

N° 122

# SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1979-1980

Annexe au procès-verbal de la séance du 14 décembre 1979.

## DEUXIÈME RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi,*  
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, APRÈS DÉCLARATION D'UR-  
GENCE, *relatif à l'interruption volontaire de la grossesse.*

Par M. Jean MÉZARD,

Sénateur.

---

(1) *Cette commission est composée de :* MM. Robert Schwint, *président* ; René Touzet, Jacques Henriot, Bernard Lemarié, Hector Viron, *vice-présidents* ; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mezard, André Rabineau, *secrétaires* ; Jean Amelin, Hamadou Barkat Gourat, Mme Marc-Claude Beaudou, M. Jean Beranger, Noël Berrier, Jacques Bialski, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagonia, Jean Desmarests, Guy Durbec, Charles Ferrant, Pierre Gamboa, Marcel Gargat, Mme Cecile Goldet, M. Jean Gravier, André Jouany, Michel Labéguerie, Edouard Le Jeune, Roger Lise, Pierre Louvot, Marcel Mathy, André Méric, Henri Moreau, Michel Moreigne, Jean Nataf, Bernard Pellarin, Guy Robert, Victor Robini, Pierre Sallenave, Albert Sirgae, Bernard Talon, Georges Treille, Jean Varlet, Jacques Verneuil.

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (6<sup>e</sup> législ.) :** 1328, 1403 et in-8° 235.

**Sénat :** 74, 97 (1979-1980).

---

**Avorter. nt. — 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. — Rappel de la loi du 17 janvier 1975 .....	5
PREMIÈRE PARTIE. — Pourquoi reconduire la loi de 1975 .....	9
I. — Deux solutions extrêmes à exclure .....	10
1. La légalisation de l'avortement a eu des effets positifs incontestables sur la santé des femmes .....	10
A. — Les méfaits de l'avortement clandestin .....	10
B. — L'I.V.G. n'est pas une intervention bénigne .....	10
2. Tant le retour à la législation répressive de 1920 que l'absence de toute loi remettraient ces acquis en question .....	11
A. — Le retour à la loi de 1920 : irréaliste .....	11
B. — L'absence de toute loi : inacceptable .....	12
II. — Deux craintes qui semblent sans fondement .....	13
1. La loi de 1975 n'a pas d'incidences directes sur la natalité .....	13
A. — La baisse de la fécondité .....	13
B. — Les causes réelles et les remèdes se situent bien au-delà du problème de l'avortement .....	14
2. La loi incite-t-elle à l'interruption de grossesse ? .....	15
A. — La stabilité du nombre d'avortements .....	15
B. — Des conclusions nuancées .....	16
DEUXIÈME PARTIE. — Comment consolider la législation en vigueur pour en permettre l'application la plus rigoureuse .....	19
I. — Préserver les aspects libéraux de la loi .....	20
1. Respecter la volonté de la femme mais développer sa responsabilité ..	20
A. — Respecter la volonté de la femme .....	20
• La détresse .....	20
• La convenance .....	21
B. — Développer la responsabilité de la femme et du couple .....	22
• Renforcer l'entretien social .....	22
• Assurer l'éducation contraceptive .....	23

	Pages
2. Respecter les convictions des médecins et des personnels qui les assistent, mais éviter les conséquences excessives de la mise en jeu de la clause de conscience	24
A. — Maintenir la clause de conscience	24
B. — En limiter les conséquences excessives	24
• Les usages abusifs	24
• L'application de la loi dans le secteur hospitalier public	25
II. — <i>Maintenir et faire respecter les limites fixées par la loi à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse</i>	27
1. Les limites posées à l'interruption de grossesse	27
A. — Le délai de dix semaines	27
B. — Le non-remboursement par la Sécurité sociale	29
C. — Les étrangères	30
D. — Les tarifs réglementaires de l'I.V.G.	30
E. — Le quota de 25 %	31
2. Le renforcement des contrôles	32
A. — Les poursuites effectuées : peu nombreuses et récentes	32
B. — Les sanctions encourues, notamment administratives, sont-elles adaptées ?	33
<b>Conclusion de la Commission</b>	35
<b>Travaux de la Commission</b>	37
A. — Mardi 23 octobre 1979 : audition de Mme Monique Pelletier, ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé de la Condition féminine et de la Famille	37
B. — Mercredi 28 novembre 1979 : audition de différentes personnalités	39
C. — Vendredi 7 décembre 1979 : premier examen du projet de loi	45
D. — Jeudi 13 décembre 1979 : nouvel examen du projet de loi	48
<b>Tableau comparatif</b>	51
<b>Amendements présentés par la Commission</b>	73
<b>Annexes :</b>	
Annexe 1. — <i>Eléments de comparaison internationale</i>	78
Annexe 2. — <i>Aspects de la politique familiale</i>	88
Annexe 3. — <i>Observations écrites communiquées au Rapporteur</i>	91

Après le rejet par le Sénat, à une large majorité, de la question préalable présentée par votre Commission, celle-ci a proposé à votre Rapporteur initial, qui l'a accepté, de reprendre ses fonctions en remplacement de M. Chérioux, démissionnaire.

Telles sont les conditions dans lesquelles je suis conduit à présenter au Sénat le deuxième rapport dont la teneur suit :

MESDAMES, MESSIEURS,

Au terme de débats passionnés, difficiles, douloureux, le Parlement a, voici cinq ans, légalisé l'interruption volontaire de grossesse.

La loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 a en effet autorisé l'avortement, sous réserve qu'il soit pratiqué avant la dixième semaine de grossesse, par un médecin, dans un établissement hospitalier.

La femme qui s'estime en état de détresse est seule responsable de sa décision, sauf s'il s'agit d'une mineure célibataire pour laquelle le consentement d'un des parents est nécessaire. Toutefois, la loi contraint la femme à respecter une procédure destinée à mûrir sa réflexion et à éviter si possible l'avortement : remise d'un dossier guide exposant notamment ses droits si elle garde son enfant, entretien social, délai de réflexion d'une semaine.

Nul médecin, dont la conscience réproouve l'interruption de grossesse, n'est tenu de la pratiquer. Nulle sage-femme, nulle infirmière, nul établissement privé n'est tenu d'y contribuer.

Au-delà de dix semaines, la loi n'autorise plus que l'avortement thérapeutique, si la santé de la femme est en danger ou si l'enfant à naître présente une forte probabilité de malformation. L'attestation de deux médecins experts est, en ce cas, requise.

Seul l'avortement thérapeutique est remboursé par la Sécurité sociale. Pour les autres cas d'interruption de grossesse, le recours à l'aide médicale est possible.

Enfin, des sanctions pénales rigoureuses s'appliquent aux avortements illégaux. La loi de 1920 leur demeure applicable.

Tel est, dans ses dispositions essentielles, le dispositif adopté en 1975 par le Parlement, pour mettre fin au scandale de l'avortement clandestin coûteux en vies humaines et en invalidités traumatisantes.

♦♦

La loi n'a pas inventé l'avortement qui a existé de tous temps. Mais elle l'a médicalisé et entouré de conditions qui tout en respectant la liberté et la conscience de chacun, en marquent la gravité et le caractère d'ultime recours.

Prudent, le législateur avait adopté une législation temporaire, afin d'en mesurer les effets et d'en corriger si nécessaire, après cinq ans d'application, la lettre et la portée.

Nous voici donc appelés à délibérer à nouveau, en conscience, d'un sujet qui n'a rien perdu de sa gravité, puisque des vies humaines présentes et futures sont en jeu.

Il faut pour ce faire, raviver dans notre mémoire le souvenir des mutilations, des stérilités et des morts, se rappeler aussi des femmes qui, mieux renseignées et plus aisées, pouvaient se rendre en cohorte à l'étranger, alors que les moins favorisées par contre, étaient contraintes de recourir à des expédients, toutes victimes de la clandestinité à laquelle conduisait la loi répressive ancienne, aussi peu appliquée, malgré quelques procès retentissants, que mal tolérée par la majorité de l'opinion publique.

Voilà dans quel contexte le Parlement avait statué en 1975. Il ne faut pas l'oublier aujourd'hui, alors que la loi nouvelle, sans supprimer totalement l'avortement clandestin, a incontestablement conduit à la quasi-disparition de ses conséquences les plus dramatiques pour la vie et la santé des femmes et de leur descendance future.

Ainsi, les médecins témoignent à travers leurs institutions, l'Ordre des médecins et collège des gynécologues accoucheurs, d'une disposition d'esprit nouvelle à l'égard de l'interruption de grossesse : formellement opposés en 1974 à la législation de l'I.V.G., contraire à l'éthique médicale, ils reconnaissent aujourd'hui ses effets positifs sur le plan sanitaire et, le pragmatisme l'emportant sur de profondes réticences morales, estiment que la loi doit être rigoureusement appliquée. Car, de l'avis général, elle ne l'a pas été jusqu'à présent.

C'est avec le même souci de pragmatisme que votre Rapporteur, qui avait déjà eu le redoutable honneur de défendre les positions de votre commission des Affaires sociales en 1974, s'est efforcé de rassembler les éléments du double choix devant lequel le Sénat est placé, après l'Assemblée nationale :

- Faut-il reconduire la loi de 1975 ?
- Convient-il de la modifier ?

••

Le Gouvernement préconise la reconduction pure et simple de la loi en vigueur. C'est ce que propose le projet de loi déposé à l'Assemblée nationale, sous le n° 1328, qui retire son caractère temporaire à la loi du 17 janvier 1975.

L'Assemblée nationale en a débattu pendant trois longues journées, les 25, 26 et 27 novembre derniers, pour finalement adopter le projet gouvernemental assorti d'un certain nombre de dispositions complémentaires qui traduisent deux préoccupations principales :

- aider la future mère et redresser la natalité déclinante ;
- donner à la législation plus d'efficacité et mieux contrôler son application.

La commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale avait, pour préparer le débat, constitué en son sein un groupe de travail chargé d'enquêter sur l'application de la loi de 1975. Ce groupe de travail a procédé à de nombreuses auditions dont le compte rendu a été publié dans un rapport d'information (n° 930, A.N.). Ce document complète utilement le rapport remarquable présenté au nom de la Commission par M. Delaneau sur le projet de loi lui-même.

Votre Commission, pour sa part, n'a pu dans les délais brefs qui lui sont impartis pour l'examen du projet de loi, entendre autant de personnalités et d'organisations. Elle a cependant procédé à l'audition de Mme Pelletier, ministre de la Condition féminine, et de M. Barrot, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale. Elle a entendu également :

— le professeur Lortat-Jacob, président du Conseil de l'ordre accompagné par le docteur Autain ;

— M. Calot, directeur de l'Institut national d'études démographiques, accompagné de Mme Blayo, maître de recherches ;

— Mme de Boissieu, secrétaire générale du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale ;

— le professeur Henrion, président du collège des gynécologues accoucheurs.

On trouvera dans le présent rapport le compte rendu résumé de ces auditions, ainsi que les observations des personnalités et organisations qui ont bien voulu répondre à la demande que leur a faite votre Commission de communiquer leur avis par écrit.



Dans une première partie seront soulignées les raisons pour lesquelles il paraît à votre Commission que la loi de 1975 doit être reconduite.

Dans une seconde partie nous analyserons comment la loi de 1975 peut être consolidée en vue d'une application plus rigoureuse.

## PREMIÈRE PARTIE

### POURQUOI RECONDUIRE LA LOI DE 1975

Il est difficile de prétendre établir un bilan objectif, quantitatif et qualitatif, de la loi de 1975, très inégalement appliquée. Toutefois, ses effets sanitaires positifs sont reconnus de tous, et même de ses plus farouches adversaires.

C'est pourquoi deux positions extrêmes qui remettraient en cause cet acquis d'une légalisation « contrôlée » de l'interruption volontaire de grossesse, paraissent devoir être écartées : le retour à la législation répressive de 1920 et la suppression totale de toute législation.

On serait cependant enclin à constater l'échec de la loi de 1975, et à la remettre sérieusement en cause, si elle avait eu pour effet tant une augmentation significative du nombre d'avortements qu'une incidence brutale sur la démographie. Or, malgré l'incertitude relative des statistiques, il semble que le nombre d'avortements, avant et après la loi, reste stable et il est établi que la libéralisation de l'interruption volontaire de grossesse n'a pas eu sur la natalité les conséquences redoutées du législateur lorsqu'il a eu la prudence de voter, dans un premier temps, une loi provisoire.



