchécoslovaquie et la Hongrie présentaient l'immense intérêt d'associer aujourd'hui une politique familiale incitatrice et une attitude à l'égard de l'avortement plutôt tolérante, même si elle le fut davantage dans le passé.

Il ne s'agit pas, bien sûr, de comparer en tout point la pratique de ces deux Etats avec la situation que connaît actuellement notre pays. Les mentalités nationales, les différences importantes dans les systèmes de santé respectifs et les disparités de revenus et de niveaux de vie constituent actuellement autant de facteurs de différenciation.

Il a paru utile, cependant, à votre Rapporteur, de faire part ici des quelques réflexions que lui avait inspirées l'étude de la législation sur l'avortement dans ces deux pays.

1. La Hongrie et la Tchécoslovaquie ont connu, dans les vingt dernières années, une évolution très voisine de leur législation sur l'avortement : *d'une liberté totale à une liberté contrôlée.*

Faisant suite à la décision de l'Union soviétique de libéraliser, en 1955, la pratique de l'avortement, la Hongrie et la Tchécoslovaquie autorisèrent, à leur tour, en 1956, l'avortement dans un esprit libéral.

Cette attitude entraîna incontestablement une augmentation importante du nombre des avortements, et cela d'autant

(1) Accompagné par M. Olivier Chabard, administrateur de la Commission.

(2) Outre les nombreuses personnalités scientifiques, médicales et politiques de ces deux pays, qu'elle a pu rencontrer, la délégation tient à remercier particulièrement MM. Yves Boulet, conseiller de l'ambassade de France à Prague, et Jacques Rambal, conseiller de l'ambassade de France à Budapest, sans qui cette mission n'aurait pu se dérouler dans de si bonnes conditions.

plus qu'on était passé soudainement d'une période d'interdiction stricte à une position de liberté quasi inconditionnelle. 207.000 avortements étaient ainsi officiellement recensés, en 1969, pour 155.000 naissances en Hongrie. 103.000 avortements étaient pratiqués à la même date, en Tchécoslovaquie, pour 223.000 naissances. Toutefois cette influence négative sur l'évolution démographique perdit progressivement de son intensité. Tout en restant soumis à la même loi très libérale, le nombre des interruptions de grossesse diminua, en effet, à partir de 1969, presque aussi soudainement et dans des proportions assez voisines de celles relevées lors de la période précédente de croissance. En quatre ans, de 1969 à 1973, le nombre des avortements pratiqués diminua de 20 %, passant de 103.000 à 81.000 en Tchécoslovaquie, et de près de 15 % en Hongrie, de 207.000 à 170.000.

Cette dernière tendance facilita très certainement l'adoption, en 1973, d'une nouvelle législation qui, sans remettre en cause le principe de la liberté de l'avortement, le soumit cependant à des règles plus strictes.

2. Sans entrer dans le détail d'une législation complexe, votre Rapporteur voudrait cependant attirer l'attention sur les *caractéristiques essentielles* qui se retrouvent à la fois en Hongrie et en Tchécoslovaquie.

Il s'agit, en premier lieu, de la notion de détresse, dont on sait que, tout en étant au centre du dispositif, la loi française de 1974 se garde bien de donner une définition.

Si l'on ne trouve pas non plus de définition dans les législations hongroise et tchécoslovaque, on rencontre toutefois dans ces deux pays, une énumération limitative des cas dans lesquels l'avortement est autorisé. La « situation de détresse », pour reprendre la terminologie française, fait donc ici l'objet d'une liste qui limite singulièrement la portée générale du principe libéral posé au départ, encore que les cas énumérés soient relativement nombreux, et laissent même place à des appréciations subjectives.

Hormis les avortements pour raisons thérapeutiques qui ne sont en aucune façon limités, les avortements sont autorisés dans les deux pays, pour :

- les femmes célibataires ;
- les femmes mariées de plus de quarante ans ;

— les femmes mariées ayant eu au moins 3 enfants vivants (Tchécoslovaquie) ou 2 enfants vivants et un « événement obstétrical » (Hongrie) ;

— les femmes ayant été victimes de viol ;

— les femmes dont le conjoint est mort ou gravement malade (Tchécoslovaquie), est au service militaire ou en prison (Hongrie) ;

— les femmes qui ne disposent pas d'un logement suffisant.

Limitant les cas de « détresse », les lois hongroise et tchécoslovaque de 1973 retirent également à la femme toute liberté d'appréciation pour confier à des commissions de district, sous réserve d'appel, le soin d'autoriser ou non l'avortement. L'existence de ces commissions, dont la composition varie d'un pays à l'autre, mais qui comprennent en tout état de cause des représentants des professions médicales et des élus locaux, a pour conséquence de retirer à l'avortement le caractère de droit systématique qu'il pourrait revêtir pour l'opinion publique.

Un délai de gestation, identique dans les deux pays, est également fixé, au terme duquel l'avortement ne peut plus être pratiqué. Il est, en règle générale, de douze semaines, mais est porté, en Hongrie, à seize semaines pour les mineures, qui n'ont pas au surplus à solliciter d'autorisation parentale, et en Tchécoslovaquie, à seize semaines en cas de maladie et vingt-quatre semaines pour des malformations fœtales.

Un intervalle d'un an est par ailleurs exigé, en Tchécoslovaquie, entre deux avortements, ramené à six mois pour les femmes ayant eu au moins 4 enfants.

Enfin, l'avortement est, dans les deux pays, un acte médical rétribué par la femme. Il n'est nullement gratuit, puisque son coût peut s'échelonner entre 300 et 1.000 F en Hongrie et s'établit à environ 500 F en Tchécoslovaquie.

3. L'impact des textes de 1973 sur l'évolution démographique des pays concernés est très difficile à cerner. Toute conclusion hâtive, dans un sens comme dans l'autre, serait erronée.

Il est certain que le nombre des avortements, depuis cette date, a régressé par rapport à la période antérieure, et que le taux de natalité a connu une relative remontée, du moins en Tchécoslovaquie, où la situation démographique est plus satisfaisante.

HONGRIE

Années	Naissances		Avortements	
	Naissances en chiffres absolus (En milliers)	Taux de natalité pour 1.000 habitants	Avortements en chiffres absolus (En milliers)	Pourcentage d'avortements pour 100 naissances vivantes
1966	138,5	13,6	186,8	135
1967	148,9	14,6	187,5	126
1968	154,4	15,0	201,1	130
1969	154,3	15,0	206,8	134
1970	151,8	14,7	192,3	127
1971	150,6	14,5	187,4	124
1972	153,3	14,7	179,0	117
1973	156,2	15,0	169,6	109
1974	186,3	17,8	102,0	55
1975	194,2	18,4	96,2	50
1976	185,4	17,5	94,7	51

TCHÉCOSLOVAQUIE

Années	Naissances		Avortements	
	Naissances en chiffres absolus (En milliers)	Taux de natalité pour 1.000 habitants	Avortements en chiffres absolus (En milliers)	Pourcentage d'avortements pour 100 naissances vivantes
1966	222,6	15,6	90,3	41
1967	216,0	15,1	96,4	45
1968	213,8	14,9	99,9	47
1969	222,9	15,5	102,8	46
1970	228,5	15,9	99,8	44
1971	237,2	16,5	97,3	41
1972	251,5	17,4	91,3	36
1973	274,7	18,9	81,2	30
1974	291,8	19,8	83,1	28
1975	289,4	19,5	81,7	28
1976	287,1	19,2	84,6	29

On rappellera cependant que le nombre des avortements avait déjà commencé à diminuer avant l'adoption des lois de 1973, tant en Hongrie qu'en Tchécoslovaquie, et on indiquera surtout que ces lois s'accompagnaient — et pour la Tchécoslovaquie avaient même été précédées — *de mesures natalistes et familiales fortement incitatrices.*

Ce n'est pas le lieu de procéder à une revue détaillée des mesures prises alors en faveur des familles par ces deux pays. On se limitera simplement au congé d'éducation partiellement rémunéré accordé jusqu'à ce que l'enfant ait atteint trois ans (Hongrie), à l'octroi de prêts à très faible taux d'intérêt (Hongrie et Tchécoslovaquie), à des réductions de prix pour l'acquisition de logements (Hongrie), à l'attribution de journées supplémentaires de congés payés pour les mères de famille (Hongrie), à l'existence d'un congé de maternité de vingt-six semaines (Tchécoslovaquie) ou à l'instauration d'une prime spéciale pour toute naissance (Tchécoslovaquie).

4. Votre Rapporteur voudrait, enfin, attirer l'attention sur l'*attitude*, très différente de la nôtre, avec laquelle les questions relatives à l'avortement sont abordées et traitées dans les deux pays visités.

Comme l'a dit à la délégation le docteur Szabady, éminent spécialiste hongrois de la politique démographique, l'avortement est devenu une pratique habituelle dans les mentalités de chacun des pays, rappelant à l'appui de son affirmation que 70 % des femmes hongroises avaient connu au cours de leur vie au moins une interruption volontaire de grossesse.

Cette manière « dépassionnée » de percevoir l'interruption volontaire de grossesse se traduit, sur le plan politique, par une sorte de dessaisissement des autorités publiques, au profit du monde médical et scientifique, pour la détermination des règles générales qui doivent régir la politique en faveur de la famille, de la mère et de l'enfant.

Votre Rapporteur voudrait, en effet, insister, en conclusion, sur l'existence, en Hongrie comme en Tchécoslovaquie, d'instituts nationaux spécialisés dans « les soins pour la mère et l'enfant », dont la délégation a pu apprécier la qualité des recherches, et qui sont chargés de proposer aux instances gouvernementales les différentes mesures médicales ou sociales qui devraient être prises dans le cadre de la politique familiale.

IV. — LES REVENDICATIONS EN PRÉSENCE

Au cours de l'analyse des conditions d'application de la loi et de ses conséquences, ont été évoquées différentes prises de position sur tel ou tel point du dispositif institués en 1975.

Par ailleurs, les auditions du groupe de travail dont le texte a fait l'objet du rapport d'information (n° 1365) ont permis de recueillir l'opinion détaillée de plus d'une quinzaine d'associations ou de personnalités fort diverses, tant par leur orientation idéologique que par leur nature, sans compter naturellement les représentants des administrations et institutions compétentes en ce domaine.

En conséquence, on se limitera ici à résumer les différentes positions ou revendications qui sont actuellement formulées dans le pays sur l'ensemble du problème de l'I.V.G. et sur chacune des dispositions importantes de la loi de 1975.

On distinguera successivement les revendications visant à faciliter et à élargir les conditions d'accès à l'I.V.G., puis celles visant au contraire à les limiter par rapport à la loi actuelle, enfin la position des opposants absolus à la légalisation de l'avortement. On mentionnera pour chacune d'entre elles, les réflexions que, selon votre Rapporteur, elles appellent.

1. L'ÉLARGISSEMENT DES CONDITIONS D'ACCÈS A L'I.V.G.

Parmi ceux qui ont fait leur cette orientation, on trouve naturellement des nuances, chaque association, famille de pensée ou parti n'ayant pas nécessairement les mêmes motivations profondes ni les mêmes positions sur chaque point du dispositif.

• Pour une part importante, les partisans de l'élargissement des conditions d'accès à l'I.V.G. estiment que le droit de la femme à disposer de son propre corps ne saurait être contesté et, qu'en conséquence, elle a droit à l'avortement. Dans cette perspective, la référence

à une situation de détresse est une limitation à l'exercice de ce droit et doit donc être supprimée. Toutefois, la référence à cette expression est souvent acceptée ici s'il n'est pas envisagé de laisser quelqu'un d'autre que la femme apprécier cette situation de détresse.

Dans la mesure où la suppression de toute référence à la situation de la femme impliquerait précisément la consécration d'un droit objectif comparable au droit à la santé ou à la contraception, nous ne pouvons qu'y être opposé.

• Les revendications sont par contre convergentes dans ce secteur de l'opinion pour *faciliter la procédure*. L'entretien social est souvent critiqué, et quelquefois de façon contradictoire. On l'accuse tour à tour d'être dissuasif, ou bien on estime que la faiblesse du nombre de femmes dissuadées en montre l'inutilité. Dans les deux cas, on conclut à sa suppression ou à celle de son caractère obligatoire, ce qui, dans les faits, reviendrait au même pour la grande majorité des cas.

Rappelons que la loi n'a nullement prévu que l'entretien soit dissuasif et que la pratique le confirme, malgré quelques écarts. Il ne doit certes pas consister à dédramatiser à l'excès mais, en dehors de toute pression orientée à l'avance, à provoquer une réflexion sur l'acte et sur l'ensemble de la vie intime et familiale de la femme. A notre avis, l'entretien s'est révélé suffisamment positif (sans lui, certaines femmes n'auraient pas une seule fois dans leur vie l'occasion d'une telle réflexion provoquée de l'extérieur) pour qu'il soit maintenu et que la réalisation en soit encore améliorée sur certains points.

Le *délai de réflexion* est également contesté, on l'a vu, en raison du retard qu'il pourrait entraîner dans la réalisation de l'intervention. Comme les autres éléments de la procédure, il est aussi dénoncé comme une limitation à l'exercice du « droit à l'I.V.G. ». Procédant d'un raisonnement différent, il nous paraît nécessaire de maintenir ce délai indispensable au bon déroulement d'une procédure, dont nous souhaitons le maintien. En outre, avec l'amélioration progressive des mécanismes mis en place par la loi, les retards imputables à cette disposition, s'ils ont jamais été réels, sont devenus exceptionnels.

• La revendication la plus importante et la plus souvent formulée par les tenants de l'élargissement des conditions d'accès à l'I.V.G. est l'allongement du *délai de grossesse pendant lequel l'intervention est permise*, fixé par la loi à dix semaines.

L'argument principal évoqué est que, si 5 % à 10 % environ des femmes demandent une I.V.G. après le délai légal, c'est parmi elles que se retrouvent généralement les cas les plus dramatiques,

en particulier les mineures. Or, si on retardait ce délai de deux ou quatre semaines, il y aurait probablement encore la même proportion de hors délais, car telle est la nature humaine, de considérer comme norme ce qui est une limite extrême. Nous préférons rendre plus claire, plus accessible, la procédure retenue par la loi, qu'augmenter le délai légal.

Mais surtout — répétons-le il n'y a pas réellement de degré moral dans l'I.V.G. en fonction de la date d'intervention à l'intérieur du délai légal de viabilité du fœtus. Ce sont des raisons médicales qui nous incitent à maintenir le délai actuel. L'extrême prudence aurait voulu qu'on le ramenât à huit semaines. La prudence élémentaire, et les devoirs des médecins et des législateurs face aux problèmes de la préservation de la santé, nous amènent à tenir bon sur le délai actuel, ainsi que nous nous en sommes expliqué dans le chapitre consacré aux conséquences médicales de l'I.V.G. D'ailleurs, dans la plupart des pays étrangers qui avaient fixé un délai beaucoup plus large, la tendance est actuellement à réduire progressivement ce délai.

• *La gratuité de l'I.V.G. ou son remboursement par la Sécurité sociale* constitue l'autre grande revendication de ce secteur de l'opinion. C'est la conséquence logique de la conception « I.V.G. droit objectif de la femme ». L'inégalité par l'argent devant l'I.V.G. est également dénoncée. Ce dernier argument ne tient pas compte du recours possible à l'A.M.G. (aide médicale gratuite) pour laquelle une procédure simplifiée et discrète a été mise en place.

On doit noter que d'autres groupes ou personnalités que celles qui demandent l'élargissement de l'accès à l'I.V.G. souhaitent également qu'elle soit remboursée par la Sécurité sociale. Leurs arguments sont essentiellement les suivants : d'une part, le remboursement permettrait un meilleur contrôle des tarifs et des établissements et éviterait certains comportements scandaleux, d'autre part, dans la mesure où elle est actuellement remboursée dans nombre de cas d'une manière frauduleuse (I.V.G. cotées K 30) ou supportée par l'A.M.G., la charge supplémentaire pour les finances publiques ne serait pas considérable.

Sans vouloir entrer dans les calculs et estimations, il nous semble que l'on doit placer le débat au niveau des principes. Dans la mesure où l'on souhaite que l'avortement reste un acte à part, l'argumentation de Mme Simone Veil en 1974 reste pleinement valable : il ne doit pas être remboursé. Observons, par ailleurs, que certains semblent nourrir des illusions sur l'efficacité des contrôles de la Sécurité sociale et la volonté des organismes d'y procéder. Lorsqu'on sait combien les médecins contrôleurs sont peu suivis par les caisses lorsqu'ils découvrent des abus évidents, on peut penser que sur un sujet aussi épineux que l'I.V.G., les caisses ne

feraient pas d'excès de zèle... En outre, rien n'empêcherait certains établissements de maintenir des pratiques telles que le paiement en espèces.

• *Les effets de la clause de conscience au niveau du service hospitalier* sont sévèrement critiqués par les partisans de l'élargissement des conditions d'accès à l'I.V.G. Nous ne reviendrons pas sur la façon dont une clause individuelle est appliquée collectivement. La critique sur ce point déborde d'ailleurs largement ce secteur de l'opinion, et votre Rapporteur se propose de mettre fin à la situation dénoncée, sans pour autant remettre en cause le principe de la clause de conscience individuelle unanimement approuvé.

• En ce qui concerne *les mineures*, la revendication de la suppression du consentement d'un des parents est souvent formulée. Elle ne nous paraît pas tenir compte de l'esprit public sur ce point : cette atteinte grave portée à l'autorité parentale serait très mal supportée par une grande partie de la population, alors que les cas ne concernent qu'un pourcentage infime (moins d'un millier de mineures gênées par cette disposition) du nombre d'I.V.G. et, qu'en outre, le recours à la tutelle du D.D.A.S.S. (Directeur départemental de l'action sanitaire et sociale) permet de résoudre certains d'entre eux.

• La revendication de l'accès à l'I.V.G. pour les étrangères non résidentes est également formulée assez souvent. Dans la mesure où la raison qui justifiait cette restriction (absence de légalisation de l'avortement dans plusieurs grands pays voisins) a disparu, il nous paraît possible de la supprimer.

• Après avoir exposé l'ensemble de ces revendications pour un élargissement des conditions d'accès à l'I.V.G., nous devons rappeler l'existence d'une opinion qui fut avancée en 1974 et dont on ne sait aujourd'hui s'il faudrait la classer parmi les propositions laxistes ou restrictives : c'est celle qui aurait consisté à abroger purement et simplement toute législation sur l'avortement. Cette « solution », qui supprimerait l'énoncé sans résoudre le problème, serait sans doute confortable pour certains qui ont du mal à prendre leurs responsabilités ou à se déterminer, et le propos n'est pas péjoratif. Elle laisserait la porte ouverte à tous les abus, les exploitations mercantiles, livrant le sort de la femme au hasard ou au racket.

2. LA LIMITATION DU RECOURS A L'I.V.G. PAR RAPPORT A LA LOI DE 1975

Les partisans de cette orientation sont pour l'essentiel d'anciens opposants de principe à toute légalisation, qui ont pris conscience du caractère irréaliste, ou en tout cas purement théorique, d'une telle position ; on trouve aussi des personnalités moins hostiles, mais qui estiment que les I.V.G. réalisées depuis 1975 ne correspondent pas à des situations de détresse et que la loi a plus ou moins banalisé l'avortement.

• Les propositions sont naturellement concentrées pour l'essentiel sur des limitations à la demande d'I.V.G., la femme perdant la faculté d'apprécier elle-même sa situation.

Il est parfois envisagé de rendre la procédure, et notamment l'entretien, dissuasifs, mais le plus souvent, c'est la définition ou la caractérisation de l'état de détresse qui est proposée. Pour ce faire, on élaborerait une liste limitative de cas, pour lesquels l'I.V.G. serait autorisée. Dans d'autres hypothèses, l'I.V.G. serait autorisée dans les conditions actuelles, mais limitée par un certain nombre d'interdictions, en fonction de critères familiaux ou socio-économiques : l'I.V.G. serait interdite par exemple aux femmes mariées sans enfant ou à celles qui n'en ont pas encore deux, aux femmes dont les revenus dépassent un certain niveau, etc. La plupart de ces propositions excluent le recours à l'I.V.G. pour des femmes qui en ont déjà subi une ; on comprend la motivation d'une telle mesure, on voit mal comment elle pourrait être appliquée sur le terrain, compte tenu de la règle de l'anonymat à laquelle il est difficile de porter atteinte.

Indépendamment du jugement que l'on peut avoir sur le principe qui consiste à laisser un autre que l'intéressée apprécier elle-même sa situation dans le cadre du délai légal, ces propositions ont en commun d'être difficilement réalisables.

La notion de détresse est pour le moins difficile à cerner ; même la technique des listes positives ou négatives ne permet pas de prétendre à l'exhaustivité sur le plan quantitatif ni d'appréhender la singularité des situations au plan qualitatif. L'expérience de plusieurs pays étrangers est à ce sujet significative. A moins de laisser le pouvoir d'appréciation des motifs au seul médecin, ce que la majorité des partisans de ce type de dispositif ne souhaite pas, il conviendrait de créer des commissions investies d'un pouvoir de décision. Le problème de leur composition se pose déjà au sujet, par exemple, de leur caractère plus ou moins médicalisé. Mais, surtout dans un domaine

où la part du subjectif est si forte, le risque de disparité de jurisprudence d'une commission à l'autre est évident ; dans ces conditions, les femmes seraient amenées à formuler leur demande d'I.V.G. en s'adressant à la Commission dont les décisions leur paraîtraient les plus laxistes.

En outre, certaines de ces dispositions pourraient induire des comportements de contournement de la loi assez fâcheux : encouragement au concubinage par exemple, pour garder le droit à l'avortement. Enfin, bien qu'il s'agisse d'un argument qui n'a pas dans tous les cas la portée qu'on lui attribue, de telles restrictions contribueraient à aggraver, sur une grande échelle, le recours à la clandestinité.

3. L'OPPOSITION ABSOLUE A LA LÉGALISATION DE L'AVORTEMENT

Cette position absolue a été largement présentée et défendue au cours des débats de 1973 et 1974. Etant donné son caractère immuable, elle n'a naturellement pas évolué depuis. Fondée sur des principes cohérents et incontestables (la vie commence indiscutablement à la fécondation), elle s'est révélée complètement détachée de la réalité. N'oublions pas, en effet, qu'elle a prévalu dans la législation de 1920 à 1974, laquelle n'a jamais été effectivement respectée, pas plus dans l'entre-deux-guerres que depuis 1945. Un retour à cette législation impliquerait une régression vers la clandestinité totale, la démedicalisation partielle, avec les conséquences désastreuses que l'on sait.

V. — LE PROJET DE LOI INFLEXIONS SOUHAITABLES ET RECOMMANDATIONS

Le projet de loi (n° 1328) relatif à l'interruption volontaire de grossesse, déposé à l'Assemblée nationale au début de la présente session, comprend un dispositif limité à deux articles dont l'effet unique est de pérenniser en les rendant applicables sans limite de temps les dispositions de la loi du 17 janvier 1975 dont la validité devrait expirer le 16 janvier 1980. Précisons que si aucun texte relatif à l'I.V.G. n'était promulgué à cette date, la législation en vigueur avant la loi de 1975 redeviendrait applicable.

Actuellement en effet, sous l'emprise de la loi de 1975 et plus particulièrement de son article 2, l'I.V.G. est autorisée par le fait qu'est suspendue pour une durée de cinq ans l'application des quatre premiers alinéas de l'article 317 du Code pénal. Ces dernières dispositions répriment l'avortement et d'une manière générale les tentatives abortives ; elles précisent les peines qui frappent leurs auteurs en distinguant le cas de ceux qui exercent une profession médicale ou paramédicale.

Cette suspension de l'application des dispositions répressives n'intervient pour autant que la réalisation de l'I.V.G. répond aux trois conditions fixées par l'article 2 de la loi.

Ont été également suspendues dans les mêmes conditions par l'article 11 de la loi de 1975, l'application des trois articles du Code de la santé publique concernant l'avortement thérapeutique (art. L. 161-1), la provocation à l'avortement ou sa publicité (art. L. 647) et le diagnostic biologique de la grossesse (art. L. 759).

D'autre part, cet article 11, en son premier alinéa, lie la durée de validité du titre II de la loi (art. L. 162-1 à 162-14 du Code de la santé publique fixant les règles de l'I.V.G. et de l'avortement thérapeutique) à celle du titre I (qui comporte les dispositions de principe : article premier et 2 de la loi).

L'article premier du projet de loi qui nous est soumis intègre les dispositions de l'article 2 de la loi de 1975 à l'article 317 du Code pénal, mais en leur donnant un caractère permanent. Il écarte

de la sorte l'application des quatre premiers alinéas pour les I.V.G. réalisées dans un délai de dix semaines, ainsi que celles pratiquées pour motifs thérapeutiques (art. L. 162-12, du Code de la santé publique). Il est à noter que si en 1975 cette dernière précision avait été omise dans la loi, l'existence de cette procédure spécifique déterminée par l'article L. 162-12 retirait en fait tout fondement à des poursuites pour avortement thérapeutique.

L'article 2 du projet abroge en conséquence les dispositions qui donnaient à la loi de 1975 son caractère provisoire : ses articles 2 et 11 ainsi que les articles L. 161-1 et L. 650 du Code de la santé publique. L'article L. 161-1 n'a en effet plus d'objet puisque le cas qu'il vise (avortement thérapeutique) est maintenant réglé par l'article L. 612-12 ; l'article L. 650 précise les peines spécifiques de la provocation à l'avortement suivi d'effets ; enfin, les dispositions de l'article L. 759 ont été abrogées par la loi du 11 juillet 1975 relatives aux laboratoires d'analyses médicales.

L'exposé des motifs du projet de loi, plus étoffé, plus argumenté et plus articulé qu'à l'accoutumée, présente les raisons pour lesquelles le Gouvernement a retenu la solution de la transformation, sans aucune modification, de la loi provisoire de 1975 en une loi définitive. Cette solution est justifiée de la manière suivante dans l'exposé des motifs :

« Il apparaît en effet que le bilan qui peut être fait de l'application de cette législation n'appelle pas de critique majeure qui en remettrait en cause l'économie. »

Comme nous l'évoquons dans l'introduction du présent rapport, la loi de 1975, comme toute législation sur ce sujet, est un texte de compromis. La mise en œuvre du dispositif sur le terrain a été parfois difficile, parfois lente, mais elle est maintenant réalisée même si des efforts doivent encore être faits dans certaines régions. Compte tenu de l'extrême difficulté à appliquer une loi dans ce domaine, de l'adéquation du texte aux objectifs que l'on s'était fixés en 1975 et des exemples étrangers dont certains par leur laxisme ou leur rigueur inapplicable permettent de penser que la France ne s'est pas fourvoyée, le Gouvernement propose de pérenniser le dispositif actuel sans y apporter de modification, et d'améliorer le fonctionnement, reconnaissant loyalement les insuffisances qui se manifestent encore.

La lecture du présent rapport aura montré que nous apportons une appréciation semblable sur la loi de 1975 et le choix qui nous est offert aujourd'hui. Nous voudrions toutefois apporter quelques précisions, peu nombreuses, à ce texte afin d'en promouvoir une meilleure application, et formuler quelques recommandations qui, pour ne concerner que des dispositions d'ordre réglementaire, n'en sont pas moins importantes à nos yeux.

• Préciser certaines dispositions législatives.

Il convient tout d'abord que soient insérées les précisions les plus explicites pour mettre fin à l'application collective de la clause de conscience. L'effet de celle-ci doit être limité au seul médecin qui l'invoque. La décision du chef de service ne saurait s'imposer à ses subordonnés. On pourrait objecter qu'une disposition sur ce point n'empêchera pas le chef de service d'exercer une pression telle que ses collaborateurs resteront prisonniers de la hiérarchie sachant que s'ils passent outre à la décision du chef de service ils en subiront directement les conséquences dans leur carrière.

Mais l'expérience montre que si au contraire toute ambiguïté est levée sur la situation juridique, ce qui n'est pas le cas pour de nombreux hôpitaux actuellement, le chef de service ne peut, notamment si certains de ses pairs ont une opinion différente, faire prévaloir un abus de droit.

En outre, au cas où tous les médecins hospitaliers refusent de réaliser des I.V.G., il faut que l'hôpital public soit, à partir d'un certain niveau (celui des « centres hospitaliers »), tenu de mettre à la disposition de médecins extérieurs tous les moyens nécessaires pour pratiquer des I.V.G.

— La disposition concernant le *dossier-guide* doit être suffisamment large pour qu'au-delà d'un contenu minimum que la loi détermine, une certaine liberté de rédaction soit laissée.

— Enfin les restrictions à l'égard des étrangères ayant perdu leur justification avec, depuis 1975, la légalisation de l'avortement dans plusieurs pays voisins (Italie, Allemagne fédérale, Luxembourg), il paraît peu souhaitable de la maintenir compte tenu des problèmes difficiles qu'elle a posé et peut encore poser pour les réfugiées.

• Formuler des recommandations.

Les recommandations portent essentiellement sur l'information et la formation contraceptives, l'information sur la procédure de l'I.V.G. et la place de l'enfant dans la société.

Avant de présenter ces recommandations, nous tenons à préciser que l'application de toutes les dispositions de la loi de 1975 doit faire l'objet de contrôles effectifs et réguliers ce qui, ainsi que le présent rapport l'a montré à divers titres, n'a pas toujours été le cas jusqu'à présent.