## I. — DEUX SOLUTIONS EXTRÊMES A EXCLURE

### 1. La légalisation de l'avortement a eu des effets positifs incontestables sur la santé des femmes.

#### A. — LA DIMINUTION DES MÉFAITS DE L'AVORTEMENT CLANDESTIN

Depuis que la loi de 1975 est entrée en vigueur, n'arrivent plus dans les hôpitaux, en catastrophe, des femmes mutilées, abîmées par suite de manœuvres abortives clandestines pratiquées parfois par elles-mêmes et dans les pires conditions. On ne signale pratiquement plus de cas de décès alors que trois cents femmes mouraient autrefois chaque année. Les complications graves (septicémie, péritonite) ont été considérablement réduites. Si l'avortement clandestin subsiste il semble qu'il soit cependant « médicalisé » aussi bien que l'avortement légal.

#### B. — L'I.V.G. N'EST PAS UNE INTERVENTION BÉNIGNE

Mais même pratiqué par un médecin, en milieu hospitalier, avec toutes les garanties de sécurité, l'interruption volontaire de grossesse n'est pas une intervention bénigne. Elle peut entraîner des complications (hémorragies, infections, perforation de la matrice, lésion du col) et des séquelles à plus long terme, tant physiques que psychiques : prématurité, stérilité, état dépressif.

Plus l'intervention est précoce, et plus l'opérateur est expérimenté, plus les complications immédiates et à terme sont limitées, d'où l'intérêt primordial du délai de dix semaines de grossesse fixé par le législateur en 1975.

On peut établir avec certitude que la médicalisation de l'I.V.G. a supprimé le risque de décès et diminué les complications graves.

Pour la stérilité, et le risque de prématurité en revanche, il faut être prudent dans la mesure où ce type de séquelle peut survenir à la suite d'avortements répétés, qu'il est légalement impossible d'empêcher. Cependant, même en ce qui concerne les séquelles à long terme de l'avortement, la diminution des complications immédiates a un effet bénéfique. L'expérience tend en outre à montrer que l'avortement répété et les traumatismes psychologiques graves peuvent être évités dans un environnement plus éducatif que répressif.

Ainsi, la médicalisation de l'avortement et l'obligation d'une intervention précoce sont des conditions indispensables pour préserver la santé des femmes qui recourent à l'I.V.G. et permettre aux plus jeunes d'entre elles, passée la cause de refus de la maternité, de mettre plus tard au monde les enfants qu'elles souhaiteront dans des conditions satisfaisantes.

## **2. Tant le retour à la législation répressive de 1920 que l'absence de toute loi remettraient ces acquis en question.**

Ce sont là, semble-t-il, des raisons primordiales pour écarter le retour à la pénalisation de l'avortement aussi bien que la liberté totale qui résulterait d'une absence de loi.

### **A. — LE RETOUR A LA LOI DE 1920 : IRRÉALISTE**

Le législateur, en remettant en vigueur pour toutes les interruptions de grossesse les sanctions prévues par l'article 317 du Code pénal, commettrait une erreur en pensant ainsi empêcher le recours à l'avortement. Peut-être le nombre en serait-il légèrement réduit, mais au prix d'un retour aux pratiques clandestines antérieures pour les femmes déterminées à interrompre leur grossesse, de loin les plus nombreuses. Elles retourneraient à l'étranger ou trouveraient en France, malgré les sanctions encourues, les moyens de réaliser leur projet, sans aucune garantie médicale. Il s'ensuivrait une recrudescence des accidents mortels et des complications auxquelles la légalisation tend à mettre fin.

Rien ne permet de penser que la répression pénale serait appliquée davantage qu'elle ne l'était avant 1974. Tout porte à croire qu'on se trouverait à nouveau dans la situation intolérable d'une législation inapplicable, bafouée et inefficace.

B. — L'ABSENCE DE TOUTE LOI : INACCEPTABLE

Pour d'autres motifs, la suppression de toute loi, répressive ou permissive, ne saurait être envisagée. Certes, il peut paraître à certains que légiférer revient à autoriser et que, dans un domaine aussi grave, le législateur doit s'abstenir de toute intervention susceptible d'être comprise comme une incitation à l'avortement. Mais ce serait là une démission inacceptable, un refus de responsabilité pouvant conduire aux pires excès : plus aucun frein à l'avortement, plus aucune contrainte de nature à en circonscrire la possibilité dans des conditions sanitaires satisfaisantes, plus de délais, la voie ouverte aux « avortoirs » et aux pratiques mercantiles les plus inacceptables.

Entre la répression inefficace et la liberté totale par démission s'ouvre la voie choisie par le Parlement en 1974, celle qui consiste à ne permettre l'avortement que dans des conditions strictes, déterminées par la loi.

## II. — DEUX CRAINTES QUI SEMBLENT SANS FONDEMENT

### 1. La loi de 1975 n'a pas eu d'incidences directes sur la démographie.

La chute de la natalité dans les pays de l'Est tels que la Hongrie et la Roumanie, consécutive à la libéralisation de l'avortement, pouvait laisser craindre un phénomène semblable dans notre pays. Cette crainte, à laquelle les démographes déniaient en 1974 tout fondement, est aujourd'hui écartée.

#### A. — LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ

La baisse de la natalité a commencé en 1964, en France comme dans l'ensemble des pays occidentaux, avec un parallélisme remarquable malgré des législations très différentes tant en matière d'interruption de grossesse que de contraception. Le taux de fécondité dans notre pays est passé de 2,6 enfants par femme dans les années cinquante à 1,8 en 1976. C'est en 1975 que le taux de la fécondité est tombé en deçà du niveau de remplacement des générations (2,1 enfants par femme). Mais depuis 1976, moment où la loi de 1975 a pris sa pleine application, il s'est stabilisé autour de 1,8.

Tombé en 1976 à son niveau le plus bas (719.400) le nombre des naissances a augmenté sensiblement en 1977 (745.000).

De ces chiffres incontestables, on peut conclure que *la légalisation de l'avortement n'a guère eu d'incidence directe sur la natalité.*

Malgré les froides statistiques, s'impose certes à l'esprit un calcul simple : 250.000 interruptions de grossesse, puisque telles sont les évaluations officielles, y compris l'évaluation des avortements clandestins, ce sont aussi 250.000 naissances en moins.

Mais si l'on en croit les études évaluatives auxquelles a procédé l'Institut national d'études démographiques, le nombre d'avortements reste stable au cours du temps, avant et après la loi de 1975. La réflexion pousse en outre à se demander si les grossesses

interrompues à un moment où la femme ou le couple refuse la venue d'un enfant, ne sont pas autant de naissances simplement différées jusqu'au jour où elles seront pleinement acceptées.

Dans un pays comme le nôtre, à la différence des pays de l'Est, la régulation des naissances est pratiquée depuis des décennies, voire des siècles, sous ses formes traditionnelles, puis sous ses formes modernes plus efficaces : aussi est-il peu probable qu'un retour à une législation répressive se traduise par une augmentation des naissances, du moins à terme. Si, dans le meilleur des cas, le recours aux pratiques clandestines est refusé et l'enfant naît, la femme ou le couple sera amené par la suite à utiliser la contraception de manière à ne mettre au monde finalement que le nombre d'enfants désirés.

Certes, méthodes modernes de contraception et avortement légal qu'il faut ici mettre sur le même plan sans préjuger de leur nature différente au plan moral et médical, sont des moyens à la disposition des couples pour éviter les enfants non désirés. Certes, leur conjonction a pour effet d'aboutir sans « accident » au résultat escompté, du moins théoriquement, car en fait les « échecs » de la contraception ne se soldent pas toujours, fort heureusement, par une interruption de grossesse.

Mais la cause profonde de la baisse de la fécondité n'est pas là.

#### B. — LES CAUSES RÉELLES ET LES REMÈDES SE SITUENT BIEN AU-DELA DU PROBLÈME DE L'AVORTEMENT

Il est certainement juste de penser, comme le font les spécialistes de l'I.N.E.D. que la cause essentielle de la baisse de la fécondité ne réside pas dans ces moyens eux-mêmes, mais dans *la baisse du nombre d'enfants désirés*. C'est parce que les Occidentaux et singulièrement les Français veulent moins d'enfants qu'ils préconisent l'usage de méthodes contraceptives plus efficaces.

Ce n'est donc pas en restreignant les moyens de la régulation des naissances mais plutôt en *agissant sur le désir d'enfant* que les pouvoirs publics doivent tenter de réagir contre la baisse de la fécondité, phénomène dont il est permis de s'alarmer et dont nous nous soucions tous.

Réhabiliter l'image de la famille nombreuse, faciliter l'accueil de l'enfant, favoriser la naissance du troisième enfant sont certainement des objectifs plus positifs qu'un combat contre la contraception ou l'interruption de grossesse.

Qui, pour des motifs religieux ou éthiques, réprouve absolument l'avortement, voire les méthodes modernes de contraception, ne peut cependant dénier le bien-fondé de ces propos qui s'inscrivent dans une stricte perspective démographique.

## 2. La loi incite-t-elle à l'interruption volontaire de la grossesse ?

Une augmentation significative des avortements aurait pu résulter de la légalisation de l'I.V.G. Cette autre crainte entrainait également en compte dans les motifs qui avaient incité le Parlement à voter une loi provisoire. Elle ne semble pas s'être confirmée, encore qu'il convienne en la matière de manier les chiffres avec la plus grande prudence, puisqu'ils concernent l'avortement clandestin, par nature difficile à appréhender numériquement.

### A. — LA STABILITÉ DU NOMBRE D'AVORTEMENTS

On se souvient qu'au moment de la discussion de la loi de 1975 étaient avancés par les partisans de la légalisation, les chiffres de 600.000, 700.000, voire un million d'avortements clandestins par an. Mais les évaluations officielles, plus modérées, ne dépassaient pas 300.000.

Selon une enquête réalisée avant la loi de 1975, l'I.N.E.D. évaluait les avortements à 250.000 pour l'année 1963. Ce chiffre a été établi à partir du nombre de décès par suite d'avortements spontanés ou provoqués (nombre lui-même évalué, et non connu) sur la base d'un décès pour 1.000 interruptions de grossesse.

Quel que soit le caractère approximatif de ces calculs, depuis lors d'ailleurs corrigés pour aboutir au résultat de 220.000 I.V.G., il est frappant de constater que le nombre d'avortements après le vote de la loi reste du même ordre de grandeur : 250.000 en 1976, toujours selon les évaluations de l'I.N.E.D.

Aux 134.000 interruptions de grossesse déclarées dans les formes légales, se seraient ajoutés alors quelque 110.000 ou 120.000 avortements non déclarés, soit presque autant d'avortements clandestins que d'avortements « légaux ».

Le tableau suivant indique l'évolution annuelle du nombre d'interruptions de grossesse déclarées.

NOMBRE D'I.V.G. DECLAREES (FRANCE + D.O.M.)

Années	Etablissements publics	Etablissements privés	Total
1975 .....	»	»	33.454
1976 .....	90.176	48.477	138.653
1977 .....	103.597	52.511	156.108
1978 .....	101.487	52.415	153.902

Tous ces chiffres — nombre total d'avortements avant et après la loi, nombre d'I.V.G. déclarées depuis son entrée en vigueur — traduisent une stabilité dans le temps du nombre de femmes qui recourent à l'I.V.G.

Il ne semble donc pas que la *légalisation ait entraîné, du moins globalement, une extension de la pratique de l'avortement.*

B. — DES CONCLUSIONS NUANCÉES

Est-ce à dire que la loi n'a constitué en elle-même aucune incitation à l'avortement ?

On ne peut répondre avec certitude à cette question. Aucune des nombreuses enquêtes partielles effectuées sur les motivations des femmes qui demandent l'I.V.G. n'est déterminante. Que penser, en effet, de la validité de la réponse que donne la femme lorsqu'on lui demande, après son avortement, si elle aurait interrompu sa grossesse avant l'intervention de la loi ?

Il y a certainement une proportion de femmes « légalistes » que le recours à l'avortement clandestin aurait effectivement rebutées. Mais cette proportion, mineure selon les avis éclairés, est impossible à chiffrer.