En cas d'inobservation de ces dispositions et compte tenu des améliorations que le présent projet de loi amendé aura pu apporter,

nous demandons fermement que les poursuites soient systématiquement engagées.

Pour les irrégularités administratives de moindre portée, l'édition de sanctions contraventionnelles, ainsi que l'annonce l'exposé des motifs du projet de loi, devrait permettre d'améliorer le fonctionnement de la procédure et la connaissance de l'information.

1. L'information sur la sexualité et la famille.

— L'information sexuelle, pour être bien comprise, doit être progressive ; les découvertes brutales et tardives qu'entraînent actuellement certaines façons d'aborder le sujet ne sont en effet pas heureuses. Il conviendrait donc qu'elle soit abordée dès l'école primaire. Pour ce faire, une formation spécifique des membres du corps enseignant s'impose afin qu'ils puissent faire face à ces nouvelles responsabilités. Leur action doit être complétée par les médecins et les infirmières scolaires dont la contribution peut être précieuse pour des raisons à la fois psychologiques (ils sont dans une situation différente vis-à-vis des élèves) et technique (formation).

Les parents de leur côté doivent être sensibilisés à leur rôle d'éducateur, où ils restent irremplaçables pour tout un aspect de cette formation qui prépare une harmonieuse vie d'adulte.

— L'information sur la contraception doit être développée. Notons par exemple que le Livre blanc produit dans le cadre des émissions pour les jeunes de T.F. 1 donne des indications précises sur la pollution marine ou la planche à voile mais ne comprend même pas, en 100 pages de textes, les mots « éducation sexuelle » et « drogue ».

Certes des efforts importants ont été faits en direction du grand public, mais ils peuvent être complétés sur certains points ; par exemple, les pharmaciens pourraient détenir et distribuer des livrets simples et précis concernant la contraception, comportant la liste des centres de planification familiale du département et des départements voisins.

C'est au niveau du corps médical qu'un effort très important doit être fait pour améliorer une situation qui actuellement n'est pas satisfaisante, ainsi que le montre le pourcentage d'I.V.G. consécutives à des erreurs de prescriptions contraceptives. L'enseignement de la contraception doit être obligatoire et précoce au cours des études de médecine avec éventuellement des rappels ultérieurs dans les différentes matières intéressées.

Pour les médecins déjà installés, c'est dans le cadre de la formation continue décentralisée que cette action doit être réalisée. On s'appuiera ici le plus possible sur les centres hospitaliers généraux et les hôpitaux locaux.

— L'ensemble de l'information (sexuelle et contraceptive) destinée au grand public pourrait être reprise dans un document remis aux jeunes époux à l'occasion de l'examen prénuptial (ce qui est plus élégant que de le faire remettre par le maire avec le livret de famille !).

Parallèlement à cet examen prénuptial pourrait être instituée une consultation avec un conseiller conjugal avant le mariage.

— L'information sur l'aide à la femme enceinte doit être beaucoup plus largement diffusée, en particulier l'aide à la mère célibataire ou isolée. A ce sujet, pourrait être envisagé l'établissement d'une super-priorité pour l'attribution de logements en faveur de la future mère isolée.

Les maisons maternelles, dont le fonctionnement ou le régime d'accueil n'est plus toujours adapté aux nécessités actuelles, devraient prochainement être réformées. On devra dans cette opération tenir compte des besoins que le présent débat a mis en lumière.

L'adoption, où les besoins exprimés sont infiniment plus grands que les possibilités, pourrait, dans une mesure limitée certes, constituer dans certains cas une solution qui reste méconnue.

Pour l'ensemble des actions d'information visées ici l'utilisation des media, et notamment de la télévision, est très souhaitable, aux heures d'écoute les plus appropriées, en fonction du type de message. Pour garantir la qualité de cette information, le contrôle de ces émissions pourrait être confié au C.I.R.M. ou au Conseil supérieur de la régulation des naissances, de l'éducation sexuelle et de l'éducation familiale.

2. L'information sur la procédure de l'I.V.G.

Elle doit être claire, facilement accessible, ne pas relever ainsi que cela a été souvent le cas (et ce l'est encore dans certaines régions) du « jeu de piste » ou de la « course d'obstacles » qui permettra à la femme demandant une I.V.G. de trouver dans les délais légaux le service hospitalier ou le centre qui pourra lui répondre positivement.

Afin de ne pas mettre les praticiens absolument opposés à l'I.V.G. dans une position qui semblerait déplaisante, la liste des centres ou services pratiquant cette intervention pourrait être incluse

dans le livret-guide sous pli fermé. Cette liste serait étendue aux départements limitrophes, certaines femmes préférant que l'intervention soit réalisée dans un lieu un peu éloigné de leur domicile. En outre, il convient que soient données les indications sur la prise en charge par l'aide sociale.

La composition du livret-guide lui-même pourrait être avantageusement diversifiée et étoffée ; il faut pouvoir y trouver les adresses et des indications succinctes sur les associations d'aide à la famille, les organismes d'H.L.M., d'aide au logement, sur les crèches, etc.

3. Rendre notre société plus accueillante à l'enfant.

Il est vrai que nombre de nos quartiers, de nos logements et même parfois de nos lieux de vacances semblent exclusivement conçus pour l'adulte et pour son automobile. Timidement, des actions ponctuelles signalent un renversement de tendance. Mais la tâche est lourde et surtout, au-delà de mesures spectaculaires nécessaires, il faut faire évoluer les mentalités, ce qui est souvent plus difficile que de dégager des crédits.

Précisons à ce sujet que les orientations souhaitables concernant les diverses prestations familiales ont déjà été indiquées lors de la partie du présent rapport consacrée à l'environnement de l'I.V.G. (l'action en faveur de la famille).

L'enfant ne doit plus être considéré comme une gêne, comme un intrus, non seulement au niveau de la famille, mais aussi à celui de l'entourage.

Dans les logements collectifs, par exemple, les aménagements qui leur sont destinés peuvent être multipliés : salles de jeux, petits espaces verts dits de proximité pour lesquels un effort a été engagé. Les chambres d'enfants doivent bénéficier d'une isolation phonique beaucoup plus efficace qu'elle n'est actuellement. La salle de séjour pour enfants dans les grands appartements est également à envisager ; le nombre de ceux-ci dans le secteur locatif par rapport aux appartements de taille moyenne et petite constituerait à coup sûr une efficace incitation à la natalité.

Notre conception du logement urbain, qui n'a que peu évolué depuis un siècle, doit prendre en compte ces objectifs.

Enfin, il faut absolument engager la lutte contre la ségrégation par générations que l'urbanisation rapide des vingt dernières années a considérablement accentuée. Lorsque la volonté en est manifestée,

le regroupement des grands-parents à proximité de leurs enfants et petits-enfants doit être systématiquement recherché ; cela est de l'intérêt des trois générations et va dans le sens d'une cohésion familiale et sociale.

— Dans tous les lieux publics, à commencer par les administrations (mairies, préfectures, musées, etc.), il conviendrait d'équiper les postes d'accueil de tout le matériel nécessaire pour les enfants (parcs, aires de jeux, tables à langer...) ; en outre, les hôtesses pourraient assurer la surveillance des enfants pendant que leur mère effectue ses démarches dans les services.

— L'ouverture des établissements scolaires en dehors des heures de cours, la surveillance des enfants n'étant pas assurée par des membres du corps enseignant, permettrait à nombre de femmes d'exercer avec moins de difficulté une activité professionnelle, ou même d'avoir de temps en temps un peu plus de temps libre.

— Dans les lieux récréatifs et de transit (gares, autoroutes), le développement systématique de petits équipements destinés à l'enfant et à la mère (chaises hautes, chauffe-biberons...) faciliterait les sorties et déplacements des familles ; il contribuerait aussi à l'évolution des mentalités.

VI. — EXAMEN EN COMMISSION

1. AUDITION DE MADAME LE MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU PREMIER MINISTRE CHARGÉ DE LA CONDITION FÉMININE ET DE M. JACQUES BARROT, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Votre commission des Affaires culturelles, familiales et sociales s'est réunie sous la présidence de M. Henry Berger, président, le 3 octobre pour entendre, sur le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse (n° 1328), Mme Monique Pelletier, ministre délégué auprès du Premier ministre chargé de la Condition féminine et M. Jacques Barrot, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale.

M. Berger, président, a remercié Mme Monique Pelletier d'être venue présenter le projet à la Commission aussitôt après son adoption par le Conseil des ministres.

Mme Pelletier a d'abord rappelé que la loi actuellement en vigueur constitue un ensemble cohérent. L'avortement n'est pas sanctionné si toutes les conditions qu'elle fixe avec précision sont respectées. Le nouveau projet soumis au Parlement va pérenniser des dispositions transitoires. Un débat sur la politique familiale doit constituer le prélude à sa discussion.

Texte d'un type nouveau, la loi sur l'interruption volontaire de grossesse a été difficile à mettre en œuvre et a exigé un « rodage » pendant plusieurs années. Le ministère de la Santé a mené une action persévérante pour suivre avec rigueur l'application de la loi dans tous les établissements publics et privés et faire respecter la légalité.

La loi n'a pas augmenté le nombre d'avortements qui est resté à peu près stable. Avant 1975, il était évalué entre 250.000 et 300.000.

Pour 1978, il semble se situer au total à 250.000 dont 149.000 interruptions volontaires de grossesse déclarées.

Le principal aspect positif de la loi a été la médicalisation des avortements clandestins. Les graves accidents *post abortum* ont disparu. Il subsiste certes des pratiques condamnables du fait de l'insuffisance des structures d'accueil et de la recherche du profit par certains qui se traduit par des dépassements de tarifs, dus aux actes

hors quota pour les établissements privés, des cotations dissimulées... On note aussi un respect insuffisant du délai de dix semaines, des règles relatives au temps de réflexion et à l'entretien.

Mais ces « dérapages » n'ont pas lieu quand l'information et l'accueil des femmes en détresse sont convenablement assurés.

Après les nombreuses consultations auxquelles elle a procédé, Mme Pelletier s'est déclarée convaincue que ce n'est pas l'économie du texte qui doit être modifiée, mais son application qui doit être améliorée. Dans cette perspective, le Gouvernement a opté pour la reconduction définitive de la loi du 17 janvier 1975.

Le progrès dans l'application doit porter d'abord sur trois points :

- le développement de l'information contraceptive ;
- l'observation de l'entretien préalable, au besoin par la mise en œuvre de sanctions en cas de violation de la loi ;
- le renforcement et le soutien matériel des associations de conseillers familiaux et conjugaux dont l'action permet à la femme de se déterminer en toute responsabilité.

En outre, il convient :

- de mieux faire connaître aux femmes les tarifs ;
- de développer le contrôle médical de la Sécurité sociale sur les actes cotés K 30 ;
- d'obtenir que le bulletin statistique soit effectivement rempli ;
- d'augmenter les possibilités d'accueil des femmes dans les établissements, ce qui permettra de diminuer le recours à la clandestinité.

Il reste évident pour tous, que l'avortement est un acte grave. L'interruption volontaire de grossesse doit rester un ultime recours. La femme est bien souvent seule face à la décision. Il convient qu'elle puisse y faire face en toute responsabilité.

L'exposé du Ministre a été suivi d'un débat.

M. Jean Delaneau (1), président du groupe de travail sur l'interruption volontaire de grossesse, a remarqué que, pour ceux qui acceptent la loi, l'important est d'obtenir son application effective. L'adoption de dispositions restrictives relancerait l'avortement clandestin. Plus que la loi elle-même, c'est son environnement qui doit être modifié, par la prévention de l'état de détresse pour motifs sociaux notamment, et le développement de l'information contraceptive ; il convient dans cette perspective de donner aux centres d'interruption volontaire de grossesse le statut de centres de planification familiale.

(1) M. J. Delaneau a été nommé rapporteur du projet de loi le 11 octobre 1979.

La responsabilité juridique des chefs de services hospitaliers, déterminée par une réglementation ancienne, est à l'origine de difficultés pour la réalisation d'interruption volontaire de grossesse dans les hôpitaux publics, alors que des praticiens seraient disposés à pratiquer ces actes. Le blocage qu'elle entraîne pourrait avoir pour conséquence une remise en cause de la notion de service hospitalier.

M. Jean Delaneau a également souhaité que les conséquences démographiques de la loi fassent l'objet d'un examen attentif, maintenant que l'on dispose du recul suffisant.

M. Hubert Voilquin a demandé si le nombre de récidives d'avortements était élevé.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis a noté que le projet de loi ne comporte aucune disposition nouvelle pour remédier aux insuffisances reconnues par le Ministre. Elle a souhaité le remboursement par la Sécurité sociale, ce qui permettrait un contrôle des tarifs et mettrait fin à une inégalité choquante. Toutes les femmes ne connaissent pas l'existence de l'aide médicale gratuite et certaines répugnent à y recourir ; en outre, la femme n'est psychologiquement pas en mesure de contester le tarif de l'acte lorsque celui-ci est exagéré. Rien de nouveau n'est prévu non plus pour la contraception et l'éducation sexuelle qui devraient être développées à tous les niveaux.

M. Gilbert Millet note que la loi ne prévoit pas l'obligation pour les hôpitaux publics de pratiquer les interruptions volontaires de grossesse ; ici, les obstacles sont plus souvent d'ordre matériel que liés à la clause de conscience.

M. François Autain constate que l'on propose la reconduction d'une loi dont on reconnaît qu'elle est mal appliquée.

L'extension abusive de la clause de conscience dans le secteur public est à l'origine des irrégularités commises dans le secteur privé. Le contrôle sur les actes cotés K 30 paraît difficile. Les moyens manquent pour la contraception et l'information sexuelle ; dans ce domaine, les services publics devraient fournir les adresses des centres de planning.

L'information sexuelle doit pouvoir être dispensée dans les centres d'interruption volontaire de grossesse, ce qui est actuellement très difficile.

L'autorisation parentale pour les mineures et les limitations pour les étrangères devraient être supprimées. Le fait que 3.000 Françaises par an aillent se faire avorter en Grande-Bretagne montre que les délais sont insuffisants.

M. Lucien Richard souhaiterait être assuré qu'il y a moins d'avortements clandestins et moins de complications graves. Des efforts importants doivent être faits pour la contraception notamment en

vue d'améliorer l'information des médecins. Il est regrettable que les promesses faites par le Gouvernement en matière de politique familiale n'aient pas été tenues.

Pour *Mme Hélène Missoffe*, le dossier-guide remplit imparfaitement son rôle. L'information sexuelle doit s'adresser aux femmes notamment immédiatement après l'interruption volontaire de grossesse mais aussi aux hommes ; en outre, l'enseignement médical doit être complété sur ce point. En ce qui concerne les mineures, le juge pour enfants doit pouvoir permettre la substitution aux parents en cas de défaillance de la famille pour donner l'autorisation.

M. Jean-Louis Beaumont a rappelé que l'interruption volontaire de grossesse avait été présentée en 1974 comme un ultime recours. Or, les mesures qui devaient rendre ce recours « ultime » n'ont pas été prises et le bilan de l'application de la loi n'a pas été fait. On ne sait pas où on en est.

Il a demandé que l'examen du projet soit retardé jusqu'à ce que :

— des informations sur les conséquences précises de la loi soient présentées ;

— des mesures concrètes soient prises pour que la femme puisse interrompre son activité professionnelle en vue d'élever ses enfants,

faute de quoi, il ne pourra voter le texte.

M. Louis Donnadiou estime également qu'il y a eu échec. Le nombre d'avortements a légèrement augmenté. On attend toujours la politique familiale qui a été promise.

Selon *M. Gilbert Barbier*, l'analyse des échecs dans l'application de la loi montre que la responsabilité des médecins est engagée. 35 % de demandes d'interruptions volontaires de grossesse sont induites par des interruptions de contraception ; par ailleurs, dans 15 % des cas, la femme semble financièrement contrainte à l'interruption volontaire de grossesse.

La qualité de l'entretien social devrait être améliorée et le rôle des associations renforcé. Afin d'éviter les ambiguïtés et les risques de dépassement du délai de dix semaines, on devrait demander aux médecins de faire connaître à l'Ordre leur position sur l'interruption volontaire de grossesse. Le quota imposé au secteur privé n'a pas de sens lorsque les hôpitaux publics ne pratiquent pas l'interruption volontaire de grossesse.

M. Paul Caillaud considérant le caractère flou et permissif de la situation de détresse, a demandé si l'on ne pourrait établir une liste limitative des cas où l'interruption volontaire de grossesse serait auto-

risée. Par ailleurs, il a souhaité que tous les centres de planification familiale ne soient pas installés dans des centres d'interruption volontaire de grossesse.

M. Etienne Pinte a regretté que l'on ne propose pas de mesures pour améliorer la loi. Il a lui-même noté les points sur lesquels des efforts doivent être faits : information sur la loi, obligation du test de grossesse, enseignement général et médical de la contraception, qualité de l'entretien social, augmentation du quota du secteur privé, assouplissement des conditions imposées aux mineures.

En ce qui concerne la politique familiale, *M. Pinte* a rappelé que le débat d'orientation de 1977 n'avait pas eu de résultats appréciables.

M. Martial Taugourdeau a demandé que l'étude des bulletins statistiques fassent l'objet d'une analyse approfondie qui permettrait vraiment de saisir l'origine de la « détresse ».

Dans ses réponses, *Mme Pelletier* a apporté des précisions sur la contraception, sur l'interruption volontaire de grossesse et sur la politique familiale.

En ce qui concerne la contraception, c'est davantage l'insuffisance de l'information que la faiblesse des structures qui doit être mise en cause. L'information sexuelle au plan scolaire s'est révélée très difficile en raison de la grande méfiance des différents groupes concernés et notamment des parents d'élèves. Une nouvelle approche de ce problème va être entreprise en faisant appel aux personnels sanitaires et sociaux présents dans les établissements.

Pour l'interruption volontaire de grossesse, *Mme Pelletier* a précisé que chaque parlementaire recevrait un dossier faisant le bilan de la loi. Il ne lui paraît pas juridiquement possible de différer l'examen du projet de loi.

Mme Pelletier estime souhaitable que l'interruption volontaire de grossesse ne soit pas prise en charge par la Sécurité sociale afin qu'elle ne soit pas un acte médical comme les autres ; elle a précisé les conditions assouplies dans lesquelles les femmes peuvent avoir recours à l'aide médicale gratuite (94 % des demandes présentées ont été acceptées). Compte tenu de l'existence de ce mécanisme, il n'apparaît pas que le problème financier soit essentiel.

La volonté du Gouvernement d'appliquer rigoureusement la loi explique que huit poursuites judiciaires sont actuellement en cours contre des médecins pour dépassement de tarif.

Le Ministre a admis le caractère peu satisfaisant du dossier-guide actuel et rappelé que sa rédaction est d'ordre réglementaire.

Evoquant l'intérêt d'un entretien social après l'interruption de grossesse, le Ministre a estimé difficile de le rendre obligatoire. Le coût de l'entretien préalable actuel devrait être remboursé aux associations, dont les moyens devront de toutes façons être renforcés.

Les expériences étrangères, notamment celle de la République fédérale d'Allemagne, montrent qu'il n'est pas opérant d'établir une liste de critères définissant les situations de détresse ; si une commission prend la décision d'autorisation d'interruption volontaire de grossesse, ou bien il s'agit d'une chambre d'enregistrement, ou bien sa rigueur renvoie les femmes à la clandestinité. En outre, une telle procédure leur retire le sentiment de responsabilité.

Sur le pourcentage de « récidives », Mme Pelletier a noté qu'il semble en diminution mais que l'anonymat des questionnaires ne permet pas de l'appréhender avec exactitude.

En ce qui concerne les problèmes posés par les mineures, Mme Pelletier a rappelé que tout anesthésie exige une autorisation parentale ; en outre, il ne lui semble pas qu'il existe actuellement un consensus social pour dessaisir les parents de leur autorité sur ce point. Pour les étrangères, il ne lui paraît pas souhaitable que les hôpitaux publics, qui ont déjà des difficultés à appliquer la loi, risquent de voir leur fonctionnement troublé au cas où l'exigence de durée minimum de résidence serait supprimée ; toutefois, une exception est envisagée pour les réfugiées politiques récemment arrivées en France ; en outre, le délai de réflexion ne pourrait être respecté dans la plupart des cas.

Mme Pelletier a rappelé que la politique familiale avait fait depuis 1974 des progrès importants : congé parental de deux ans ; complément familial ; allocation de parent isolé. Des progrès restent certes souhaitables : l'établissement d'un revenu minimum familial garanti est envisagé par le Gouvernement.

De son côté, M. Jacques Barrot, ministre de la Sécurité sociale, a apporté des précisions sur l'application de la loi de 1975 et certains problèmes qu'elle pose.

M. Barrot s'est engagé à ce que la loi soit appliquée dans le secteur hospitalier public. Il a précisé que c'est parfois le conseil d'administration lui-même qui s'oppose à la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse au sein d'un établissement.

L'organisation administrative de l'hôpital autour de la notion de « service » pose effectivement le problème de la responsabilité juridique de son chef, et par là même celui de l'extension de la clause de conscience à l'ensemble du service ; l'article L. 798 du Code de la santé publique ne permet pas d'interprétation souple des dispositions existantes dans ce domaine.

Le quota d'interruptions volontaires de grossesse imposé au secteur hospitalier privé ne doit pas, selon M. Barrot, être remis en cause ; toutefois, certaines situations particulières peuvent faire l'objet d'adaptations, mais de toute façon l'hôpital public doit remplir sa mission.

La formation des médecins dans le domaine de la contraception a été introduite dans le programme des études médicales. M. Barrot a souligné, en outre, qu'un effort important serait fait pour la formation continue des médecins généralistes dans ce domaine.

2. DISCUSSION GÉNÉRALE

Votre commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, s'est réunie les 13 et 14 novembre sous la présidence de M. Henry Berger, président, pour examiner *le projet de loi*.

A la suite de l'exposé du Rapporteur, le Président Berger a indiqué à la Commission qu'elle était saisie de trois questions préalables déposées respectivement par M. Debré, M. Beaumont et par Mme d'Harcourt. En vertu des dispositions de l'article 91 du Règlement, la première question préalable déposée, celle de M. Debré, a été mise en discussion.

M. Jean-Louis Beaumont, intervenant en faveur de la question préalable, a d'abord souligné que la loi votée par le Parlement il y a cinq ans, était une loi expérimentale dont l'article 16 prévoyait que les résultats seraient transmis annuellement au Parlement de façon à éclairer celui-ci sur son attitude future. Or, ces rapports n'ont pas été fournis et le bilan de la loi n'est pas connu d'une manière claire : il n'y a donc pas lieu d'examiner un nouveau texte.

Par ailleurs, le Gouvernement s'était engagé à soumettre au Parlement un projet de loi sur la famille, centré sur la protection de la femme et de l'enfant. De telles dispositions auraient conservé à l'avortement le caractère d'ultime recours qu'il doit revêtir pour tous. Or, ce projet de loi n'a pas été déposé.

Dans ces conditions, l'adoption de la question préalable s'impose.

M. Louis Mexandeau, intervenant pour un rappel au Règlement, a demandé si, constitutionnellement, la question préalable était fondée puisque le Parlement se trouvait dans l'obligation de discuter un nouveau projet à l'expiration du délai de cinq ans, fixé en 1974.

Le Président Berger lui a répondu que ce délai existait mais ne faisait pas obligation au Parlement de se prononcer sur un nouveau projet de loi. En l'absence de reconduction du texte de 1975, c'est l'état juridique antérieur à la loi qui sera réinstauré.

M. Louis Le Pensec, intervenant pour un rappel au Règlement, a constaté que l'adoption de la question préalable entraînerait l'arrêt des travaux de la Commission.

Le Président Berger n'a pas contredit cette assertion.

M. Jean Delaneau, rapporteur, est intervenu contre la question préalable. Il a rappelé que le Parlement n'avait pas l'obligation de voter un nouveau texte, la loi de 1974 ayant suspendu les procédures prévues par la loi de 1920, sous le régime de laquelle on se retrouverait si le projet n'était pas adopté.

En réponse à *M. Beaumont*, il a précisé que le dépôt d'un projet de loi sur la famille n'avait pas été rendu obligatoire par le vote de la loi de janvier 1975. En ce qui concerne l'information du Parlement, les rapporteurs sur les crédits de la Population et de la Santé ont toujours fait état des renseignements qu'ils avaient obtenus sur les conséquences de l'application de la loi. Les objections soulevées semblent donc sans objet, il y a bien lieu de discuter le projet de loi.

Au nom du groupe socialiste, *M. Le Pensec* a ensuite demandé une brève suspension de séance.

A la reprise de la séance, *M. Mexandeau* a demandé que la Commission se prononce par scrutin sur l'adoption de la question préalable.

Le Président Berger lui a fait remarquer qu'aux termes de l'article 44-4 du Règlement, cette demande, en la circonstance, devait être formulée par un dixième au moins des membres de la Commission. Ce nombre n'ayant pas été atteint, la Commission a été consultée à main levée. Elle a décidé de ne pas opposer la question préalable.

Intervenant dans la discussion générale, *M. Bolo* a constaté qu'en cinq ans d'application, la loi avait abouti successivement à dépénaliser, déculpabiliser, autoriser, légaliser et banaliser l'avortement, avant de le faire reconnaître comme un droit positif. Les pouvoirs publics semblent se comporter dans cette affaire avec une particulière hypocrisie, en laissant subsister des mesures dissuasives que l'on ne cherche pas à appliquer : au nom de quoi, en effet, empêcherait-on l'exercice d'un droit ? Cette hypocrisie se traduit dans le choix des vocables retenus. Pourquoi ne pas qualifier l'euthanasie d'interruption volontaire de vieillesse ou de maladie ?

M. Robert Héraud a d'abord souligné l'importance de l'information sur les moyens de contraception, encore trop souvent mé-

connus. Leur développement est seul capable de faire disparaître la notion d'avortement contraceptif. Il faut ensuite que l'information sur les possibilités d'avortement soit correcte et tous doivent savoir qu'il est un moyen ultime, à n'utiliser qu'en dernier recours. Des garanties doivent être prévues, notamment en ce qui concerne la constatation de la situation de détresse, comme cela se fait dans d'autres pays. Il faut ouvrir des centres d'information de plus en plus nombreux, assurer le respect des délais prévus par la loi et veiller que l'entretien ait bien lieu avant la rencontre avec le praticien qui procèdera à l'intervention.

M. Francisque Perrut a regretté que le législateur soit invité à traiter de l'échec et de l'exception, avant de légiférer sur la règle générale qui est le droit de la famille. La loi sur l'I.V.G. paraît constituer la règle générale, c'est une loi hypocrite. Quelle valeur accorder à une loi fondée sur une notion aussi indéfinissable que l'état de détresse, trop souvent confondu avec la convenance personnelle. Pourtant une erreur de contraception n'est pas une détresse. La loi ne pourrait à la rigueur être considérée que comme le corollaire d'une loi plus vaste et plus générale.

Mme Hélène Missoffe a déclaré ne pouvoir accepter les propos qui venaient d'être tenus par *M. Perrut*. L'avortement n'est pas pour les femmes une partie de plaisir et celles-ci ne sont pas les seules concernées par la contraception où la responsabilité masculine doit également se manifester. Par ailleurs, la politique familiale ne peut prendre en compte la détresse des femmes qui se retrouvent seules et démunies en début de grossesse, et qui supportent mal l'angoisse qui en résulte. C'est une erreur psychologique et morale de mettre en avant la seule responsabilité des femmes en négligeant celles des hommes et des couples.

M. Louis Mexandeau a déclaré que le lien de causalité entre avortement et démographie est très problématique. Il n'est pas possible de fonder une politique nataliste sur l'ignorance et la détresse des catégories sociales défavorisées.

Au vu des statistiques figurant dans le dossier remis aux commissaires, il serait intéressant d'établir une relation entre taux de natalité et taux d'avortement selon les régions.

M. François Autain a demandé s'il existait un bilan de l'application de la loi de 1974. Constatant par ailleurs que le délai de réflexion n'est guère dissuasif, et qu'il s'ajoute aux délais techniques médicaux, il a souhaité sa suppression, d'autant plus indispensable que, selon le Rapporteur, le délai de dix semaines est à maintenir. Il faut, par ailleurs, mettre l'accent sur l'information : le délai de huit ans qui a été nécessaire pour la mise en œuvre de la loi Neuwirth

est sans doute responsable du grand nombre des avortements clandestins survenus de 1967 à 1975.

M. Hubert Voilquin déclare qu'il est obligé de se violenter moralement et intellectuellement pour accepter ce texte. Pourquoi la grande majorité des gynécologues refusent-ils de pratiquer l'I.V.G. ? Pourquoi le rapport promis au Parlement a-t-il été refusé ? N'y a-t-il pas lieu de craindre que l'avortement ne devienne une pratique courante de contrôle des naissances ? En tout cas, les procédures qui l'entourent doivent être l'objet d'un contrôle vigilant et se situer dans le cadre d'une action énergique en faveur de la famille. Il faut éviter tout laxisme dans ce domaine, en particulier en matière de remboursement par la Sécurité sociale. Car vivre, c'est donner la vie.