La stabilisation du nombre d'interruptions de grossesse traduit sans doute des tendances contradictoires : certaines femmes n'auraient pas avorté sous l'empire de la législation répressive antérieure, d'autres ont peut-être été, du fait de la loi, plus négligentes dans l'utilisation des contraceptifs ; à l'inverse, le développement notable de l'usage des méthodes contraceptives modernes depuis l'entrée en application effective en 1974 de la loi « Neuwirth » de 1967 a certainement évité bien des interruptions de grossesse.

Il semble que la procédure de l'entretien social et du délai de réflexion prévue par la loi de 1975 n'ait pas eu d'effet dissuasif dans un grand nombre de cas (2 %, sous toute réserve).

Nos conclusions seront donc prudentes. Faute d'informations concluantes, nous nous *bornerons à constater* que la loi ne *semble pas avoir augmenté le nombre d'avortements* qui reste stable.



Ainsi, on peut conclure des quelques développements qui précèdent :

— que les effets à attendre d'un retour à la législation répressive, tant sur le nombre d'avortements que sur le nombre des naissances, seraient illusoires ;

— qu'en revanche, avec la recrudescence de l'avortement clandestin, ressurgiraient les conséquences sanitaires néfastes que la médicalisation tend à réduire ;

— que l'absence de toute intervention du législateur aboutissant à la liberté totale aurait des conséquences inacceptables ;

— que la réduction du recours à l'I.V.G. suppose une meilleure éducation des femmes, des couples, mais aussi des médecins à la contraception, ainsi qu'une politique familiale adéquate, plutôt que la remise en cause de la législation en vigueur ;

— que l'avortement clandestin subsiste, mais médicalisé ;

— qu'en conséquence il convient de s'en tenir à la ligne fixée en 1975 d'une autorisation « contrôlée » de l'interruption de grossesse, mais aussi que la loi doit être appliquée avec plus de rigueur.

Il faut maintenant s'interroger sur ce qui, de cette loi, doit être préservé et sur les moyens d'en assurer précisément cette meilleure application.





## DEUXIÈME PARTIE

### **COMMENT CONSOLIDER LA LÉGISLATION EN VIGUEUR POUR EN PERMETTRE L'APPLICATION PLUS RIGOUREUSE**

La loi de 1975 constitue un équilibre entre le respect de la liberté individuelle (celle de la femme, celle des médecins) et la rigueur nécessaire pour que l'avortement reste assorti de conditions qui en marquent la gravité (délai de dix semaines, lutte contre les avortoirs, non-remboursement par l'assurance maladie). En cela, il s'agit d'un dispositif original en regard des autres législations occidentales. On pourra, en prenant connaissance de la note et du tableau relatifs aux législations étrangères consignées en annexe au présent rapport, voir que d'autres pays, à l'inverse de la France, ont tenté de déterminer les situations objectives dans lesquelles l'interruption de grossesse est autorisée, instauré des commissions qui décident au lieu et place de la femme, mais permis l'avortement dans des délais de grossesse beaucoup plus larges.

L'équilibre entre liberté et rigueur, fragile, mais mesuré, auquel est parvenu le législateur en 1975, semble devoir être préservé. Cependant il convient de rectifier soit dans la loi elle-même, soit dans les textes d'application, les dispositions dont la mise en œuvre sur le terrain traduit une déviation des intentions du législateur.

L'Assemblée nationale s'est déjà employée à cette tâche, le Sénat doit tenter de la parachever.

## I. — PRÉSERVER LES ASPECTS LIBÉRAUX DU PROJET DE LOI

Les aspects libéraux du projet de loi apparaissent dans deux dispositions essentielles : la femme, quoique entourée de conseils, reste seule juge de sa décision ; les médecins et les personnels qui les assistent peuvent invoquer la clause de conscience.

### 1. Respecter la volonté de la femme mais développer sa responsabilité.

#### A. — RESPECTER LA VOLONTÉ DE LA FEMME

La loi laisse sans ambiguïté la femme *libre de décider seule* de l'interruption de sa grossesse mais lorsqu'elle s'estime dans une situation de détresse.

##### • La détresse.

Cette notion de détresse, étant donné son caractère subjectif, et étant donné qu'elle peut couvrir ce qu'il est courant d'appeler l'avortement de « convenance », peut choquer. Elle a donné lieu à l'Assemblée nationale, à des controverses vigoureuses. Certains ont voulu lui substituer la notion de « nécessité ». L'amendement défendu dans ce sens par M. Bolo, appuyé par la Commission, a fait en séance l'objet de l'opposition du Gouvernement ainsi que du rapporteur qui sur ce point, s'est exprimé en son nom personnel.

La « nécessité » a un contenu juridique précis en droit pénal. L'état de « nécessité » reconnu par le juge permet de faire échapper l'inculpé aux sanctions pénales qu'il encourt. La « nécessité » suppose que l'inculpé s'est trouvé dans l'impossibilité quasi absolue, objective, de ne pas faire l'acte dont il est accusé.

L'utilisation de la « nécessité » pour qualifier la situation de la femme qui demande l'I.V.G. n'est donc pas appropriée, car elle suppose l'intervention d'un tiers — commission ou autre — qui apprécierait l'état de nécessité, et l'exercice de poursuites si la nécessité ne peut être objectivement reconnue.

Veut-on faire intervenir une commission ? Cette solution qui avait été rejetée par le législateur en 1974 n'est pas satisfaisante. L'examen de la situation de la femme et du couple par une sorte de tribunal est difficilement acceptable pour la dignité des intéressés. En outre, il est impossible de déterminer dans la loi les situations objectives dans lesquelles l'avortement peut être autorisé, sans éviter deux écueils : soit une définition étroite (viol, inceste par exemple) qui ne permettrait de couvrir que peu de cas d'espèce et équivaudrait, à peu de choses près, à la législation antérieure à 1974, soit une définition vague qui entraînerait des risques d'arbitraire.

La référence à la détresse paraît certes contestable et excessive par rapport à certaines situations de fait. Elle a cependant l'intérêt de marquer dans quel esprit le législateur laisse la femme maîtresse de sa décision, *de bien signifier que l'avortement doit être un ultime recours*. La supprimer, la remplacer par un terme plus anodin n'aurait qu'un résultat : donner à l'opinion le sentiment que le législateur se résigne à banaliser l'interruption volontaire de grossesse. Ce ne saurait être notre intention.

#### • La convenance.

Il est vrai que le dispositif légal, malgré la référence à la notion de détresse, n'empêche pas l'avortement de convenance. Cela n'avait nullement échappé à l'attention de votre Commission ni à celle du Parlement lors de l'examen de la loi de 1975. Il est vrai que chacun d'entre nous a connaissance de tel ou tel cas personnel dans lequel le recours à l'avortement ne paraît pas justifié, ce que les enquêtes de motivations confirment. Mais, et je reprendrai ici les termes mêmes du rapport de notre Commission sur la loi de 1975 (n° 114, 1974-1975) :

« Qui peut juger une femme — ou un couple — qui refuse la venue d'un enfant sans motif valable connu ? Qui sait quelles détresses psychologiques se cachent parfois derrière une absence apparente de problème ? Aussi devons-nous nous garder de jugements mal fondés et de condamnations trop hâtives. *La détresse qui n'apparaît pas dans le comportement est peut-être au fond de l'âme.* »

Ainsi, la solution retenue par la loi de 1975, quoique imparfaite, est sans doute la moins mauvaise.

La loi prévoit que « le couple chaque fois que cela est possible, participe à la consultation et à la décision à prendre ». L'expérience prouve que la femme est le plus souvent seule et que, lorsque le mari ou le compagnon l'accompagne, c'est en général pour approuver sans réserve le recours à l'I.V.G., voire pour y pousser sa compagne.

## B. — DÉVELOPPER LA RESPONSABILITÉ DE LA FEMME ET DU COUPLE

Ces propos quelque peu désabusés n'empêchent pas de souhaiter avec vigueur que tout *soit tenté pour éclairer la femme dans sa décision*, lui apporter une aide matérielle et morale, lui permettre de garder son enfant, le cas échéant contre la pression de son entourage ; enfin l'inciter à ne pas recourir à l'avortement répété, déplorable à tous points de vue. En un mot : *faire appel à son sens de la responsabilité*.

Dans cet esprit, il faut :

- renforcer l'entretien « social » ;
- assurer l'éducation à la contraception.

L'entretien auquel la femme est tenue de par la loi n'a pas *a priori* un caractère dissuasif, mais pour objectif neutre d'apporter à l'intéressée « une assistance et des conseils appropriés ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés ». Passons sur les moyens matériels dont en général ne disposent guère les établissements de conseil familial, les centres de planification (1), les services sociaux et les diverses associations agréées habilitées à l'entretien. Mais l'assistance morale, en revanche, peut être très efficace.

### ● Renforcer l'entretien social.

La pratique de l'entretien se révèle très diverse. Parfois, il est escamoté. Parfois il est assuré par des personnels peu motivés ou au contraire inutilement culpabilisateurs. Pourtant, de l'avis général, *la qualité de l'entretien est primordiale*. Il ne faut pas en attendre de résultats très significatifs quant au nombre de femmes dissuadées d'interrompre leur grossesse. En revanche, une écoute attentive, sans préjugé, favorise un dialogue constructif et sincère permettant de convaincre la femme de ne pas recourir ultérieurement une nouvelle fois à l'avortement.

Comment améliorer la qualité de l'entretien ? C'est au niveau de l'application de la loi, non dans son texte même, qu'il convient d'agir et tout d'abord en assurant aux personnels concernés une meilleure formation et une rémunération suffisante. Le Gouvernement paraît disposé à accroître la contribution financière de l'Etat dans

---

(1) En 1978, les établissements d'information, de consultation et de conseil familial, ont assuré 40.000 heures d'entretien I.V.G. ; les centres de planification ou d'éducation familiale ont assuré 8.000 entretiens. Ces deux types d'organismes sont prévus par la loi de 1967 sur la régulation des naissances.

ce sens. Il importe ensuite que *l'agrément soit accordé aux différentes associations demanderessees avec toutes les précautions souhaitables*. C'est là un résultat qui ne peut être obtenu que par un travail de l'administration centrale auprès des directions départementales de l'action sanitaire et sociale.

● **Assurer l'éducation contraceptive.**

En ce qui concerne l'éducation à la contraception, la loi de 1975 a édicté que l'I.V.G. ne devait « être en aucun cas un moyen de régulation des naissances » et assorti cette pétition de principe de deux obligations : celle, pour les établissements hospitaliers publics et privés, d'assurer après l'intervention, l'information en matière de régulation des naissances, des femmes qui s'y font avorter ; celle pour l'Etat, de développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment en créant des centres de planification ou d'éducation familiale.

L'Etat a relativement bien rempli ses obligations : le nombre de centres de planification, égal à 237 en 1974, a aujourd'hui pratiquement doublé.

Les établissements en revanche, sont loin d'assurer convenablement l'information des femmes sur la contraception.

Pourtant le développement des moyens contraceptifs est un élément fondamental de la prévention de l'I.V.G. 30 % des I.V.G. en effet, seraient dus à un échec de la contraception. Les médecins semblent largement responsables lorsqu'ils recommandent à leurs patientes d'interrompre leur contraception orale pendant une période déterminée, sans leur prescrire l'usage d'une quelconque méthode de substitution.

C'est donc les médecins eux-mêmes qu'il convient de former et d'informer au même titre que les femmes et les couples.

Notons à cet égard que les moyens contraceptifs modernes semblent aujourd'hui se répandre de plus en plus largement.

Selon une enquête réalisée par l'I.N.E.D. en 1978, 28 % des femmes de vingt à quarante-quatre ans utilisaient la pilule, et 9 % le stérilet. Ces proportions sont supérieures à celles enregistrées aux Etats-Unis (respectivement 22 % et 6 % en 1976) et en Grande-Bretagne (20 % et 6 % en 1975). Au total, 67 % des femmes de vingt à quarante-quatre ans utilisent en France une méthode contraceptive, dont 37 % une méthode moderne. L'usage de la pilule est maximal chez les femmes de vingt à vingt-neuf ans, celui du stérilet à trente - trente-quatre ans. Les méthodes traditionnelles conservent une place importante surtout parmi les générations plus âgées. D'abord pratiquées dans les villes et dans les classes sociales les plus favorisées, l'usage des méthodes modernes a atteint le monde rural et les femmes de moindre niveau culturel.