M. Louis Le Pensec a demandé des précisions chiffrées sur l'application de la clause de conscience et sur le nombre d'hôpitaux publics pratiquant l'I.V.G.

M. Gérard Bapt a demandé des renseignements statistiques sur la prise en charge de l'I.V.G. par l'aide médicale gratuite. Il a constaté par ailleurs que le refus du remboursement semble être en contradiction avec la terminologie retenue par les pouvoirs publics qui évitent l'usage du mot avortement. Ne s'agit-il pas en définitive de sanctionner la femme qui a « fauté », qui est censée être seule coupable et qui connaît souvent mal l'aide médicale ? Le remboursement serait un facteur de déculpabilisation.

Mme Marie Jacq constate que tout le monde est d'accord : l'avortement doit rester un ultime recours et la loi est mal appliquée. L'implantation de centres d'orthogénie plus nombreux améliorerait certainement la situation, car on constate que ces institutions sont à l'origine d'I.V.G. moins nombreuses et moins tardives. Le cas des mineures est difficile car elles recourent souvent à un avortement tardif et clandestin. Célibataires, elles connaissent une situation de détresse particulière dont la solution dépend beaucoup du type de rapports qu'elles entretiennent avec leurs familles.

M. Beaumont a remarqué que le terme « volontaire » qui figure dans le titre de la loi est démenti par la réalité des faits. Par ailleurs, cette loi constitue une véritable prescription au sens médical. Or, les médecins ont l'habitude de ne prescrire que ce qu'ils connaissent, ce qui ne sera pas le cas du législateur après cinq ans d'application de la loi. On ignore notamment les séquelles qui peuvent résulter d'un avortement. Il est donc indispensable de rechercher une autre solution.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis constate que les adversaires de l'I.V.G. ne parlent pas des risques des avortements clandestins, qui ont pratiquement disparu à la suite de l'application de la nouvelle législation. Elle regrette que les moyens n'aient pas été mis en place pour assurer une meilleure application de la loi. Quant à la politique

familiale, voilà plus de cinq ans qu'elle est pour les députés de la majorité une occasion de bavardage. Mais les mesures d'aide à la famille, on les attend toujours.

Si le groupe communiste insiste pour obtenir le remboursement de l'I.V.G. par la Sécurité sociale, ce n'est pas pour assurer une banalisation de l'avortement, qui n'est jamais pour les femmes un acte facile. L'aide médicale gratuite est très peu sollicitée et il est donc difficile de faire face à des situations dramatiques, que le remboursement n'évitera de toute façon pas, alors qu'il aurait par ailleurs l'avantage de freiner la spéculation pratiquée dans ce domaine par certains médecins et centres médicaux.

M. Gilbert Barbier a constaté que le régime actuel de l'I.V.G. avait entraîné un bienfait considérable : la médicalisation de 98 % des avortements.

Mais 50 % seulement des 300.000 avortements médicalisés sont déclarés, ce qui semble dû pour une part à l'existence du quota de 25 %, institué par un amendement parlementaire. Des dérogations devraient pouvoir être possibles dans certains cas et des centres d'I.V.G. plus nombreux devraient être ouverts dans les hôpitaux publics.

Il est important d'insister sur la qualité des entretiens. C'est là que les femmes connaîtront l'existence de l'assistance médicale gratuite. Le remboursement par la Sécurité sociale n'est pas souhaitable pour d'évidentes questions de discrétion. On pourrait également envisager l'obligation d'une consultation contraceptive après une I.V.G. L'aspect « volontaire » du recours à l'avortement par les femmes est souvent atténué pour les mineures qui y sont conduites par l'exercice de l'autorité parentale, et de façon plus générale par le mari, le fiancé ou le compagnon qui exerce des pressions sur la femme. Il est aussi nécessaire de prendre en compte, au regard de certains cas médicaux, les possibilités existant en matière de contraception définitive et de revenir dans ce domaine sur une législation parfois dépassée.

Enfin, *M. Gilbert Barbier* a demandé si l'éventualité envisagée par le rapporteur de la suppression de la clause de résidence pour les étrangères ne risquait pas d'entraîner des effets indésirables dans les D.O.M. et dans les T.O.M.

Le Rapporteur a ensuite répondu aux intervenants :

Il a notamment indiqué :

— Que la loi ne prescrit pas l'avortement, elle le tolère.

— Qu'il est effectivement difficile de prouver l'existence d'un lien entre avortement et démographie encore que certains exemples, tel celui de la Réunion, tendent à indiquer qu'il ne saurait être toujours exclu. Par ailleurs, personne ne dispose d'éléments chiffrés suffi-

samment fiables quant à l'évaluation des incidences démographiques de la législation sur l'avortement, pas plus les adversaires du projet de loi que les pouvoirs publics.

L'imprécision de la collecte des renseignements statistiques rend imprudentes les affirmations selon lesquelles aucun avortement n'a lieu dans certains départements.

— Il est inexact d'affirmer que l'avortement est considéré par de nombreuses femmes comme un moyen de la régulation des naissances.

— Il faut comprendre les chefs de services de gynécologie et de maternité qui, passant de nombreuses heures à créer les conditions les plus favorables pour des grossesses difficiles n'envisagent pas de gaité de cœur de procéder à des avortements. Cependant, on ne peut admettre que la clause de conscience invoquée par un homme gouverne le comportement d'une collectivité.

— La contraception définitive est pratiquée par un assez grand nombre de médecins plus facilement semble-t-il que l'I.V.G. alors que l'expérience enseigne qu'une telle intervention est ensuite assez souvent regrettée par la femme qui l'a subie.

— On peut estimer que les interruptions volontaires de grossesse peuvent être pratiquées actuellement dans 50 % environ des établissements hospitaliers publics.

— 10 % des femmes subissant une I.V.G. demandant la prise en charge par l'aide médicale ; 94 % des demandes sont agréées.

— Il n'est pas exact de voir dans l'absence de prise en charge généralisée par la Sécurité sociale une cause directe de la spéculation mercantile à laquelle peuvent donner lieu les I.V.G. Il appartient aux pouvoirs publics de mettre un frein à cette spéculation.

— A ceux qui souhaitent que soit entourée de garanties plus sérieuses la définition de l'état de détresse, et préconisent à cet effet le recours systématique à une commission médicale, on doit faire observer que cette formule ne fera pas disparaître les divergences dans l'appréciation par chaque commission des situations concrètes.

— Il est important de développer l'information pour l'application de la loi tant dans le public qu'auprès des personnels chargés de l'accueil des femmes envisageant une I.V.G. On doit se féliciter de ce qu'une circulaire récente ait mis fin à certains abus et notamment aux obstacles matériels mis dans certaines régions à l'information des femmes.

— En ce qui concerne les mineures, l'I.V.G. est souvent le résultat de pressions familiales contre lesquelles le recours à la loi n'est guère opérant.

— Les techniques de contraception masculine ne sont pas actuellement au point, du moins sous leurs aspects les plus novateurs. L'attitude de l'homme face à la régulation des naissances est plus un problème d'éducation qu'une matière à intervention législative.

3. EXAMEN DES ARTICLES

Avant l'article premier.

Avant l'article premier, la Commission a été saisie d'un amendement de MM. Perrut et Bayard, prorogeant la validité de la loi du 17 janvier 1975, jusqu'à l'adoption d'une loi-cadre sur la famille, et, au plus tard, jusqu'au 31 décembre 1980.

M. Alain Léger a indiqué qu'il s'agissait en réalité d'une nouvelle question préalable qu'il eût été plus convenable de poser en tant que telle.

M. Louis Donnadiou a souligné le lien incontestable existant selon lui entre l'avortement et la natalité. Contre la dénatalité induite par l'avortement, il importe de prévoir une dissuasion, par une véritable politique familiale.

Le Rapporteur a exposé au contraire que le lien statistique et chronologique entre avortement et natalité, comme l'ont montré les études de l'I.N.E.D., ne paraissait nullement établi. Il s'est déclaré hostile à cet amendement, qui couperait court à toute discussion.

Suivant l'avis de son Rapporteur, la Commission a rejeté l'amendement.

Un débat s'est engagé ensuite sur un amendement de M. Jacques Brunhes, au nom du groupe communiste, confiant au service public d'éducation la mission d'assurer, à tous les niveaux de la scolarité et dans chaque classe du second degré, l'éducation sexuelle. MM. Paul Chapel et Jean-Louis Beaumont ont rappelé, notamment, le rôle essentiel du père et de la mère. M. Antoine Gissinger s'est étonné de l'exclusion de l'enseignement privé et s'est élevé contre la démission trop fréquente des parents. M. Gilbert Barbier a souligné le rôle important du corps médical dans l'éducation sexuelle. M. Albert Liogier a dénoncé le contenu, proche de la pornographie, selon lui, de certains ouvrages scolaires. Mme Hélène Missoffe et M. Louis Donnadiou ont souligné à leur tour le caractère trop restrictif de l'amendement.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis défendant l'amendement a rappelé que le rôle des parents en ce domaine n'était pas toujours exercé, dans la mesure même où les parents ne sont pas toujours eux-mêmes bien informés.

Votre Rapporteur s'est associé aux remarques sur le rôle fondamental qui doit être celui des parents. Il ne lui a pas paru souhaitable de légiférer avec précision dans ce domaine trop complexe et trop personnel.

La Commission a rejeté l'amendement.

La Commission a ensuite examiné une série d'amendements de M. François Autain, au nom du groupe socialiste, tendant à créer, dans chaque commune disposant d'au moins un établissement hospitalier public, de centres d'orthogénie chargés tout à la fois de diffuser l'information sexuelle, d'assurer la délivrance de contraceptifs et de pratiquer des I.V.G.

Un débat d'ensemble s'est engagé sur ces amendements.

MM. Alain Léger, Paul Chapel, Gilbert Barbier, Martial Taugourdeau et le Rapporteur ont indiqué qu'il convenait de laisser au corps médical et aux établissements publics d'hospitalisation le soin d'effectuer les avortements.

M. François Autain a précisé que les centres d'orthogénie étaient indispensables dans toutes les villes où ne pouvaient être pratiquées des interruptions volontaires de grossesse par suite du jeu abusif de la clause de conscience.

M. Jean-Louis Beaumont a critiqué l'emploi du terme « orthogénie », qui lui paraît contradictoire avec la notion d'interruption de grossesse.

La Commission a rejeté les amendements du groupe socialiste proposant la création des centres d'orthogénie, et définissant leur statut juridique.

La Commission a rejeté ensuite :

— un amendement présenté par Mme Gisèle Moreau et les membres du groupe communiste prévoyant un large développement de centres de contraception. Le Rapporteur avait fait valoir que cet amendement n'avait pas sa place dans ce texte ;

— un amendement présenté par Mme Jacqueline Chonavel selon lequel « l'implantation des centres de contraception est réalisée dans le cadre d'une carte sanitaire ». Le Rapporteur avait indiqué que cette recommandation n'était pas du domaine de la loi ;

— un amendement de Mme Adrienne Horvath prévoyant que l'enseignement public prépare aux différentes formations des personnels des centres de contraception.

La Commission a été saisie ensuite sur le même sujet d'un amendement présenté par Mme Marie Jacq prévoyant que les cahiers des charges des organismes de radio et de télévision devront inclure, aux heures de grande écoute, des émissions consacrées à l'information sexuelle et à la contraception.

Mme Jacq a montré la cohérence de cet amendement avec les précédents amendements socialistes.

M. Lioier a protesté contre l'invasion des moyens audio-visuels par la pornographie, qui n'épargnera pas même les enfants en bas âge.

Le Rapporteur a montré que, s'il était bon que les médias contribuent à briser les tabous, il sera malaisé de contrôler leur influence dans ce domaine. Ce point de vue a été partagé par M. Bolo, selon lequel il est difficile de séparer information et propagande.

Mme Missoffe et M. Delalande ont déclaré que cet amendement sur la contraception n'avait pas sa place dans un débat sur l'interruption de grossesse, à moins d'élargir ce débat au-delà du raisonnable.

M. Autain s'est étonné de cette distinction entre avortement et contraception. Si l'on désire limiter l'avortement, il faut de toute évidence développer l'information sur les moyens contraceptifs. La radio et la télévision sont particulièrement propres à la réception de cette information dans un milieu familial.

M. Donnadiou a craint que les médias ne fournissent trop de détails.

M. Pinte a estimé préférable de s'en tenir aux moyens d'information en vigueur, quitte à les renforcer.

M. Beaumont a estimé l'amendement ridicule : les jeunes gens d'aujourd'hui sont très bien informés...

La Commission a rejeté l'amendement.

La Commission a ensuite adopté plusieurs articles additionnels, résultant :

— d'un amendement de Mme Marie Jacq, au nom du groupe socialiste, prévoyant que l'information sexuelle et la contraception devront être intégrées à la formation initiale et permanente des membres du corps enseignant, des travailleurs sociaux, des médecins et du personnel para-médical ;

— d'un amendement de Mme Colette Privat demandant que la recherche sur la contraception féminine et masculine soit largement développée, sous l'égide de l'I.N.S.E.R.M. et du C.N.R.S.

Mme Jacqueline Chonavel a insisté sur le retard de la France dans le domaine de la recherche sur la contraception masculine.

— d'un amendement de Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis et des membres du groupe communiste, aux termes duquel les moyens d'information, notamment la radio et la télévision, devront mener une campagne d'information scientifique et populaire sur la contraception, et

faire obligation au Gouvernement de prendre toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large sur la régulation des naissances.

Article premier.

A l'article premier, la Commission a examiné un amendement de M. Autain, au nom du groupe socialiste, portant de dix à quatorze semaines le délai au terme duquel l'I.V.G. n'est plus autorisée.

M. François Autain a rappelé qu'il s'agissait de résoudre essentiellement des cas sociaux dramatiques qui se posaient bien souvent hors du délai des dix semaines et se traduisaient, soit par un avortement clandestin, soit par un voyage vers un pays étranger.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis a indiqué que le groupe communiste ne pouvait accepter le délai de quatorze semaines, trois mois lui paraissant un chiffre maximum.

M. Gilbert Barbier a attiré l'attention sur les conséquences médicales d'un tel report. Les statistiques démontrent que les complications gynécologiques sont multipliées par quatre lorsque l'I.V.G. est pratiquée après dix semaines de grossesse.

Suivant l'avis défavorable de son Rapporteur, qui souligna que des cas limites existeraient toujours en cette matière, la Commission a rejeté l'amendement.

L'article premier a été adopté sans modification.

Après l'article premier.

Art. L. 162-1
du Code de la
santé publique

La Commission a d'abord été saisie de deux amendements semblables, l'un du groupe socialiste (Mme Jacq), l'autre du groupe communiste (M. Alain Léger), supprimant dans le texte de la loi 1975 la référence à la notion de détresse, par voie d'articles additionnels.

Mme Jacq et M. Léger ont exposé que la notion de détresse, par la subjectivité qu'elle implique, était impossible à définir.

Mme Signouret a observé que cette subjectivité contribuait au caractère hypocrite de cette notion.

Le Rapporteur a estimé qu'il convenait de maintenir cette notion, qui, malgré son caractère subjectif, joue un certain rôle.

Mme Jacq a exprimé la crainte que le maintien de la notion ne soit un prétexte à l'intervention des médecins.

La Commission a rejeté ces amendements.

La Commission a été saisie ensuite d'un amendement de M. Bolo proposant dans l'article L. 162-1 du Code de la santé publique de substituer « l'état de « nécessité » à « la situation de détresse ».

Cet amendement, a exposé M. Bolo, suggère que la légalité de l'avortement soit fondée sur une appréciation objective et non plus subjective. L'état de nécessité est très clairement défini par la jurisprudence.

Mme Jacq a déclaré que cet amendement était en contradiction avec la loi de janvier 1975, qui a entendu laisser la femme seule juge de son état de détresse. Comment sera apprécié l'état de nécessité ?

M. Bolo a indiqué que cette appréciation aurait lieu au cours des entretiens imposés par la loi.

Le Rapporteur a précisé que :

— la loi de 1975 n'est pas une loi de dissuasion et de répression : elle laisse la femme libre de sa décision. Il ne s'est pas opposé à l'amendement dans la mesure où il ne retire pas à la femme son pouvoir d'appréciation.

Pour M. Millet, la loi de 1975 a donné aux couples et à la femme la responsabilité de leur décision. L'amendement contredit cette responsabilité.

L'amendement a été adopté.

La Commission a ensuite rejeté successivement :

Art. L. 162-1

— un amendement de M. Jean-Pierre Delalande interdisant la pratique, chez une même femme, de plus d'un avortement. M. Autain avait déclaré que le deuxième avortement serait impossible à contrôler, et le Rapporteur que le système de santé français ne comportait pas de suivi des femmes ayant avorté, qui ne saurait d'ailleurs aller sans fichage. L'amendement est donc inapplicable. Ce point de vue a été contesté par M. Beaumont ;

— un amendement de M. Alexandre Bolo exigeant que les femmes mariées aient au moins deux enfants, avant de pouvoir recourir à l'avortement. M. Delhalle a estimé que cet amendement inciterait au concubinage, et M. Autain qu'il ne tenait pas compte des échecs de la contraception ;

Art. L. 162-2

— un amendement de M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste, prévoyant la création de services spécialisés dans tous les établissements d'hospitalisation publics ;

— un amendement de M. Gilbert Millet au nom du groupe communiste, demandant l'instauration d'une structure d'accueil dans les services pratiquant les I.V.G. ;

Art. L. 162-3

— un amendement de M. François Autain et les membres du groupe socialiste, supprimant le *caractère obligatoire de l'information* faite par le médecin avant tout recours à un avortement ainsi que le *dossier-guide* prévu par la loi de janvier 1975 ;

— un amendement de Mme Colette Goeuriot, et du groupe communiste, faisant obligation au médecin d'informer la femme des *conditions spécifiques et du sérieux de l'I.V.G.* et lui remettre la *liste des adresses* des services sociaux ou organismes spécialisés.

La Commission a, en revanche, *adopté* les amendements suivants, relatifs au *contenu du dossier-guide* :

— un amendement du Rapporteur *supprimant le caractère limitatif* de l'énumération des documents figurant dans la loi de 1975 ;

— un amendement de M. Barbier prévoyant la *mise à jour annuelle* du dossier-guide ;

— un amendement de M. Barbier ajoutant au dossier-guide *une nomenclature des organisations familiales d'assistance.*

La Commission a ensuite rejeté :

Art. L. 162-4

— Un amendement de M. Bolo à l'article L. 162-4 autorisant le père à s'opposer à l'interruption de grossesse s'il prend devant la mère l'engagement écrit d'élever l'enfant.

Mme Jacq, MM. Autain et Léger ont combattu l'amendement qui leur paraît inapplicable et n'apporte aucune garantie à la femme. On voit mal quelle serait la sanction de la rupture par l'homme de son engagement.

Le Rapporteur a fait valoir qu'aucun amendement ne pourra voiler le fait que c'est d'abord la femme qui est impliquée dans la grossesse et la décision éventuelle d'y renoncer.

M. Bolo a demandé à ses collègues de reconnaître que la loi de 1975, qui voulait être une loi de libération de la femme, a contribué encore à aggraver son asservissement.

— un amendement de Mme Jacq et un amendement de Mme Barbera *supprimant le caractère obligatoire de l'entretien social.*

— un amendement de M. Bolo *supprimant la liberté laissée à la femme d'apprécier elle-même la situation de détresse* dans laquelle elle peut se trouver ;

La Commission a ensuite adopté :

— un amendement de M. Alexandre Bolo au terme duquel la consultation prévue par la loi de 1975 devra comporter une assistance et des conseils appropriés en vue de *permettre à la femme de garder son enfant* ;

Art. L. 162-5

— Puis la Commission a rejeté : un amendement de Mme Jacq, du groupe socialiste, supprimant le délai légal de réflexion d'une semaine avant la confirmation écrite de la femme, et un amendement de Mme Jacqueline Chonavel, du groupe communiste, le rendant facultatif. Mme Jacq a exposé que ce délai contribuait à l'impression ressentie par les femmes d'une interminable course d'obstacles, impression qui est source de panique et parfois de dépassement de délais.

Le Rapporteur s'est opposé à cet amendement, dans la mesure où le délai d'une semaine de réflexion peut mettre les femmes en mesure de bien prendre leurs responsabilités. Il s'agit d'une disposition de la loi de 1975 qu'il convient non de supprimer, mais au contraire de mieux appliquer.

— La Commission a adopté un amendement de M. Gilbert Barbier prévoyant que le délai légal d'une semaine exigé pour l'acceptation par le médecin de la confirmation écrite de la femme pourrait être abrégé dans le cas où le terme de dix semaines de grossesse risquerait d'être dépassé.

M. Barbier a fait valoir que le caractère trop strict du délai imposé par la loi avait mis un certain nombre de femmes dans des situations irrégulières. Le but de cet amendement est de limiter autant que faire se peut le nombre des interventions hors délai.

Votre Rapporteur, approuvant l'intention de l'amendement, n'a pas dissimulé son inquiétude devant les risques de « dérapage », autrement dit de dérive vers le mercantilisme qu'il comporte.

MM. Gilbert Millet et François Autain se sont déclarés favorables à l'amendement qui permettra de régler des cas difficiles.

M. Martial Taugourdeau a demandé s'il s'agissait, par cet amendement, de limiter la durée de la semaine de réflexion, ou éventuellement de dépasser les dix semaines légales ?

M. Barbier a indiqué que le cadre de dix semaines devait être respecté, sinon des abus sont inévitables. Mais on peut, en cas de risque de dépassement, jouer sur la semaine de réflexion.

Art. L. 162-6

— La Commission a également examiné un amendement de M. Gilbert Barbier complétant l'article L. 102-6 du Code de la santé publique par un nouvel alinéa obligeant la femme, dans le délai d'un mois après l'interruption, à s'orienter vers une méthode contraceptive.

Votre Rapporteur a exposé que cet amendement serait difficile à appliquer, en particulier pour l'attestation du médecin.

M. Alain Léger a approuvé l'idée que la femme doit pratiquer la contraception après l'avortement. Mais on ne peut l'y obliger, et en quelque sorte la fichier, sans atteinte à sa liberté.

M. François Autain a contesté l'efficacité de l'amendement, et même son applicabilité. Il faut informer, persuader, et non imposer.

M. Gilbert Barbier a indiqué que son amendement n'avait d'autre but que d'aider les femmes en détresse.

L'amendement n'a pas été adopté.

Art. L. 162-7

— Elle a adopté ensuite un amendement de M. Alexandre Bolo, exigeant que le *consentement de la mineure célibataire soit donné*, hors de la présence de ses parents ou de son représentant légal, afin d'empêcher que des femmes mineures se fassent avorter sous la pression de leur famille.

La Commission avait auparavant rejeté deux amendements de Mme Jacq et de Mme Horvath supprimant la nécessité de l'autorisation parentale pour les femmes mineures ;

Votre Rapporteur n'a pas contesté l'existence de cas dramatiques ; mais ces cas peuvent être réglés par l'institution de la tutelle, sans qu'il soit porté atteinte à l'autorité parentale.

Mme Jacq a répliqué que, puisque les mineures pouvaient utiliser la contraception sans autorisation parentale, il devrait en être de même pour l'avortement qui constitue un échec de la contraception.

M. Millet a indiqué qu'il était d'accord sur le principe, mais qu'un amendement de Mme Horvath s'orientait plutôt vers l'idée d'aide effective de la famille en ne faisant plus de l'autorisation une condition obligatoire de l'avortement.

La Commission a adopté ensuite :

Art. 390
du Code civil

— un amendement de M. Barbier modifiant l'article 390 du Code civil en vue de permettre l'*ouverture de la tutelle*, sous le contrôle du juge, pour les mineures enceintes de plus de seize ans, qui désirent conserver leur enfant ;

Votre Rapporteur a approuvé cet amendement qui renforce les garanties données à la libre expression de la volonté des mineures.

Art. L. 162-8
du Code de la
santé publique

— un amendement de M. François Autain faisant obligation au médecin qui refuse de pratiquer l'I.V.G. de remettre à la femme la liste des centres où celle-ci peut être effectuée.

M. Jean-Pierre Delalande a critiqué la dernière phrase de l'amendement (obligation pour les médecins hostiles à l'avortement de se faire inscrire comme tels) qui conduit tout droit au fichage des médecins et des femmes.

M. Gilbert Millet a déclaré qu'il faut respecter la conscience des médecins et en même temps donner des garanties aux femmes.

M. Autain a accepté de retirer le dernier paragraphe de l'amendement, qui n'avait pour but que de faire gagner du temps aux femmes.

L'amendement a été adopté dans une version réduite à une partie du deuxième alinéa.

— un amendement du Rapporteur imposant aux centres hospitaliers publics non spécialisés de mettre à la disposition des médecins pratiquant des I.V.G. les *moyens nécessaires* à la réalisation de ces interventions. En réponse à M. Taugourdeau, le Rapporteur a indiqué, que les *hôpitaux ruraux*, qui ne disposent pas d'équipements lourds, devaient être exclus de cette obligation ;

— un amendement du Rapporteur insérant un article L. 798-1 du Code de la santé publique, *interdisant au médecin chef de service d'un établissement public de s'opposer à la pratique d'I.V.G.* dans son service par d'autres médecins et le dégageant, dans ce cas, de ses responsabilités. Le Rapporteur a souligné l'importance fondamentale de cet amendement ;

La Commission a rejeté :

Art. L. 162-9

— un amendement de M. Joseph Legrand et les membres du groupe communiste, instituant dans les établissements hospitaliers publics des *services chargés d'étudier et d'informer sur la maîtrise de la sexualité et de la fécondité* ;

La Commission a également adopté :

— un amendement de M. Bolo conférant aux Conseils de l'Ordre des médecins et des sages-femmes, ainsi qu'à leurs syndicats et aux associations familiales le droit de citation directe et de constitution de partie civile pour les infractions relatives à l'I.V.G.

Le Rapporteur a approuvé cet amendement. Il lui paraît particulièrement utile que les professions médicales puissent intervenir en justice à ce sujet.

Art. L. 178-1
du Code de la
santé publique

— un amendement de M. Barbier assouplissant la règle du quota fixée par un amendement parlementaire en 1974. Après enquête et en vertu d'une dérogation temporaire, le quota pourra être porté à 30 % pour les établissements privés situés dans les régions où les hôpitaux publics ne peuvent satisfaire aux demandes légalement fondées (art. L. 178-1).

M. Millet a exposé le souci de son groupe d'éviter que les établissements privés ne deviennent des avortoirs adonnés au mercantilisme. Le quota doit être conservé. Au reste, si les I.V.G. sont pratiquées dans des établissements assez nombreux, il n'y aura nul besoin de dépasser le quota.

M. Gérard Bapt a fait remarquer que tant que l'I.V.G. ne sera pas remboursée par la sécurité sociale, il sera impossible de savoir combien d'I.V.G. sont pratiquées dans les établissements privés.

Pour M. Gilbert Barbier, il existe certaines régions où les établissements publics ne peuvent accueillir toutes les femmes ; les établissements privés doivent pouvoir les suppléer, y compris par une augmentation de quota.

Le Rapporteur s'est déclaré contre l'extension des quotas, qui provoquera de réelles difficultés d'application.

Art. L. 162-11 — un amendement du Rapporteur supprimant les conditions spécifiques figurant actuellement dans la loi de 1975 et réglementant la pratique des I.V.G. pour les ressortissantes étrangères.

Le Rapporteur a exposé qu'il convenait de mettre fin à une discrimination anormale.

M. Jean-Pierre Delalande a évoqué le cas des hôpitaux frontaliers et M. Roger Fourneyron demandé si les femmes étrangères compteraient dans le quota de 25 %.

Art. L. 162-12 — des amendements de Mmes Goeuriot et Moreau assouplissant les conditions mises par la loi pour la pratique des avortements thérapeutiques ;

Art. 8 de la loi n° 75-17 — un amendement de M. Gérard Bapt au nom du groupe socialiste et un amendement de Mme Fraysse-Cazalis, groupe communiste, prévoyant le *remboursement des I.V.G. par les organismes de sécurité sociale*. Le Rapporteur avait indiqué qu'une telle mesure coûterait 100 millions de francs et s'est interrogé sur d'autres priorités pour l'utilisation d'une telle somme ;

Art. 647 du Code de la santé publique — un amendement de Mme Horvath et les membres du groupe communiste, *supprimant les pénalités encourues en cas de provocation, propagande ou publicité en faveur de l'avortement* ;

— un amendement de M. Alain Léger, au nom du groupe communiste prévoyant le *dépôt annuel*, devant le Parlement d'un *rapport sur les conditions d'application de la loi*.

Article 2.

Loi n° 67-1176 A l'article 2, la Commission a rejeté deux amendements de Mme Jacq et de M. Autain, au nom du groupe socialiste, supprimant les pénalités et toutes dispositions répressives en cas de propagande ou incitation à l'I.V.G. et de publicité sur les méthodes ou produits contraceptifs.

L'article 2 a été adopté par la Commission.

La Commission a rejeté enfin un amendement de Mme Jacq et des membres du groupe socialiste proposant une *nouvelle rédaction du titre* du projet, qui y incluait l'information sexuelle et à la diffusion des méthodes de contraception. Mme Marie Jacq a déclaré qu'elle voyait dans ce vote le symbole de l'orientation de la Commission, qui se refuse à accorder l'importance qu'elle mérite à la contraception. Elle regrette que son groupe, malgré ses efforts, n'ait pu infléchir cette orientation.