**2. Respecter les convictions des médecins et des personnels qui les assistent, mais éviter les conséquences excessives de la mise en jeu de la clause de conscience.**

Le corps médical, les sages-femmes, le personnel infirmier, les établissements hospitaliers privés sont très justement attachés à la clause de conscience inscrite dans la loi.

**A. — MAINTENIR LA CLAUSE DE CONSCIENCE**

Beaucoup de médecins ont invoqué la clause de conscience, à tel point que dans certains départements (Somme, région Nord-Pas-de-Calais) on trouve peu de praticiens, tant dans le secteur privé que dans le secteur public, pour répondre à la demande. Les gynécologues accoucheurs, pourtant les plus qualifiés, sont particulièrement réticents, à titre personnel du moins puisque leur collègue, ainsi que cela a déjà été noté, accepte la législation. On constate en outre, même parmi les membres militants du corps médical, qu'une certaine lassitude s'instaure au cours du temps dans la pratique d'un acte dont aucun ne saurait prétendre qu'elle procure de grandes satisfactions. Pas un médecin ne souhaite être considéré comme un « avorteur » professionnel.

Nul ne songe à remettre en question la clause de conscience, même si elle est de toute évidence gênante pour la mise en œuvre concrète de la loi. Le refus de pratiquer l'avortement ou d'y contribuer reste un droit imprescriptible.

**B. — EN LIMITER LES CONSÉQUENCES EXCESSIVES**

• **Les usages abusifs.**

Sont répréhensibles toutefois les pratiques qui conduisent certains médecins « objecteurs » à mettre les femmes qui viennent les consulter en vue d'interrompre leur grossesse dans une situation telle que le délai légal de dix semaines se trouve dépassé, ce qui les conduit plus souvent à l'avortement clandestin qu'à garder leur enfant.

Ces pratiques consistent à refuser à la femme toute aide, tout secours, toute information sur la possibilité de suivre la procédure légale. L'Ordre des médecins lui-même les condamne et a engagé des poursuites contre quelques médecins.

Cet usage abusif de la clause de conscience, contraire à l'esprit de la loi, pourra être utilement évité si le *médecin sollicité par une femme est tenu de lui remettre le dossier-guide, même s'il est opposé à l'avortement*, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. L'Assemblée nationale a adopté un amendement dans ce sens. Cela suppose que les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent une diffusion convenable de ces dossiers auprès de l'ensemble des praticiens. L'Ordre des médecins insiste par ailleurs pour que le médecin qui invoque la clause de conscience le fasse une fois pour toutes, et ne change pas d'attitude selon les occasions et les patientes. Il paraît cependant inacceptable, comme certains députés l'ont demandé, que les noms des médecins « objecteurs » soient inscrits sur quelque liste faisant l'objet d'une quelconque publicité.

#### ● L'application de la loi dans le secteur hospitalier public.

La mise en jeu de la clause de conscience par les médecins hospitaliers donne lieu à des difficultés certaines d'application de la loi dans le secteur public. Dans la moitié seulement des hôpitaux publics sont pratiquées des I.V.G. alors qu'aucun établissement public n'est en droit d'invoquer la clause de conscience. Le service public devrait y être assuré, du moins dans les établissements qui disposent d'un environnement technico-médical suffisant pour faire face aux éventuelles complications de l'I.V.G. : service de gynécologie obstétrique, service de réanimation.

Les textes d'application de la loi de 1975 (circulaire du 10 mars 1975) ont prévu la possibilité de recours à des médecins vacataires pour pratiquer l'I.V.G. Mais sont apparus, outre les cas de réticence de certains conseils d'administration, les problèmes du lieu et de la responsabilité des interventions, lorsqu'aucun chef de service ne voulait accepter la pratique de l'I.V.G. dans ses murs.

Le recours à la clause de conscience est certes individuel. Nul chef de service ne doit pouvoir interdire à ses assistants de pratiquer l'I.V.G., ni, *a contrario*, les y obliger. Mais, en vertu de l'autorité qu'il détient du fait de ses fonctions sur l'organisation de son service, et de la responsabilité qui lui incombe pour ce qui s'y passe, en application de l'article L. 798 du Code de la santé, un chef de service est en mesure de refuser l'intervention dans son service.

Etant donné l'organisation actuelle de l'hôpital public par services, un tel comportement peut avoir pour effet d'interdire toute I.V.G. dans l'enceinte de l'établissement.

Selon les informations communiquées par le ministère de la Santé on trouve en fait tous les cas de figure : le chef du service de gynécologie obstétrique participe aux interventions ; il les refuse mais accepte que ses assistants, ou des vacataires, les pratiquent sous sa responsabilité ; il les refuse totalement ; il en accepte la responsabi-

lité, avec le concours de son personnel, mais dans un local distinct du service ; les I.V.G. sont pratiquées dans un local à part, par des vacataires, sous la responsabilité conjointe du directeur de l'hôpital et d'un chef de service autre que gynécologue accoucheur ; enfin la responsabilité de l'I.V.G. revient à un ou plusieurs médecins coordonnateurs.

Une solution pourrait résider dans un assouplissement des règles du Code de la santé, pour empêcher le chef de service de s'opposer à ce que les I.V.G. soient pratiquées dans son service, mais aussi pour le dégager des responsabilités qui lui incombent en vertu de l'article L. 798.

Cette formule a été proposée par le Rapporteur à l'Assemblée nationale. Elle paraît juridiquement satisfaisante, encore que trop générale dans la mesure où elle ouvrirait la voie vers la pratique de l'I.V.G. dans n'importe quel type de service, alors que seuls les services de gynécologie obstétrique devraient être concernés.

Le ministre de la Santé s'y est opposé, plus pour des motifs de fait que de droit. Il a estimé impossible de faire accepter par les médecins-chefs un tel déni de leur autorité, une telle menace sur la bonne organisation du travail dans leur service.

En revanche, il a proposé une autre solution, réglementaire et non législative, pour régler le problème de la pratique de l'I.V.G. dans le secteur public.

Un décret doit paraître prochainement sur le classement des établissements publics en application de la loi du 4 janvier 1978. Ce décret prévoirait qu'un établissement ne pourra être classé ni dans la catégorie des centres hospitaliers régionaux, ni dans celle des hôpitaux généraux s'il ne dispose pas des moyens d'assurer la pratique de l'interruption de grossesse. La rédaction retenue devrait être suffisamment souple pour permettre les différentes organisations envisageables — et déjà appliquées — depuis la participation effective du chef de service de gynécologie obstétrique jusqu'à l'unité autonome ouverte aux médecins vacataires sous une responsabilité technico-médicale à déterminer.

En outre, le Ministre s'est prévalu des pouvoirs nouveaux dont il disposera en vertu de la réforme hospitalière, actuellement en cours de discussion, pour créer et supprimer des lits dans les hôpitaux publics. Qu'il nous soit permis seulement de souligner qu'étant donné l'accueil pour le moins froid réservé par les responsables hospitaliers à ce projet de loi, une telle utilisation risque d'en être aussi mal acceptée sur le terrain que la restriction de la responsabilité des chefs de services proposée par la Commission à l'Assemblée nationale.

Votre Commission veut bien préjuger de l'efficacité des mesures annoncées par le Gouvernement. Mais elle préfère que l'application de la loi dans le service hospitalier public, si mal réalisée, fasse l'objet d'une disposition législative. Un amendement sera présenté dans ce but.



## II. — MAINTENIR ET FAIRE RESPECTER LES LIMITES FIXÉES PAR LA LOI A LA PRATIQUE DE L'INTER- RUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

La pratique de l'avortement légal est circonscrite dans des limites strictes. Ces limites, posées par le législateur, correspondent :

— à une préoccupation médicale : autorisation de l'avortement seulement avant la fin de la dixième semaine de grossesse ;

— à un souci d'ordre moral : éviter les « avortoirs », le mercantilisme, l'arrivée massive d'étrangères ; éviter la banalisation de l'avortement : ainsi le non-remboursement par la Sécurité sociale.

Ces limites, qui sont autant de contraintes, doivent être *maintenues*. Mais il faut aussi qu'elles *soient respectées*. C'est pourquoi l'Administration doit avoir la volonté et les moyens d'exercer les contrôles nécessaires pour pouvoir sanctionner les infractions à la loi.

### 1. Les limites posées à l'interruption de grossesse.

#### A. — LE DÉLAI DE DIX SEMAINES

La loi n'autorise l'avortement qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse, soit douze semaines d'aménorrhée. Ce n'est pas pour des raisons d'ordre éthique que le législateur a fixé ce délai ; quel que soit l'âge de la grossesse, l'avortement est toujours l'interruption d'une vie humaine en puissance. A partir de vingt-sept semaines toutefois, il s'agit d'un infanticide puisque l'enfant est peut-être viable.

Cependant, même s'il est aussi grave moralement, l'acte est perçu différemment si l'I.V.G. est précoce. L'intervention est moins traumatisante pour la femme comme pour le médecin. Mais c'est essentiellement pour des raisons médicales déjà soulignées au début du présent rapport que le délai s'impose : les complications croissent avec l'avancement de la grossesse.

Avant six semaines, l'interruption peut être effectuée par la méthode d'aspiration, sans anesthésie, c'est le système le plus bénin. Ensuite, l'anesthésie est pratiquée plus systématiquement, les méthodes variant en fonction des choix de l'établissement du praticien.

De l'avis unanime des médecins dont votre Rapporteur et votre Commission ont recueilli l'avis, l'interruption de grossesse devient un acte plus lourd au-delà de la dixième semaine. Certes, ce délai dans la loi peut paraître rigoureux dans la mesure où, compte tenu de la procédure préalable, il est parfois difficile à tenir : les consultations préalables sont multiples ; la loi impose à la femme un délai de réflexion d'une semaine. Les difficultés sont aggravées dans certains cas par la mauvaise volonté manifeste de certains médecins « objecteurs » déjà signalés.

C'est surtout dans le cas des *mineures* qu'on constate un risque de dépassement des délais. La nécessité du consentement parental, exigé par la loi est-elle en cause ? Cela est possible et se constate dans certaines situations. Cependant, le consentement parental ne semble pas devoir être remis en question compte tenu de l'état des mœurs. En tout état de cause, il est nécessaire pour toute intervention chirurgicale. Il existe, dans les cas difficiles, une possibilité de recours à l'assistance éducative du juge des enfants, déjà prévue par le Code civil et confirmée, en ce qui concerne les interventions chirurgicales, par voie réglementaire (art. 28 du décret n° 73-935 du 24 septembre 1973).

Dans la pratique d'ailleurs, les parents souhaitent souvent l'avortement de la mineure, parfois contre son gré. C'est pourquoi l'Assemblée nationale a opportunément prévu que le consentement de la mineure elle-même serait exigé en l'absence de ses père et mère ou de son tuteur.

L'interruption de grossesse chez les très jeunes femmes est un problème réel car particulièrement traumatisant et c'est parmi elles que l'on trouve les situations les plus dramatiques. Si le délai de dix semaines risque d'être dépassé, c'est surtout parce que peu expérimentées, craignant l'opprobre, les très jeunes femmes mettent du temps à réaliser qu'elles sont enceintes.

Toujours est-il qu'étant donné ces différents facteurs le délai de dix semaines risque de pousser certaines femmes à l'avortement clandestin. Il est probable qu'un grand nombre d'avortements non déclarés sont précisément pratiqués au-delà de la dixième semaine. Malgré ce risque, il paraît indispensable de maintenir le délai de dix semaines qui tend à obliger à l'intervention précoce.

Si le délai était allongé, ne serait-ce que d'une ou deux semaines, on constaterait probablement la même tendance qu'actuellement à attendre l'extrême limite de l'autorisation légale et on se trouverait sans doute face au même problème de dépassement du délai.

Plutôt que d'allonger ce dernier, il paraît préférable de rechercher les moyens d'éviter que la procédure ne retarde l'intervention.

L'Assemblée nationale a adopté, dans cet esprit, deux dispositions : l'obligation pour le médecin de remettre le dossier-guide à la femme qui vient le consulter *dès la première visite* et la possibilité pour le médecin de décider, en son âme et conscience, si les délais risquent d'être dépassés, que le délai de réflexion peut être légèrement raccourci.

## B. — LE NON-REMBOURSEMENT DE L'I.V.G. PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Seul l'avortement pour motifs thérapeutiques fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. Le Gouvernement s'est refusé, en 1974, à prévoir le remboursement de l'avortement non thérapeutique, ceci afin d'éviter la banalisation de l'acte. L'argument reste valable. On doit noter qu'un certain nombre d'avortements thérapeutiques sont sans doute comptabilisés dans les avortements ordinaires, malgré le non-remboursement, les femmes préférant éviter la procédure lourde de l'avortement thérapeutique.

Selon la loi l'I.V.G. elle-même n'est pas remboursée mais ce n'est pas le cas des consultations médicales et des examens de biologie et de radiologie nécessaires pour l'intervention, qui peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie s'ils sont facturés à part. Rien ne l'empêche et les caisses de sécurité sociale tolèrent cette pratique sans réticence.

Il arrive cependant que des médecins mal informés considèrent à tort que consultations et examens doivent, au même titre que l'intervention, être payants.

La femme qui recourt à l'I.V.G. peut bénéficier de l'aide médicale. Une procédure spéciale a été instaurée avec décision du préfet, sans intervention des commissions d'admission à l'aide sociale. Les dépenses sont classées dans le groupe II des dépenses d'aide sociale. En 1977, 11,3 % des I.V.G. ont été couvertes par l'aide médicale ; 94 % des demandes ont été satisfaites. Le coût pour l'aide médicale a été de 3.556.000 millions de francs en 1976 et de 6.805.000 en 1977.

Une circulaire de juillet 1979 tend à faciliter la procédure en permettant que les dossiers de demandes d'aide médicale soient établis par les travailleurs sociaux, ce qui évite aux femmes d'avoir à faire une démarche personnelle auprès des D.A.S.S. Ces mesures sont positives.

Les femmes les plus démunies de ressources étant assurées d'une prise en charge par l'aide médicale dans des conditions qui deviennent de plus en plus satisfaisantes, le remboursement par la Sécurité sociale paraît en conséquence moins justifié.

### C. — LES ÉTRANGÈRES

Pour pouvoir avorter en France, les femmes de nationalité étrangère doivent justifier d'une condition de résidence minimale de trois mois. Dans la pratique, la plupart des étrangères qui recourent à l'I.V.G. ont en France leur résidence ordinaire en tant qu'épouse de travailleur immigré. La proportion de femmes utilisant la condition minimale de trois mois de résidence est tout à fait insignifiante, sauf dans les régions frontalières limitrophes de pays à législation répressive (Belgique, Espagne). On ne voit aucune raison donc de remettre en cause la réglementation actuelle, d'autant plus que le Gouvernement a annoncé que des facilités seraient prévues par voie réglementaire en faveur des femmes réfugiées.

### D. — LES TARIFS RÉGLEMENTAIRES DE L'I.V.G.

Pour éviter que l'I.V.G. ne donne lieu à des pratiques mercantiles inacceptables, la loi a prévu que les prix de l'interruption de grossesse feraient l'objet d'une tarification réglementaire dans le cadre de la législation sur les prix. Les tarifs ont été fixés en 1975 au niveau K 25. Ils ont été revalorisés en 1977. Leur montant est actuellement le suivant :

— honoraires :

- 180 F pour le médecin qui pratique l'I.V.G. ;
- 160 F pour l'anesthésiste en cas d'anesthésie ;

— frais d'hospitalisation :

- 265 F pour 12 heures d'hospitalisation ;
- 375 F pour 12 à 24 heures ;
- 110 F par journée supplémentaire.

La durée d'hospitalisation variant selon la méthode employée et l'avancement de la grossesse, le coût de l'I.V.G., pour la femme qui le supporte, est très variable selon les cas. La pratique ambulatoire n'est possible sans risque que si l'avortement est effectué très précocement.

Ces tarifs sont-ils respectés ?

Il semble que ce soit le cas dans le secteur public bien entendu, et dans le secteur hospitalier privé en ce qui concerne les avortements déclarés. Des informations diverses en provenance des femmes, per-

mettent cependant d'établir avec certitude que les tarifs ne sont pas appliquées dans le cas d'avortements non déclarés : on peut demander à la femme 2.000 F et plus.

Plus les infractions à la loi sont importantes, plus les tarifs évidemment augmentent. On suppose d'autre part qu'un certain nombre d'interventions sont camouflées, dans les cliniques privées, sous la cotation K 30 qui permet le remboursement par la Sécurité sociale, mais il est impossible de mesurer l'importance de ce phénomène car il n'existe pas de statistiques établies par les caisses d'assurance maladie sur l'évolution du nombre de K 30, cotation applicable d'ailleurs à des interventions diverses. Il paraîtrait souhaitable toutefois que des études soient faites sur ce plan. Il résulte en tout état de cause que des pratiques mercantiles survivent certainement, mais elles sont d'autant plus difficiles à apprécier quantitativement que la femme n'a aucun intérêt à les dénoncer si l'avortement a été effectué en dehors des règles légales.

Certaines pratiques consistant à demander à la femme un paiement en espèces d'avance, constatées même dans des établissements publics, doivent d'autre part être à tout prix prohibées.

Le médecin qui pratique l'I.V.G. est rémunéré tantôt à la vacation ce qui est le cas le plus général dans les hôpitaux publics, tantôt à l'acte, plutôt dans les établissements privés. Certains estiment que les paiements à l'acte devraient être proscrits mais on ne voit pas selon quel moyen dans le secteur privé où il s'agit du mode de rémunération coutumier des médecins.

#### E. — LE QUOTA DE 25 %

Pour éviter la constitution d'avortoirs tels qu'on en connaît aux Pays-Bas ou en Grande-Bretagne, le législateur a pris la précaution de limiter à 25 % des actes chirurgicaux et obstétricaux, le nombre des I.V.G. dans les maternités privées. On doit noter que ce quota ne s'applique pas dans les établissements d'hospitalisation privés chirurgicaux. Mais ces établissements ne sont pas habilités à recevoir les femmes enceintes sans encourir des sanctions.

Sauf exception notable, le quota de 25 % semble dans l'ensemble respecté. Les cliniques d'accouchement privées ne souhaitent pas, en règle générale, se consacrer trop largement à l'I.V.G. car elles craignent de perdre leur clientèle en maternité.

On connaît cependant des cas de dépassement léger que l'administration, jusqu'à présent, tolérait si les avortements étaient pratiqués dans les délais légaux et dans de bonnes conditions, lorsque le service public ne pouvait faire face à la demande.

## 2. Le renforcement des contrôles.

Il est connu de tous — et le ministre délégué à la Condition féminine l'a confirmé à l'Assemblée nationale — que des pratiques condamnables subsistent : entretien préalable négligé, non-établissement de la déclaration, dépassement des délais, honoraires abusifs. Ils s'expliquent largement par les difficultés de la mise en place de loi nouvelle, notamment par l'insuffisance des structures publiques d'accueil entraînant le recours à des médecins peu scrupuleux et peu soucieux surtout de respecter les conditions fixées par la loi.

En droit, le non-respect de normes légales entraîne plusieurs types de sanctions et tout d'abord l'application des dispositions de l'article 317 du Code pénal, puisque celles-ci ne se trouvent écartées que dans la seule hypothèse d'I.V.G. pratiquées dans les conditions prévues par la loi, à savoir dans un délai de dix semaines, par un médecin, dans un établissement hospitalier.

Toute violation de l'une de ces conditions est passible, pour l'auteur de l'avortement, de peines d'emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 1.800 à 60.000 F, voire de cinq à dix ans et de 18.000 à 120.000 F en cas de pratique habituelle, et sans préjudice de sanctions prononcées par les instances ordinales.

### A. — LES POURSUITES EFFECTUÉES : PEU NOMBREUSES ET RÉCENTES

En fait, les manquements à la loi ne paraissent guère avoir été réellement sanctionnés et certains ont pu même s'étonner du caractère très récent de certaines sanctions, comme si l'approche du débat parlementaire avait invité à la sévérité... Les manquements sont, il est vrai, d'inégale gravité et appellent sans doute des sanctions plus nuancées.

Selon les informations recueillies par votre Rapporteur, depuis 1975, 34 poursuites auraient été engagées contre les auteurs d'avortements qui ont violé les normes fixées par la loi et se sont ainsi trouvés soumis aux dispositions répressives de l'article 317 précité. Nombre de ces poursuites ont abouti à des condamnations à des peines d'emprisonnement ferme, et 18 sanctions ont été prononcées par les instances ordinales contre des médecins pour les mêmes motifs.

Deux établissements ont été fermés parce qu'il y était pratiqué des avortements au-delà de dix semaines sur des femmes étrangères, dans des conditions d'insécurité inacceptables. Il faut ajouter à ces deux cas une affaire récente dans une clinique parisienne bien connue de tous.

Enfin, huit médecins ont été condamnés pour avoir demandé des honoraires supérieurs à la tarification réglementaire.

Le nombre total de ces condamnations est de toute évidence dérisoire par rapport à l'estimation du nombre d'avortements clandestins actuels. Même si les plaintes sont rares et les témoignages difficiles à recueillir, un contrôle accru plus rigoureux s'impose.

#### B. — LES SANCTIONS ENCOURUES, NOTAMMENT ADMINISTRATIVES, SONT-ELLES ADAPTÉES ?

Outre les sanctions de l'article 317 du Code pénal, sont prévues d'une part des sanctions d'emprisonnement et d'amende à l'encontre de ceux qui « provoquent » à l'I.V.G. même licite ou font de la propagande en sa faveur et d'autre part des sanctions à l'encontre des établissements dépassant le quota de 25 % ou ne respectant pas la procédure définie par la loi.

On peut se demander si ces sanctions administratives à l'encontre des établissements privés ne sont pas trop rigoureuses. L'établissement encourt en effet le risque de suppression de l'autorisation de fonctionner, ce qui est une sanction grave, dans les cas suivants :

- s'il ne se fait pas remettre les attestations justifiant que la femme a satisfait à la procédure préalable ;
- s'il n'assure pas, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances ;
- s'il néglige de faire la déclaration prévue par la loi qui doit être adressée au médecin inspecteur régional de la Santé ;
- enfin s'il accueille des étrangères qui ne remplissent pas les conditions de résidence exigées.

Il paraît souhaitable, pour ces infractions relativement mineures, de prévoir un *échelonnement des sanctions encourues en fonction de la gravité de l'infraction*. Ce souci est partagé par l'administration et le Gouvernement a annoncé la publication d'un décret prévoyant opportunément des peines contraventionnelles.

Cet échelonnement des peines a pour but de permettre une sanction plus efficace des manquements à la loi et ne traduit à l'évidence aucune volonté de laxisme.

## CONCLUSION

Ainsi, pour les motifs exposés dans le présent rapport, votre commission des Affaires sociales estime indispensable de reconduire la loi de 1975.

Elle s'est prononcée, à l'issue d'un très large débat, en faveur du maintien dans leurs grandes lignes des dispositions en vigueur qui traduisent un compromis fragile mais raisonnable entre, d'une part la liberté et la responsabilité des personnes, d'autre part la nécessité d'assortir de conditions strictes l'interruption volontaire de grossesse, acte grave, ultime recours.

Votre Commission a cependant constaté que la loi a été jusqu'à présent mal appliquée et insuffisamment respectée. Le service public hospitalier n'a pas fait face comme il convenait à sa mission. L'administration a fait preuve d'un laxisme certain dans la lutte contre l'avortement illégal.

C'est pourquoi votre Commission présentera, au cours de l'examen des articles, un certain nombre d'amendements tendant à permettre une application plus rigoureuse de la loi.

C'est pourquoi elle proposera l'institution d'une commission extra-parlementaire chargée de suivre cette application, d'en circonscrire les défauts, d'en mesurer les effets.

C'est pourquoi, enfin, elle demandera au Sénat de ne prolonger la loi de 1975 que pour un nouveau délai de cinq ans, et non définitivement.



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### A. — MARDI 23 OCTOBRE 1979

#### **Audition de Mme Monique Pelletier, ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé de la Condition féminine et de la famille.**

(Extrait du *Bulletin des commissions* n° 4 du 30 octobre 1979.)

La Commission a ensuite entendu Mme Monique Pelletier, ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé de la Condition féminine et de la famille, sur le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse.