Passant au vote sur l'ensemble du texte, ainsi modifié, la Commission a adopté le projet de loi.

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Avant l'article premier.

Article additionnel.

L'information sexuelle et la contraception doivent être intégrées à la formation initiale et permanente des membres du corps enseignant, des travailleurs sociaux, des médecins et du personnel paramédical.
(Amendement n° 39.)

Article additionnel.

Les moyens d'information, notamment la radio et la télévision, doivent mener une grande campagne d'information scientifique et populaire sur la contraception. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances.
(Amendement n° 40.)

Article additionnel.

La recherche en contraception féminine et masculine doit être largement développée. A cette fin, l'I.N.S.E.R.M. et le C.N.R.S. organiseront ces études
(Amendement n° 41.)

Code pénal.

Article premier.

Art. 317. — Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans, et d'une amende de 1.800 F à 60.000 F.

L'article 317 du Code pénal est complété par un sixième alinéa rédigé ainsi qu'il suit :

Article premier.

(Sans modification.)

Texte en vigueur

L'emprisonnement sera de cinq ans à dix ans et l'amende de 18.000 F à 120.000 F s'il est établi que le coupable s'est livré habituellement aux actes visés au paragraphe précédent.

Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 360 F à 20.000 F la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet.

Les médecins, officiers de santé, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine, les étudiants ou employés en pharmacie, herboristes, bandagistes, marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers, infirmières, masseurs, masseuses, qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement seront condamnés aux peines prévues aux paragraphes premier et second du présent article. La suspension pendant cinq ans au moins ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession seront, en outre, prononcées contre les coupables.

Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession prononcée en vertu du paragraphe précédent sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus et d'une amende de 3.600 F au moins et de 60.000 F au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Texte du projet de loi

« Les dispositions des quatre premiers alinéas du présent article ne sont pas applicables lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée, soit dans les conditions fixées par l'article L. 162-12 du Code de la santé publique, soit avant la fin de la dixième semaine, par un médecin, dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du Code de la santé publique. »

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975

TITRE PREMIER

Article premier.

La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art. 2.

Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du Code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du Code de la santé publique.

TITRE II

Art. 3.

Après le chapitre III du titre premier du Livre II du Code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé « Interruption volontaire de la grossesse ».

Art. 4.

La section I du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique est ainsi rédigée :

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Après l'article premier.

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975

Texte en vigueur

« SECTION I

« Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine.

« Art. 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. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

« Art. L. 162-2. — L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

« Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

« Art. L. 162-3. — Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

« 1° informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

« 2° remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant :

« a) l'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel.

Le début de l'article L. 162-1 du Code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1. — La femme enceinte placée dans un état de nécessité peut... » (Le reste sans changement.) (Amendement n° 42.)

Article additionnel.

Le troisième alinéa de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 2° remettre à l'intéressée un dossier-guide remis à jour annuellement comportant notamment : (Amendements n° 43 et 44.)

Texte en vigueur

« b) la liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 162-4.

« Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

« Art. L. 162-4. — Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-3, peut consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

« Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

« Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du Code pénal.

« Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

« Art. L. 162-5. — Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel.

Le cinquième alinéa b) de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est complété par le membre de phrase suivant :

« b) la liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 162-4 ainsi qu'une nomenclature des organisations familiales d'assistance.

(Amendement n° 45.)

Article additionnel.

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-4 du Code de la santé publique est ainsi complété :

« Cette consultation...

... sociaux posés en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant. »

(Amendement n° 55.)

Article additionnel.

L'article L. 162-5 du Code de la santé publique est complété par le membre de phrase suivant :

« Art. L. 162-5. — Si la femme...

Texte en vigueur

articles L. 162-3 et L. 162-4 sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

« Art. L. 162-6. — En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

« L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 et L. 162-5.

« Art. L. 162-7. — Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis. »

Code civil.

Art. 390. — La tutelle s'ouvre lorsque le père et la mère sont tous deux décédés ou se trouvent dans l'un des cas prévus à l'article 373.

Elle s'ouvre, aussi, à l'égard d'un enfant naturel, s'il n'a ni père ni mère qui l'aient volontairement reconnu.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

...de la femme, sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision. (Amendement n° 46.)

Article additionnel.

L'article L. 162-7 du Code de la santé publique est complété par la phrase suivante :

« Art. L. 162-7. — Si la femme est...

...requis. Ce consentement devra être accompagné de celui de la mineure célibataire se trouvant enceinte ; ce dernier étant donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal. »

(Amendement n° 47.)

Article additionnel.

Il est inséré après le deuxième alinéa de l'article 390 du Code civil la disposition suivante :

Texte en vigueur

Il n'est pas dérogé aux lois particulières qui régissent le service de l'aide sociale à l'enfance.

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975.

« Art. L. 162-8. — Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci, mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

« Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

« Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

« Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« La tutelle s'ouvre également sous le contrôle du juge des tutelles à l'égard d'une mineure enceinte de plus de seize ans si elle en formule la demande dans le but de conserver son enfant. » (Amendement n° 48.)

Article additionnel.

Le premier alinéa de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique est ainsi complété :

« Art. L. 162-8. — Un médecin...

...refus et lui remettre la liste des centres où sont effectuées les interruptions volontaires de grossesse.

(Amendement n° 49.)

Article additionnel.

L'article L. 162-8 du Code de la santé publique est complété par le nouvel alinéa ainsi rédigé :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la santé publique

Art. L. 798. — L'agent chargé d'assurer la marche d'un service est responsable à l'égard de ses chefs de l'autorité qui lui a été conférée pour cet objet et de l'exécution des ordres qu'il a donnés. Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975.

« Art. L. 162-9. — Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

« Art. L. 162-10. — Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

« Les centres hospitaliers publics non spécialisés sont tenus de mettre à la disposition des médecins pratiquant des I.V.G. les moyens nécessaires à la réalisation de ces interventions. »

(Amendement n° 50.)

Article additionnel.

Après l'article L. 798 du Code de la santé publique, il est inséré l'article L. 798-1 ainsi rédigé :

(Amendement n° 50.)

« Art. L. 798-1. — Le médecin-chef de service d'un établissement hospitalier public qui refuse de pratiquer personnellement des interruptions volontaires de grossesse ne peut s'opposer à ce qu'il soit procédé à ces interventions dans son service par les autres médecins dudit service.

« Dans ce cas, il est déchargé des responsabilités qui lui incombent en vertu de l'article L. 798 du présent Code. »

(Amendement n° 51.)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel.

L'article L. 162-11 du Code de la santé publique est abrogé.

(Amendement n° 52.)

« Art. L. 162-11. — L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

« Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7. »

Art. 5.

La section II du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique est ainsi rédigée :

« SECTION II

« Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique.

« Art. L. 162-12. — L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre doit être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.

« Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée; deux autres sont conservés par les médecins consultants.

« Art. L. 162-13. — Les dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-8 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique. »

Texte en vigueur

Art. 6.

La section III du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique est ainsi rédigée :

« SECTION III

« Dispositions communes.

« Art. L. 162-14. — Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent chapitre. »

TITRE III

Art. 7.

I. — L'intitulé de la section I du chapitre V du Livre II du Code de la santé publique est modifié comme suit :

« SECTION I

« Etablissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes. »

II. — A l'article L. 176 du Code de la santé publique les mots « une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé » sont remplacés par les mots « un établissement d'hospitalisation privé ».

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel.

Il est inséré dans le Code de la santé publique un article L.162-15 ainsi rédigé :

« Le Conseil de l'ordre des médecins et le Conseil de l'ordre des sages-femmes, les syndicats de médecins et les syndicats de sages-femmes ainsi que les associations familiales visés à l'article 3 du Code de la famille ont le droit de citation directe et de constitution de partie civile relativement aux infractions à la loi concernant l'interruption volontaire de grossesse et à l'article 317 du Code pénal. »

(Amendement n° 53.)

Texte en vigueur

III. — L'article L. 178 du Code de la santé publique est modifié comme suit :

« Art. L. 178. — Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé, prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6, deuxième alinéa, et L. 162-9 à L. 162-11. »

IV. — Il est introduit dans le Code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 178-1. — Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.

« Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récidive, la fermeture sera définitive. »

Art. 8.

Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel.

Le premier alinéa de l'article L. 178-1 du Code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« Toutefois, après enquête et dérogation accordée par le ministre de la Santé, le quota pourra être fixé à 30 % pour les établissements situés dans des régions où les établissements publics ne peuvent satisfaire les demandes légalement fondées. Cette dérogation est valable pour un an et reconductible. »

(Amendement n° 54.)

Texte en vigueur

Art. 9.

Il est ajouté au titre III, chapitre VII du Code de la famille et de l'aide sociale un article L. 181-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 181-2. — Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret. »

Art. 10.

L'article L. 647 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 647. — Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du Code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2.000 à 20.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer une interruption de grossesse.

« En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du Code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissement, directeurs ou gé-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

rants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie. »

Art. 11.

Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre premier restera en vigueur.

L'application des articles L. 161-1, L. 650 et L. 759 du Code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Art. 12.

Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du Code pénal est ainsi rédigé :

« Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance... »
(Le reste sans changement.)

Art. 13.

En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 14.

Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Art. 15.

Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

Art. 16.

Le rapport sur la situation démographique de la France, présenté chaque année au Parlement par le ministre chargé de la Population, en application de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, comportera des développements sur les aspects socio-démographiques de l'avortement.

En outre, l'Institut national d'études démographiques analysera et publiera, en liaison avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 162-10 du Code de la santé publique.

Code de la santé publique.

Art. L. 161-1. — Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige, soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près le tribunal de grande instance, qui, après examen et discussion, attesteront que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique. Un des exemplaires de la consultation sera remis à la malade, les deux autres conservés par les deux médecins consultants.

Art. L. 650. — Lorsque l'avortement aura été consommé à la suite des manœuvres ou des pratiques prévues au dernier alinéa de l'article L. 647, les dispositions de l'article 317 du Code pénal seront appliquées aux auteurs desdites manœuvres ou pratiques.

Texte du projet de loi

Art. 2.

Les articles 2 et 11 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 ainsi que les articles L. 161-1 et L. 650 du Code de la santé publique sont abrogés.

Propositions de la Commission

Art. 2.

(Sans modification.)

AMENDEMENTS SOUMIS A LA COMMISSION ET NON ADOPTÉS PAR ELLE

Avant l'article premier.

Amendement présenté par M. Francisque Perrut :

Article additionnel.

« I. — La validité de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, est prorogée jusqu'à l'adoption d'une loi-cadre sur la famille, la protection de la mère et de l'enfant, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 1980.

« II. — En conséquence, supprimer les articles premier et 2. »

Amendement présenté par M. Jacques Brunhes et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

Il est ajouté à la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 un article additionnel après l'article premier ainsi rédigé :

« La présente loi s'assigne comme but de mettre dans les plus courts délais, à la disposition de tous, jeunes, femmes, hommes et couples, l'accès à l'éducation sexuelle et à l'information sur la contraception.

« L'éducation sexuelle, partie intégrante de l'éducation globale, est, à tous les niveaux de la scolarité, assumée par le service public d'éducation, avec tous les moyens nécessaires dégagés à cet effet. Dans chaque classe du second degré est introduit un programme défini en concertation avec tous les intéressés associant les connaissances scientifiques de la reproduction humaine, l'apprentissage de la liberté et la responsabilité, la connaissance et l'apprentissage de l'égalité des sexes, remettant en cause l'ancienne hiérarchie et l'ancienne division des rôles. »

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« Il est créé des centres d'orthogénie qui ont pour vocation générale :

- « — de diffuser l'information sexuelle ;
- « — d'assurer des consultations de contraception avec délivrance de contraceptifs ;
- « — d'effectuer des consultations prénatales ou de stérilité ;
- « — de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse.

« Tous les centres n'assurent pas nécessairement l'ensemble des prestations, mais tout centre qui pratique des interruptions volontaires de grossesse doit obligatoirement offrir des consultations de contraception. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

Il est ajouté à la loi du 17 janvier 1975 un article additionnel avant l'article 2 ainsi rédigé :

« Les centres de contraception doivent être largement développés et viser, par l'intermédiaire d'équipes pluridisciplinaires, à répondre, dans les domaines psycho-affectifs et médicaux, à la demande concernant la contraception et plus généralement la sexualité. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Chonavel et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

Il est ajouté à la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 un article additionnel avant l'article 2 ainsi rédigé :

« L'implantation de centres de contraception se fait sur la base d'une carte sanitaire établie afin d'assurer une répartition géographique harmonieuse.

« Ils sont développés en priorité dans les régions qui sont encore dépourvues ou peu équipées.

« Le coût de leur fonctionnement est pris en charge dans les conditions de subventionnement actuelles. »

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« Les centres d'orthogénie sont des établissements publics soumis à la tutelle des départements.

« Un décret en Conseil d'Etat déterminera la composition de leurs organismes directeurs où seront représentés les usagers, les associations intéressées, les personnels et les collectivités locales. »

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« Dans chaque commune ayant un ou plusieurs établissements d'hospitalisation public et auprès d'au moins un de ces établissements, il est créé un centre d'orthogénie remplissant l'ensemble des fonctions assignées à ces centres. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

Il est ajouté à la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 un article additionnel avant l'article 2 ainsi rédigé :

« La formation des médecins et des personnels médicaux et sanitaires comporte l'acquisition des connaissances en matière de contraception. L'enseignement public prépare aux différentes formations des personnels des centres de contraception. »

Amendement présenté par Mme Marie Jacq et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« Après le cinquième alinéa de l'article 15 de la loi n° 74-696 du 7 août 1974 relative à la radiodiffusion et à la télévision, ajouter l'alinéa suivant :

« Le cahier des charges ménage aux heures de grande écoute un temps suffisant pour l'information sexuelle et la contraception. Le cahier des charges actuellement applicable est révisé en conséquence. »

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« L'article 3 de la loi du 28 décembre 1967 est rédigé comme suit :

« Art. 3. — La vente des produits, médicaments et objets contraceptifs est subordonnée à une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le ministre chargé de la Santé.

« Elle est effectuée en pharmacie et dans les centres d'orthogénie. Les contraceptifs inscrits sur un tableau spécial par décision du ministre chargé de la Santé sont délivrés sur ordonnance médicale. L'insertion des contraceptifs intra-utérins est pratiquée par un personnel médical ou paramédical qualifié dans un centre d'orthogénie, un centre de soins agréé ou un cabinet médical aux conditions fixées par décret. »

Article premier.

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Après les mots :

« soit dans les conditions fixées par l'article L. 162-12 du Code de la santé publique », remplacer les mots :

« soit avant la fin de la dixième semaine »,

par :

« soit avant la fin de la quatorzième semaine ».

Après l'article premier.