La loi en vigueur, a exposé Mme Pelletier, qui en a rappelé la teneur (pratique de l'interruption volontaire de grossesse par les seuls médecins, dans des établissements agréés, dans un délai de dix semaines de grossesse, sans remboursement par la Sécurité sociale), représente la voie de la sagesse, mais on doit en améliorer l'application. Le nombre d'avortements est estimé à 250.000 par an, dont 150.000 faisant l'objet de la déclaration légale. La loi n'a donc pas eu pour effet une augmentation du nombre d'I.V.G., et a eu des résultats positifs certains sur le plan médical. Cependant, l'avortement reste un acte grave. Evoquant les législations étrangères, Mme Pelletier a estimé que les législations plus restrictives (Grande-Bretagne, Pays-Bas, Allemagne fédérale) n'apportaient que des garanties illusoire.

Le Gouvernement, qui propose le maintien de la loi en vigueur, s'engage à mettre en œuvre un certain nombre de mesures incitant à une meilleure application sur les points suivants :

— renforcer et mieux contrôler la procédure de l'entretien préalable, en apportant une aide financière aux centres agréés qui pratiquent le conseil conjugal ;

— mieux informer le public sur les tarifs réglementaires en vigueur (K 30) ;

— renforcer le contrôle, par les régimes d'assurance maladie, des établissements qui pratiquent un nombre élevé d'actes cotés K 30 ;

— contrôler l'établissement effectif des bulletins statistiques ;

— encourager, dans les hôpitaux publics, le développement de structures d'accueil ;

— enfin, afin d'inciter à l'usage de la contraception et d'améliorer le soutien psychologique des femmes concernées, prévoir le remboursement par l'assurance maladie de la visite médicale après l'interruption de grossesse et assurer la rémunération d'un conseiller pour un deuxième entretien social au même moment.

Après l'exposé du Ministre, s'est engagé un débat au sein de la Commission.

M. Chérioux a insisté sur la nécessité de mettre en œuvre une politique familiale active, regretté que l'entretien préalable ne semble pas jouer le rôle dissuasif escompté, et souhaité une appréciation légale plus précise de la notion de détresse morale.

M. Mézard a estimé que la femme devait rester libre de sa décision. Il a souligné les aspects positifs de la loi, sur le plan tant sanitaire que social. Mais, a-t-il estimé, l'entretien préalable doit être valorisé ; les avortements répétés doivent être évités. A propos des motivations des femmes, il semble, a-t-il exposé, que des problèmes psychologiques et familiaux soient dominants, et non les difficultés financières.

M. Labèguerie a déploré l'absence d'une politique globale de la famille tant de fois annoncée. La notion de détresse étant imprécise, la loi permet l'avortement « de convenance ». Il semble que la légalisation même de l'avortement constitue dans certains cas une incitation à sa pratique. M. Labèguerie s'est demandé s'il n'aurait pas été préférable de supprimer purement et simplement la loi de 1920.

M. du Luart a regretté que l'avortement soit encore un moyen de contraception, stigmatisé l'avortement « de convenance », et s'est déclaré extrêmement préoccupé de l'avenir des sociétés occidentales qui refusent l'enfant. La légalisation de l'avortement déculpabilise dangereusement.

M. Louvot a estimé inconvenant que certaines mutuelles assurent la couverture de l'I.V.G. Quoique sceptique sur les résultats, il a estimé indispensable de promouvoir une contre-information mettant la vie en valeur.

Pour M. Henriot, malgré les progrès médicaux constatés, l'avortement reste un crime. Le nombre réel d'avortements pratiqués est certainement supérieur aux estimations officielles. Il est urgent de prendre des mesures familiales hardies.

M. Sallenave a douté que la femme en détresse, désorientée, soit en mesure de juger de sa propre situation. L'intervention d'une instance collégiale serait plus appropriée. La notion même de détresse permet tous les abus.

Dans ses réponses aux intervenants, Mme Pelletier s'est déclarée opposée à l'instauration d'un collège qui déciderait de l'opportunité de l'avortement au lieu et place de la femme ; une telle procédure serait inefficace, fallacieuse et contraire à la dignité de la femme. Les femmes sont adultes et responsables. Elles portent trop souvent seules la responsabilité d'un acte à deux. En revanche, le Ministre a souhaité des propositions précises en vue d'une définition légale des cas de détresse, en soulignant la difficulté d'une telle démarche. Elle a précisé que les demandes d'avortement résultaient en grande majorité d'un échec du couple. L'avortement dit « de convenance » doit, à son avis, être apprécié et jugé avec une grande prudence. La suppression de toute législation sur l'avortement, a-t-elle souligné, signifierait la suppression de tout contrôle, de toute garantie sanitaire, et permettrait tous les abus « commerciaux ».

Enfin, a-t-elle précisé, le Gouvernement a la volonté d'améliorer les aides aux familles.

## B. — MERCREDI 28 NOVEMBRE 1979

### Audition de différentes personnalités.

(Extrait du *Bulletin des commissions* n° 9 du 4 décembre 1979.)

• Au cours d'une première séance tenue dans la matinée, la Commission a entendu le *professeur Lortat-Jacob, président du Conseil national de l'ordre des médecins, accompagné du docteur Autin*, sur le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse (A.N. n° 1328) en cours de discussion à l'Assemblée nationale.

L'ordre des médecins, a exposé M. Lortat-Jacob, avait pris, en 1974, fermement position contre la légalisation de l'avortement, contraire au respect de la vie qui fonde l'éthique médicale. L'ordre n'a pas changé d'éthique. Il reconnaît cependant que le bilan de la loi de 1975 est positif dans les conséquences sanitaires de l'avortement : les décès imputables à des avortements pratiqués dans des conditions déplorables ont pratiquement disparu, les accidents septiques ont considérablement diminué car l'interruption de grossesse est pratiquée en milieu médical. Mais la loi est mal appliquée : le délai de dix semaines n'est pas respecté, un grand nombre d'interruptions de grossesse ne sont pas déclarées, le mercantilisme subsiste.

Dans la mesure où la reconduction de la loi paraît inévitable, l'ordre des médecins considère qu'il convient de l'appliquer convenablement.

La situation de « détresse » — ou de « nécessité », terme proposé à l'Assemblée nationale — ne peut qu'être laissée à l'appréciation

de la femme. L'ordre n'est pas favorable à l'intervention de quelque commission que ce soit. Mais l'entretien social devrait être orienté de façon à amener la femme à s'interroger sur la gravité réelle de sa décision.

La clause de conscience doit être pratiquée strictement mais sans abus. Le médecin devrait l'invoquer une fois pour toutes et non au cas par cas. A l'hôpital public, il conviendrait de dégager le chef de service de la responsabilité qui lui tombe en vertu de l'article L. 798 du Code de la santé, pour permettre que les interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) soient pratiquées dans son service si lui-même n'y est pas favorable.

L'ordre est opposé au remboursement par l'assurance maladie qui aurait pour effet de banaliser un acte grave. La prise en charge par l'aide sociale suffit à répondre aux cas d'insuffisance de ressources.

Enfin, pour réduire les risques de mercantilisme, s'impose un contrôle strict, par l'administration, de l'application du quota de 25 % dans les établissements privés, et la rémunération des médecins à la vacation serait préférable à la rémunération à l'acte.

En réponse à M. Jean Mézard, M. Lortat-Jacob a apporté des précisions sur les conséquences médicales, psychiques et démographiques de la loi de 1975. Selon une enquête, à son avis sérieuse, réalisée dans la région parisienne et relative aux motivations des femmes qui recourent à l'I.V.G., 14 % interrompraient leur grossesse parce que la loi leur en donne la possibilité. L'évaluation des avortements clandestins, autant que d'avortements légaux, doit être considérée avec prudence. Le délai de dix semaines de grossesse doit être maintenu.

M. Jean Chérioux a exprimé les plus expresses réserves sur les chiffres avancés avant 1975 pour évaluer le nombre d'avortements. La notion de détresse donne lieu à des abus. Il conviendrait de mettre en œuvre une politique familiale active pour détourner les femmes de l'interruption de grossesse. M. Jean Chérioux s'est interrogé sur les moyens de supprimer l'avortement clandestin sans maintenir la loi de 1975.

Mme Cécile Goldet a déploré les positions prises, en 1962, par le Conseil de l'ordre à l'encontre des méthodes contraceptives modernes et estimé que l'ordre avait ainsi une part de responsabilité dans le recours à l'avortement clandestin à cette époque. Le recul de l'interruption de grossesse est lié au développement de la contraception.

L'ordre, a répondu M. Lortat-Jacob, est aujourd'hui favorable à la contraception. Sa position antérieure, prudente, était fondée sur l'insuffisante information quant à l'innocuité des méthodes modernes.

M. Victor Robini a stigmatisé les contradictions de la loi de 1975 à laquelle il reste fondamentalement opposé. Il a souhaité connaître l'évolution de nombre de « K 30 » susceptibles de correspondre à des avortements clandestins. Légales ou clandestines, les I.V.G. sont désormais effectuées par des médecins mais aussi, du fait de la loi, banalisées et moins culpabilisantes.

M. Pierre Louvot a estimé que le bilan de la loi, hormis ses conséquences médicales, était fallacieux et suspect. Pour lui, le crime de l'infanticide s'est introduit sous couvert de la libéralisation de l'avortement. La détresse cache la convenance. Il convient de mobiliser tous les moyens d'accueil de l'enfant pour permettre à la femme d'accepter sa grossesse avec plus de sérénité, avec, éventuellement, la perspective de faire adopter l'enfant dont elle n'est pas en mesure d'assumer la charge.

M. Lortat-Jacob a insisté sur la nécessité que les médecins et conseillers sociaux aient, vis-à-vis de la femme, une attitude objective.

M. Noël Berrier a douté que 14 % des femmes recourent à l'I.V.G. exclusivement parce que la loi les y autorise. Jamais il n'a vu une femme ne desirant pas l'enfant qu'elle porte mener sa grossesse à terme.

M. Michel Labèguerie a constaté l'échec total de la procédure de dissuasion prévue et estimé souhaitable de confier à une commission la décision d'avortement, en opposition sur ce point avec M. Lortat-Jacob.

Ce dernier a suggéré une nouvelle reconduction temporaire de la loi de 1975.

• Au cours d'une seconde séance tenue dans l'après-midi, la Commission a entendu M. Calot, directeur de l'Institut national d'études démographiques (I.N.E.D.), accompagné de Mme Blayo, maître de recherches.

M. Calot, après avoir rappelé les données de l'évolution démographique en France et dans les pays occidentaux, a formellement exclu que la loi de 1975, et même la suspension des poursuites en matière d'avortement, qui l'avait précédée, soit une cause de la baisse de la fécondité constatée partout depuis 1964, accélérée en 1970, mais stabilisée en France depuis la fin de l'année 1975.

Contraception et avortement, légalisés ou non, ne sont que les moyens utilisés par les couples pour réduire le nombre de leurs enfants. La cause de la baisse de la fécondité ne réside pas dans ces moyens mais plutôt dans la diminution du désir d'enfant, elle-même résultant de facteurs complexes. L'analogie avec les pays de l'Est est sans signification. Dans ces pays, légalisation de l'avortement et nombre de naissances sont liés du fait de deux facteurs

inexistants en Europe de l'Ouest : le caractère particulier du système politique et l'absence de pratiques contraceptives.

M. Jacques Henriet a déclaré ne pas être convaincu, et estimé que la loi elle-même incitait des femmes à recourir à l'interruption de grossesse.

Abordant alors la question controversée du nombre d'avortements, M. Calot a rappelé que l'I.N.E.D avait, en 1966, évalué à 250.000 le nombre d'avortements clandestins, à partir d'un taux de mortalité par suite de manœuvres abortives, estimé à 1 ‰.

Les évaluations actuelles, moins hasardeuses, sont établies à partir de comparaisons internationales, notamment avec le Danemark. Il y aurait eu, en 1976, outre 133.000 interruptions de grossesse déclarées, environ autant d'avortements clandestins, soit 250.000 au total.

Cette stabilité apparente du nombre d'interruptions de grossesse cache sans doute des évolutions divergentes qui se compensent : la légalisation a vraisemblablement été la cause d'un certain nombre d'avortements, tandis que, par ailleurs, s'est développé l'usage des contraceptifs ayant pour conséquence un moindre recours à l'interruption de grossesse.

En réponse aux observations et aux questions de MM. Jean Mézard, Jacques Henriet et Pierre Gamboa, M. Calot a estimé très difficile d'apprécier la sincérité des motivations exprimées par les intéressées, tant avant qu'après l'intervention, et souligné qu'aucune statistique en la matière n'était fiable. Il a précisé que la baisse de la natalité était due, pour 85 ‰, à la diminution rapide des enfants de rang trois et suivants. Le redressement démographique passe par la réhabilitation du troisième enfant.

• La Commission a ensuite procédé à l'audition de *Mme de Boissieu, secrétaire générale du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, directrice du Centre d'information sur la vie sexuelle, la maternité et la régulation des naissances (C.I.R.M.)*.

Après avoir rappelé la nature juridique et les missions du Conseil supérieur, ainsi que du C.I.R.M., Mme de Boissieu a présenté le bilan de la loi de 1975, établi par le Conseil supérieur à partir des observations des associations de conseil conjugal et familial qui procèdent à l'entretien et des médecins pratiquant l'interruption volontaire de grossesse.

Parmi les femmes qui avortent, 30 ‰ sont âgées de vingt à vingt-quatre ans et 25 ‰ de vingt-cinq à vingt-neuf ans ; 40 ‰ sont célibataires ; 40 ‰ n'ont pas d'enfant et 40 ‰ ont un ou deux enfants ; 30 à 40 ‰ des avortements seraient consécutifs à un abandon de contraception.

Soulignant les aspects positifs de la loi, Mme de Boissieu a évoqué la diminution des interruptions de grossesse pratiquées à l'étranger, la raréfaction des complications médicales, et le fait que le délai de dix semaines semble rarement dépassé, sauf en ce qui concerne les mineures.

L'application de la loi soulève cependant des réserves.

La longueur de la procédure imposée à la femme par les multiples consultations auxquelles elle doit se soumettre est critiquée. Le premier médecin consulté néglige de remettre le dossier-guide, d'ailleurs inadapté, qu'il n'a pas toujours en sa possession. Les structures d'accueil sont très inégalement réparties sur le territoire. Ainsi, dans le Nord - Pas-de-Calais, le secteur public ne répond pas à la demande. L'obligation d'information sur les méthodes contraceptives n'est pas respectée.

L'entretien social n'a pas toujours lieu dans de bonnes conditions. Le médecin le présente trop souvent comme une simple formalité. Les associations, même confessionnelles, tendent à renoncer à l'objectif dissuasif de l'entretien, en faveur d'une écoute sans préjugés. Un nouvel entretien après l'intervention paraît souhaitable.

Aucun accord ne se dégage entre les associations sur la question du lieu de l'entretien : les uns l'estiment préférable dans des locaux isolés, les autres en milieu hospitalier.

De même, les avis divergent sur l'opportunité d'instaurer la gratuité de l'avortement. La crainte d'une banalisation de l'acte incite au maintien du non-remboursement par l'assurance maladie moyennant un assouplissement des conditions d'accès à l'aide sociale.

Les prix demandés varient. Ils peuvent atteindre 1.200 à 2.000 F dans certaines cliniques privées, les tarifs réglementaires (600 F sans anesthésie, 800 F avec anesthésie) n'étant pas respectés. Le paiement à l'avance et en espèces doit être proscrit.

Pour les mineures, les problèmes posés résultent du caractère trop souvent tardif de la demande et de l'obligation du consentement parental. La suppression du consentement, souhaitée par certains, se heurte à son obligation pour toute intervention chirurgicale. L'entretien social est particulièrement difficile. L'information sexuelle, délicate à réaliser, est insuffisante.

Sauf dans les zones frontalières, la quasi-totalité des étrangères qui recourent à l'avortement résident en France depuis plus de trois mois.

Enfin, l'amélioration de l'appareil statistique suppose que les établissements soient mieux contrôlés.

M. Jean Mézard a fait état de renseignements en provenance des associations, conformes aux préoccupations exprimées par Mme de Boissieu.

M. Noël Berrier a estimé que les médecins pouvaient jouer un rôle « social » très efficace, notamment pour faciliter les relations entre la mineure et les parents.

M. Jacques Henriet a souligné les risques de la contraception chimique pour la santé de la femme.

• *Enfin, la Commission a entendu le professeur Henrion, président du collège des gynécologues accoucheurs.*

Les gynécologues accoucheurs, respectueux de la vie à naître, *a priori* réticents pour pratiquer des avortements, sont cependant décidés, lorsqu'ils n'invoquent pas la clause de conscience, à appliquer la loi, a exposé M. Henrion.

Les complications immédiates consécutives à l'interruption de grossesse ont incontestablement diminué. Plus l'avortement est précoce, plus les risques de complications et de séquelles entraînant notamment la stérilité de la femme sont réduits.

En réponse à M. Jean Mézard, M. Henrion a indiqué :

— que 50 % des femmes avortées dans son service étaient envoyées par un médecin, 50 % s'y adressant directement ou à l'initiative du C.I.R.M. ;

— que l'entretien social était rarement dissuasif, mais qu'il convenait de le maintenir ;

— que les mineures avortaient souvent trop tardivement ;

— que jusqu'à six semaines pouvait être utilisée la méthode par aspiration, et qu'après dix semaines l'intervention devenait plus lourde ;

— que la gratuité de l'avortement ne suffisait pas à supprimer les avortements clandestins, compte tenu des dépassements du délai de dix semaines et du désir de certaines femmes de conserver un anonymat complet ;

— que la mise en jeu de la clause de conscience par un chef de service dans un hôpital public pouvait être corrigée par la création de centres d'interruption volontaire de grossesse.

A M. Jacques Henriet, s'étonnant que des gynécologues accoucheurs puissent, notamment dans le cas d'avortements de « convenue », porter atteinte au respect de la vie, M. Henrion a répondu que s'il n'y avait du point de vue moral aucune différence entre l'avortement précoce et l'infanticide, il n'en était pas de même au niveau du « vécu », tant pour la femme que pour le médecin. L'interruption de grossesse, échec, faillite, doit rester un dernier recours. Mais il est difficile de dissuader les femmes qui sont déterminées à avorter, pour quelque motif que ce soit, de même qu'il est difficile d'éviter les interruptions de grossesse répétées.



En réponse à M. Jean Béranger qui l'interrogeait sur l'importance de la qualité de l'entretien, M. Henrion a estimé qu'un entretien bien fait, faisant appel à la responsabilité de la femme, était de nature à l'inciter à garder son enfant. L'intervention, a-t-il précisé, s'avère souvent traumatisante pour l'intéressée.

M. Victor Robini a déploré le non-respect du délai de dix semaines, le maintien de « circuits parallèles », et l'échec de la dissuasion. Malgré la médicalisation, l'avortement demeure un acte agressif.

A Mme Marie-Claude Beaudou, convaincue que l'avortement doit rester un ultime recours et que l'information sur la sexualité et la contraception est insuffisante, M. Henrion a déclaré que les très jeunes femmes n'étaient pas conscientes de certains risques que comportent pour leur santé les relations sexuelles et que l'information devrait tendre à développer la responsabilité tant des filles que des garçons. Il a en outre estimé que les médecins avaient alarmé à tort les femmes sur les dangers de la pilule contraceptive.

En réponse à M. Pierre Gamboa, il a estimé souhaitable de ne pas prolonger le délai légal au-delà de dix semaines de grossesse, étant donné que les risques de complication croissent avec la durée de la grossesse. Il a par ailleurs constaté que plus la femme appartient à un milieu social favorisé, mieux elle est éduquée, mais aussi plus elle est égoïste.

La Commission, à l'issue de ces auditions, a décidé de procéder, le 7 décembre, à l'examen du projet de loi, sous réserve bien entendu de son adoption par l'Assemblée nationale.

## C. — VENDREDI 7 DÉCEMBRE 1979

### Premier examen du projet de loi.

(Extrait du *Bulletin des commissions* n° 10 du 11 décembre 1979.)

Au cours d'une première séance, tenue dans la matinée, la Commission a examiné le projet de loi n° 74 (1979-1980), adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.).

M. Jean Mézard, rapporteur, a indiqué qu'il lui semblait nécessaire de reconduire la loi de 1975, en raison d'abord des effets positifs incontestables qu'a eus ce texte sur la santé des femmes ; il a estimé que le retour à la législation répressive de 1920 était irréaliste et qu'il ne saurait exister un vide juridique en ce domaine.

Le Rapporteur a, par ailleurs, signalé que la loi de 1975 n'avait pas, selon les études sérieuses auxquelles il a été procédé, eu d'incidences directes sur la natalité dont les causes se situent, à son avis, bien au-delà des problèmes de l'avortement.

Il a nuancé le caractère incitatif qu'aurait eu la légalisation de l'avortement en relevant la stabilité du nombre des interruptions volontaires de grossesse depuis 1975.

M. Jean Mézard a néanmoins jugé nécessaire de consolider la législation en vigueur afin d'en assurer une application plus rigoureuse ; il lui est apparu nécessaire de respecter les aspects libéraux de la loi en ce qui concerne l'appréciation de la situation de détresse de la femme et le maintien de la clause de conscience des médecins.

Il a estimé que l'entretien social devait être renforcé et les excès de la clause de conscience des médecins limités.

Le Rapporteur a enfin insisté sur la nécessité de maintenir et de faire respecter les limites et les contrôles fixés par la loi à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse.

Après avoir unanimement félicité le Rapporteur pour la qualité et l'effort d'objectivité de ses travaux, les orateurs ont insisté sur différents points.

M. Michel Labèguerie a relevé le caractère incertain des statistiques en matière d'interruption volontaire de grossesse et l'impossibilité d'établir un bilan précis d'application de la loi de 1975 ; pour ces raisons, il a manifesté l'intention de déposer, le moment venu, un amendement tendant à reconduire temporairement la législation existante et à constituer une commission d'enquête. Il a également insisté sur la nécessité de développer la contraception et surtout de mettre en place une véritable politique familiale. Dans ces conditions, il a regretté de ne pas pouvoir approuver les conclusions du Rapporteur.

M. Jacques Henriët s'est alors rallié, pour les mêmes raisons, à cette dernière position.

M. Jean Béranger a rappelé que l'avortement n'était pas une création de la loi de 1975 et que ce texte avait eu l'avantage de sortir cette pratique de la clandestinité et d'en supprimer les complications médicales. Il a indiqué qu'il se ralliait aux conclusions exposées par le Rapporteur.

M. Jean Chérioux a d'abord précisé que sa position ne visait pas le rapport présenté mais plutôt, à travers lui, le caractère trop permissif, voire incitatif, du projet de loi auquel il a exprimé son hostilité. Selon lui, il serait préférable de s'attaquer à l'origine des situations de détresse plutôt qu'à la réglementation de l'I.V.G. elle-même. Cela suppose, pour l'orateur, une véritable politique familiale qui, pour l'instant, n'a été qu'esquissée.

M. Jean Chérioux a enfin souligné l'intérêt des propositions de M. Labèguerie et indiqué qu'il ne saurait être question, dans ces conditions, d'entériner le projet de loi.

M. René Touzet a souhaité que la loi de 1975 soit correctement appliquée, notamment en ce qui concerne la consultation préalable. Il a estimé impossible de revenir aux dispositions répressives de 1920 et a approuvé les conclusions du Rapporteur.

Mme Marie-Claude Beaudeau a jugé que ce projet assurait la liberté de décision des couples et a souhaité que la loi de 1975 soit reconduite et améliorée.

M. Noël Berrier a indiqué qu'il voterait la reconduction d'une loi qui a apporté des améliorations substantielles par rapport aux pratiques déplorables observées dans le passé en matière d'avortement.

M. André Rabineau, tout en approuvant les conclusions du rapport, a également souhaité la création d'une commission destinée à suivre l'application de la loi.

M. Hector Viron a estimé regrettable que la commission des Affaires sociales risque de se déjuger par rapport aux positions arrêtées en 1974 ; il a dénoncé l'insuffisance des statistiques fournies et l'absence d'une politique familiale annoncée à cette époque : il a souhaité que les conclusions du Rapporteur soient adoptées.

M. Pierre Louvot a estimé que le texte, même amélioré, ne lui semblait pas acceptable et s'est rallié à la position exprimée par M. Michel Labèguerie.

A l'issue de la discussion générale, la Commission par 19 voix contre 17, a, sur proposition de M. Chérioux, décidé d'opposer la question préalable au projet de loi.