Amendement présenté par Mme Marie Jacq et les membres du groupe socialiste et apparentés (1) :

Article additionnel.

« Le titre de la section I du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique est modifié comme suit :

« Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la quatorzième semaine. »

(1) Amendement devenu sans objet du fait d'une décision précédente de la Commission.

Amendement présenté par Mme Marie Jacq et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« Le début de l'article L. 162-1 du Code de la santé publique est modifié comme suit :
« Toute femme enceinte a le droit de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse dans les conditions fixées par le présent titre. » (*Le reste sans changement.*)

Amendement présenté par M. Alain Léger et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

A l'article L. 162-1 du Code de la santé publique.
« Au début du premier alinéa de cet article substituer aux mots :
« que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse »,
les mots :
« qui veut interrompre sa grossesse fait la demande à un médecin ».

Amendement présenté par M. Hector Rolland (1) :

Article additionnel.

« Le début de l'article L. 162-1 du Code de la Santé publique est ainsi rédigé :
« La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse, telle qu'elle est définie par un décret en Conseil d'Etat, peut demander à un médecin... » (*Le reste sans changement.*)

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste (1) :

Article additionnel.

« La fin de l'article L. 162-1 du Code de la santé publique est modifié comme suit :
« Cette interruption est pratiquée avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse. »

Amendement présenté par M. Joseph Legrand et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

A l'article L. 162-1 du Code de la santé publique :
« A la fin du premier alinéa de cet article substituer au mot :
« dixième »,
le mot :
« douzième ».

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Delalande :

Article additionnel.

« Après l'article L. 162-1 du Code de la santé publique, il est inséré un nouvel article ainsi rédigé :

(1) Amendement devenu sans objet du fait d'une décision précédente de la Commission.

« Dès lors qu'une première interruption volontaire de grossesse a été pratiquée, il ne peut en être autorisé de seconde, sauf pour motif thérapeutique. »

Amendement présenté par M. Alexandre Bolo :

Article additionnel.

« L'article L. 162-1 est complété par un nouvel alinéa ainsi rédigé :
« Toutefois, en ce qui concerne les femmes mariées, aucune interruption de grossesse prévue au premier alinéa ne pourra être pratiquée avant une deuxième naissance. »

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés (1) :

Article additionnel.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 162-2 du Code de la santé publique est modifié comme suit :
« Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public, dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 ou dans un centre d'orthogénie. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

A l'article L. 162-1 du Code de la santé publique :
« I. — Ajouter au dernier alinéa de l'article L. 162-2 du Code de la santé publique un alinéa additionnel ainsi rédigé :
« Elle implique la création de services spécialisés dans tous les établissements d'hospitalisation publics dégageant les moyens matériels et en personnel médical et paramédical. »
« II. — De manière à compenser les dépenses entraînées par l'application de l'alinéa précédent, un décret en Conseil d'Etat fixera le taux d'augmentation de l'impôt sur le bénéfice des sociétés pour les sociétés pharmaceutiques. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

A l'article L. 162-1 du Code de la santé publique :
« Ajouter à cet article un alinéa additionnel rédigé comme suit :
« Dans les services d'I.V.G. des établissements d'hospitalisation publics, une structure d'accueil doit être mise en place permettant d'intervenir efficacement au plan médical, social et psychologique auprès des femmes. »

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés (1) :

Article additionnel.

« L'article L. 162-2 du Code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :
« Tout établissement d'hospitalisation public auprès duquel est situé un centre d'orthogénie est tenu, dans le cadre de sa mission de service public, de donner suite à toutes les demandes d'interruptions volontaires de grossesse présentées dans les conditions fixées par le présent titre. »

(1) Amendement devenu sans objet du fait d'une décision précédente de la Commission.

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« L'article L. 162-3 du Code de la santé publique est abrogé. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

L'article L. 162-3 du Code de la santé publique est rédigé ainsi :

« Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

« I. — Informer celle-ci des conditions spécifiques et du sérieux de cet acte médical, de façon à lui donner les éléments du choix, sans chercher à influencer sa décision.

« II. — Remettre à l'intéressée la liste et les adresses des services sociaux ou autres organismes agréés si elle exprime le désir de les consulter. »

Amendement présenté par M. Gilbert Barbier :

Article additionnel.

« Le quatrième alinéa (a) de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« Seront mentionnées dans ce dossier les différentes possibilités d'aide financière à la famille, au parent isolé, ainsi que les incidences fiscales résultant de l'accroissement des familles. »

Amendement présenté par M. Gilbert Barbier :

Article additionnel.

« Il est inséré après le cinquième alinéa (b) de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique le nouvel alinéa suivant :

« 3° L'inviter à consulter un de ses confrères d'une spécialité différente de la sienne, ou psychiatre, ou chirurgien obstétricien, ou gynécologue, qui devra se mettre en rapport avec lui. »

Amendement présenté par Mme Marie Jacq et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« L'article L. 162-4 du Code de la santé publique est modifié comme suit :

« La femme enceinte qui demande une interruption volontaire de grossesse peut consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un centre d'orthogénie, un service social ou un autre organisme agréé.

« Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés, sans qu'aucune pression ne soit exercée à l'encontre de la décision de la femme au cours de l'entretien.

« Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du Code pénal.

« Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

A l'article L. 162-4 du Code de la santé publique :

« Substituer dans le premier alinéa de cet article aux mots :

« doit après la démarche prévue à l'article L. 162-3 »,

les mots :

« peut, si tel est son souhait ». »

Amendement présenté par M. Alexandre Bolo :

Article additionnel.

« Au premier alinéa de l'article L. 162-4, les mots : « s'estimant » sont supprimés. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste (1) :

Article additionnel.

A l'article L. 162-4 du Code de la santé publique :

« Supprimer à la fin du premier alinéa de cet article les mots :

« qui devra lui délivrer une attestation de consultation ». »

Amendement * présenté par M. Alexandre Bolo :

Article additionnel.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 162-4 du Code de la santé publique est ainsi complété :

« En vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant, les conditions d'examen et de contrôle des consultations seront déterminées par le décret prévu par l'article L. 162-14 (nouveau) et suivant. »

Amendement présenté par M. Alexandre Bolo :

Article additionnel.

« Le dernier alinéa de l'article L. 162-4 est complété par la phrase suivante :

« Lorsque le père fait opposition à l'I.V.G. demandée par la mère enceinte, il ne peut plus être donné suite à la demande si le père prend par écrit devant la future mère l'engagement d'élever l'enfant. »

Amendement présenté par Mme Marie Jacq et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« L'article L. 162-5 du Code de la santé publique est abrogé. »

(1) Amendement devenu sans objet du fait d'une décision précédente de la Commission.

(*) Seul le premier membre de phrase a été adopté par la Commission (en italique).

Amendement présenté par Mme Jacqueline Chonavel et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

Article L. 162-5 du Code de la santé publique :

« Rédiger ainsi le texte de cet article :

« La décision de l'I.V.G. est prise par la femme après un colloque singulier, assorti d'un examen médical, entre celle-ci et le médecin de son choix.

« Le médecin peut lui conseiller un délai de quelques jours de réflexion qui ne doit en aucun cas faire pression sur sa décision. Ce délai, ne pouvant excéder une semaine, est facultatif et consenti par la femme, la décision finale lui revenant. »

Amendement présenté par M. Gilbert Barbier :

Article additionnel.

« L'article L. 162-6 du Code de la santé publique est complété par le nouvel alinéa suivant :

« Dans le délai d'un mois consécutif à l'interruption, la femme doit, soit consulter de nouveau le médecin qui a pratiqué l'avortement pour qu'elle choisisse le moyen contraceptif le plus approprié, soit lui faire parvenir une attestation médicale stipulant la prise en charge de cette contraception. Le non-respect de cette clause impliquera pour le médecin le devoir de signaler sa patiente à la Direction départementale d'action sanitaire et sociale (D.D.A.S.S.). »

Amendement présenté par Mme Marie Jacq et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« L'article L. 162-7 du Code de la santé publique est rédigé comme suit :

« Si la femme est mineure célibataire, le consentement du représentant légal n'est requis ni pour l'interruption volontaire de grossesse, ni, le cas échéant, pour l'anesthésie nécessaire à cet acte médical. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

Rédiger ainsi le premier alinéa de l'article L. 162-7 du Code de la santé publique :

« Si la femme est une mineure célibataire, l'aide morale de ses parents (ou de l'un des parents) est recherchée par le médecin ou un travailleur social. La décision définitive est prise par la jeune fille. »

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés (*) :

Article additionnel.

« Le premier alinéa de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique est remplacé par les alinéas suivants :

« La clause de conscience invoquée pour ne pas pratiquer l'interruption volontaire de grossesse est strictement personnelle et ne peut avoir pour conséquence d'empêcher le fonctionnement normal du service public hospitalier.

(*) La Commission n'a adopté que la deuxième partie du deuxième alinéa de cet amendement (en italique).

« Tout médecin qui refuse de pratiquer une interruption volontaire de grossesse doit en informer l'intéressée dès sa première visite et lui remettre la liste des centres où sont effectuées les interruptions volontaires de grossesse.

« Les médecins qui invoquent la clause de conscience le font connaître à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale. Celle-ci en publie la liste et la tient à jour. »

Amendement présenté par Mme Colette Privat et les membres du groupe communiste (1) :

Article additionnel.

« Ajouter au premier alinéa de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique :

« et doit l'adresser à un autre médecin ou établissement pouvant répondre à sa demande ». »

Amendement présenté par M. Alain Léger et les membres du groupe communiste (1) :

Article additionnel.

« Ajouter un alinéa additionnel, après le deuxième alinéa de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique, ainsi rédigé :

« Le respect de la clause de conscience d'un médecin ne peut en aucun cas entraîner la non-application de la présente loi pour un établissement d'hospitalisation public. »

Amendement présenté par M. Joseph Legrand et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

L'article L. 162-9 du Code de la santé publique est complété ainsi :

« I. — Ajouter au premier alinéa de cet article un alinéa additionnel ainsi rédigé :

« Un service ayant vocation d'étudier et d'informer de la maîtrise de la sexualité et de la fécondité est créé dans ces établissements. Les petites unités hospitalières publiques et privées doivent se mettre en liaison avec un tel service.

« II. — De manière à compenser les dépenses entraînées par l'application de l'alinéa précédent, un décret en Conseil d'Etat fixera le taux d'augmentation de l'impôt sur le bénéfice des sociétés pour les sociétés pharmaceutiques. »

Amendement présenté par Mme Marie Jacq et les membres du groupe socialiste et apparentés (1) :

Article additionnel.

« L'article L. 162-11 du Code de la santé publique est rédigé comme suit :

« L'interruption volontaire de grossesse est autorisée sans aucune condition d'âge, de nationalité, de durée ou de titre de séjour. »

(1) Amendement devenu sans objet du fait d'une décision précédente de la Commission.

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste (1) :

Article additionnel.

« Le premier alinéa de l'article L. 162-11 du Code de la santé publique est rédigé ainsi :

« Les femmes étrangères qui désirent recourir à l'I.V.G. en France bénéficient de l'égalité en droits avec les Françaises.

« Les établissements d'hospitalisation publics et les établissements d'hospitalisation privés satisfaisant aux dispositions de l'article 176 doivent obligatoirement accueillir en priorité les demandes d'I.V.G. présentées par les femmes françaises et les femmes étrangères résidant en France. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

A l'article L. 162-12 du Code de la santé publique :

« Supprimer dans le deuxième alinéa de cet article les mots : « l'autre être inscrit sur une liste d'experts près de la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel ».

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

A l'article L. 162-12 du Code de la santé publique :

« Supprimer le troisième alinéa de cet article. »

Amendement présenté par M. Gérard Bapt et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« I. — L'article 8 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse est abrogé.

« II. — A l'article L. 283 a) du Code de la sécurité sociale, après les mots :

« des frais d'hospitalisation »,

sont ajoutés les mots :

« y compris les frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre I du Livre II du Code de la santé publique ».

« III. — L'article L. 283 du Code de la sécurité sociale est complété par un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions de l'article L. 286 du Code de la sécurité sociale sont applicables aux interruptions volontaires de grossesse. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Chonavel et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

Ajouter à l'article 8 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 les mots : « quel que soit l'établissement dans lequel elle est pratiquée ».

(1) Amendement devenu sans objet du fait d'une décision précédente de la Commission.

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

A l'article L. 181-2 du Code de la famille et de l'aide sociale :

« I. — Substituer aux mots :

« dans les conditions fixées par décret »,

les mots :

« à 100 % par la Sécurité sociale ».

« II. — Pour couvrir ces dépenses entraînées un décret fixera le taux d'augmentation des cotisations de Sécurité sociale versées par les employeurs du secteur privé en tenant compte des résultats financiers des entreprises, notamment des ressources réellement dégagées et des niveaux de productivité. »

Amendement présenté par M. Gilbert Millet et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

« L'article L. 647 du Code de la santé publique fixé par l'article 10 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 est abrogé. »

Amendement présenté par Mme Colette Privat et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

L'article 13 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 est rédigé ainsi :

« L'I.V.G. ne doit pas constituer un moyen de régulation des naissances.

« 1. A cet effet, le Gouvernement doit prendre toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée de centres de planification des naissances dans les hôpitaux, les centres de protection maternelle et infantile (y compris les consultations itinérantes dans les villages), les entreprises, les zones industrielles, les universités, les grandes cités populaires.

« 2. L'adresse des centres de contraception est diffusée dans tous les lieux publics (les mairies, services sociaux, centres de santé, hôpitaux, cliniques, P.M.I., entreprises, lycées, facultés). »

Amendement présenté par M. Alain Léger et les membres du groupe communiste :

Article additionnel.

Il est ajouté à la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 un article additionnel avant l'article 16 ainsi rédigé :

« Chaque année les ministres de la Santé, de la Condition féminine, de l'Education et de l'Information présenteront devant le Parlement un rapport sur les conditions d'application de la présente loi. Ce rapport sera inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale et sera suivi d'un vote. »

Article 2.

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Après les mots :

« ainsi que les articles L. 161-1 »,

insérer les mots :

« L. 647 ». (*Le reste sans changement.*)

Amendement présenté par Mme Marie Jacq et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Compléter cet article par un deuxième alinéa :

« L'article 5 de la loi du 28 décembre 1967 modifiée est abrogé. »

Après l'article 2.

Amendement présenté par M. François Autain et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Article additionnel.

« L'article 5 de la loi du 28 décembre 1967 modifiée est modifié comme suit :

« Toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives est interdite, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens. »

Titre du projet de loi.

Amendement présenté par Mme Marie Jacq et les membres du groupe socialiste et apparentés :

Rédiger comme suit le titre du projet de loi :

« Projet de loi relatif à l'information sexuelle, à la diffusion des méthodes de contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. »