M. Jean Mézard a, en conséquence, démissionné de ses fonctions de Rapporteur.

Au cours d'une deuxième séance tenue dans l'après-midi, la Commission a décidé de reporter à la séance prévue pour le mardi 11 décembre la désignation d'un nouveau Rapporteur pour le projet de loi n° 74 (1979-1980), adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif à l'interruption volontaire de grossesse, en remplacement de M. Jean Mézard, démissionnaire.

Le 11 décembre, M. Jean Chérioux a été désigné comme Rapporteur.

## D. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1979

### Nouvel examen du projet de loi.

La Commission, sous la présidence de M. Robert Schwint, s'est tout d'abord réunie dans la matinée pour tirer les conséquences du rejet par le Sénat de la question préalable qu'elle avait opposée au projet de loi sur l'I.V.G.

Après que M. Jean Chérioux eut présenté sa démission de rapporteur, la Commission a proposé à M. Jean Mézard, qui l'a accepté, de reprendre ses fonctions initiales.

Dans l'après-midi et dans la soirée, la Commission a entrepris l'examen des amendements déposés sur le projet.

A l'issue d'un large débat auquel ont participé Mmes Beaudeau et Goldet ainsi que MM. Béranger, Berrier, Chérioux, Gamboa, Gargar, Gravier, Henriet, Labèguerie, Lemarié, Louvot, Moreigne, Sallenave, Schwint, Sirgue, Talon et Viron, elle a adopté les amendements n<sup>os</sup> 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56 rectifié, 57, 58, 59, 60 et 61 de M. Mézard ainsi que les amendements 101, 18 et 19 de M. Labèguerie, sous-amendé s'agissant de ce dernier amendement par M. Chérioux.

Elle a décidé de donner un avis favorable aux amendements 17 de M. Palmero, 137 de M. Guillard, 2 de M. Lombard, 139 de M. de Tinguy, 21 et 22 de M. Michel Giraud.

Elle a par contre décidé de donner un avis défavorable aux amendements n<sup>os</sup> 62 de Mme Beaudeau, 107 et 108 de Mme Goldet, 23 de M. Chérioux, 63 de M. Lederman, 110 de Mme Goldet, 65 de M. Schmaus, 64 de Mme Beaudeau, 67 de Mme Luc, 68 de Mme Perlican, 69 de M. Gamboa, 111 de Mme Goldet, 1 de M. Rudloff, 144 de M. Henriet, 5 de M. Caillavet, 165 de M. Max Lejeune, 70 de M. Lederman, 24 et 25 de M. Chérioux, 112 de Mme Goldet, 6 de M. Caillavet, 71 de M. Lederman, 102 de M. de Tinguy, 26, 27 et 28 de M. Chérioux, 113, 114 et 115 de Mme Goldet, 136 de M. Guillard, 72 de Mme Perlican, 7 de M. Caillavet, 73, 75 de Mme Perlican, 143 de M. de Tinguy, 29 de M. Chérioux, 76 de M. Lederman, 117, 118, 119 de Mme Goldet, 8 de M. Caillavet, 120 de Mme Goldet, 80 de Mme Beaudeau, 30 de M. Chérioux, 9 de M. Caillavet, 82 de M. Lederman, 122 de Mme Goldet, 83 de Mme Luc, 106 de M. Max Lejeune, 84 de Mme Perlican, 31 de M. Chérioux, 123 de Mme Goldet, 85 de M. Ehlers, 100 de M. Jean-Marie Girault, 124 de Mme Goldet, 10 de M. Caillavet, 125 de Mme Goldet, 86 de M. Le Pors, 126 de Mme Goldet, 32 de M. Chérioux, 87 de Mme Luc, 127 de Mme Goldet.

11 de M. Caillavet, 128 de Mme Goldet, 33 de M. Chérioux, 88 de Mme Luc, 34 de M. Chérioux, 146 de M. Henriot, 89 de M. Ehlers, 90 de M. Gargar, 91 de M. Le Pors, 92 de M. Schmaus, 135 de Mme Goldet, 96 de M. Gamboa, 134 de Mme Goldet, 35 de M. Chérioux, 129 de Mme Goldet, 36 et 37 de M. Chérioux, 130 de Mme Goldet, 93 de M. Schmaus, 94 de M. Lederman, 131 de Mme Goldet, 39 de M. Chérioux, 95 de M. Lederman, 132 de Mme Goldet, 46 de M. Michel Giraud, 40, 41, 42, 43 de M. Chérioux, 12, 13, 14, 15, 16 de M. Caillavet, 104 et 141 de M. de Tinguy, 45 et 44 de M. Chérioux, 47 de M. Kauss, 97 de M. Le Pors, 20 de M. Chauvin, 4 de M. Caillavet, 98 de Mme Luc, 133 de Mme Goldet, 74 de Mme Perlican.

Elle a enfin décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat pour les amendements 109 de Mme Goldet, 66 de M. Viron, 103 rectifié et 140 rectifié de M. de Tinguy, 38 de M. Chérioux et 99 de M. Gargar.

## TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975			
<b>TITRE PREMIER</b>			
Article premier.		Article premier A (nouveau).	Article premier A.
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.		L'article premier de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 est complété par le nouvel alinéa suivant :	Alinéa sans modification.
		« L'enseignement de ce principe et de ses conséquences, l'information sur les problèmes de la vie et de la démographie, l'éducation de la responsabilité, l'environnement moral et médico-social, l'accueil à l'enfant né ou à naître et la politique familiale sont des obligations nationales. L'Etat et les collectivités territoriales exécutent ces obligations et apportent leur aide aux initiatives qui concourent à cette exécution. »	« L'enseignement de ce principe et de ses conséquences, l'information sur les problèmes de la vie et de la démographie, l'éducation à la responsabilité, l'accueil de l'enfant dans la société et la politique familiale sont des obligations nationales. L'Etat, avec le concours des collectivités territoriales, exécute ces obligations et soutient les initiatives qui y contribuent. »
		Article premier B (nouveau).	Article premier B.
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		Il est ajouté à l'article 13 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 un deuxième alinéa ainsi rédigé :	Alinéa sans modification.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
Code pénal.			
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.		« La formation initiale et permanente des médecins et du personnel paramédical comprendra un enseignement sur la contraception. »	« La formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des infirmiers et infirmières, comprend un enseignement sur la contraception. »
			Article additionnel.
			Il est créé une commission nationale chargée d'examiner les conditions d'application et les conséquences de la loi du 17 janvier 1975 et de la présente loi, de faire le bilan des résultats de la politique menée en faveur de la natalité ainsi que de l'application des lois relatives à la régulation des naissances et à la contraception.
			Cette commission comprendra :
			<ul style="list-style-type: none"><li>— 6 députés désignés par l'Assemblée nationale,</li><li>— 6 sénateurs désignés par le Sénat,</li><li>— 2 membres du Conseil économique et social désignés par celui-ci,</li><li>— 1 conseiller d'Etat désigné par l'Assemblée générale,</li><li>— 3 membres de l'Académie de médecine désignés par celle-ci,</li><li>— 2 représentants de l'U. N. A. F. désignés par cet organisme,</li><li>— 6 personnalités choisies, en raison de leurs compétences, par les ministres chargés de</li></ul>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale

Propositions de la Commission

la Famille, de la Santé et du Travail, dont au moins 3 femmes.

Cette commission devra déposer un rapport devant le Parlement sur les missions qui lui sont confiées, au plus tard le 15 décembre 1983.

Le Gouvernement devra déposer, avant le 15 octobre 1980, sur le Bureau du Parlement un projet de loi d'orientation en faveur de la famille et de l'enfance reprenant et complétant les mesures déjà prises et portant notamment statut de la mère de famille.

Le délai prévu à l'article 2 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 est prolongé de 5 ans à compter de la promulgation de la présente loi.

Article premier.

Article premier.

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'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 au 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

I. — Dans le premier et le cinquième alinéa de l'article 317 du Code pénal, le chiffre « 60.000 F » est remplacé par le chiffre « 100.000 F ».

II. — Dans le deuxième alinéa de l'article 317 du Code pénal, le chiffre « 120.000 F » est remplacé par le chiffre « 250.000 F ».

Conforme.



Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet.</p>	<p>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.</p>	<p>III. — L'article 317...</p>	
<p>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.</p>	<p>L'article 317 du Code pénal est complété par un sixième alinéa rédigé ainsi qu'il suit :</p>	<p>... qu'il suit :</p>	<p>(Alinéa sans modification.)</p>
	<p>* 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. »</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.			
Art. 2.			
Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la pré- sente loi, l'application des dispositions des quatre pre- miers alinéas de l'article 317 du Code pénal lorsque l'in- terruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un éta- blissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satis- faisant 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 :			
« SECTION I			
« Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième se- maine.			
« Art. 162-1. — La fem- me enceinte que son état pla-			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>ce 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.</p>			
<p>« Art. L. 162-2. — L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.</p>			
<p>« 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.</p>			
<p>« 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 :</p>			
<p>« 1° informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;</p>			
<p>Article premier bis (nouveau).</p>			<p>Article premier bis.</p>
<p>Le premier alinéa de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est remplacé par un nouvel alinéa ainsi rédigé :</p>			<p>I. — Au premier alinéa de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique, les mots : « sous réserve de l'article L. 162-8 : » sont remplacés par les mots : « dès la première visite : ».</p>
<p>« Le médecin sollicité par une femme en vue de pratiquer l'interruption de sa grossesse n'est jamais tenu de la pratiquer ; il doit toutefois, dès la première visite, informer l'intéressée de son refus, lui remettre la liste des centres où sont effectuées les interruptions volontaires de grossesse, et accomplir les obligations mentionnées ci-dessous, ainsi qu'à l'article L. 162-5. »</p>			<p>II. — Le 1° de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est rédigé comme suit :</p> <p>« 1° informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures, et de la gravité biologique de l'intervention qu'elle sollicite. »</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>« 2° remettre à l'intéressée un dossier guide comportant :</p>		<p>Cf. articles premier <i>ter</i> et <i>quater</i> (nouveaux)</p>	<p>III. — Le 2° de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>
<p>« 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 ;</p>			<p>« 2° lui remettre un dossier guide mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment : »</p>
<p>« b) la liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 162-4.</p>		<p>Cf. article premier <i>quinquies</i> (nouveau).</p>	<p>IV. — Le b) du 2° de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est complété par les mots :</p>
			<p>« ...ainsi que des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux intéressés. »</p>
			<p>V. — Il est inséré, après le cinquième alinéa de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique, un nouvel alinéa ainsi rédigé :</p>
			<p>« c) la liste et les adresses des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de grossesse. »</p>
			<p>VI. — Le dernier alinéa de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>
<p>« Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers guides destinés aux médecins.</p>			<p>« Un arrêté précise dans quelles conditions les directions départementales de l'action sanitaire et sociale assurent la réalisation et la diffusion des dossiers guides destinés aux médecins. »</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>« Art. L. 162-4. — Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1, doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, 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.</p>		<p>Article premier <i>ter</i> (nouveau).</p> <p>Dans le troisième alinéa (2°) de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique, après les mots « dossier guide » sont insérés les mots « , remis à jour annuellement, ».</p>	<p>Article premier <i>ter</i>.</p> <p>Supprimé.</p>
		<p>Article premier <i>quater</i> (nouveau).</p> <p>Dans le troisième alinéa (2°) de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique, après le mot « comportant » est inséré le mot « notamment ».</p>	<p>Article premier <i>quater</i>.</p> <p>Supprimé.</p>
		<p>Article premier <i>quinquies</i> (nouveau).</p> <p>Le cinquième alinéa b) de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est complété par les mots : « ainsi qu'une nomenclature des organisations familiales d'assistance ».</p>	<p>Article premier <i>quinquies</i>.</p> <p>Supprimé.</p>
		<p>Article premier <i>sexies</i> (nouveau).</p> <p>Le deuxième alinéa de l'article L. 162-4 du Code de la santé publique est complété par les mots : « en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant ».</p>	<p>Article premier <i>sexies</i>.</p> <p>Le deuxième alinéa de l'article L. 162-4 du Code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :</p> <p>« ... en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant. A cette occasion, lui sont communiqués les</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale

Propositions de la Commission

noms et adresses des personnes qui, soit à titre individuel, soit au nom d'un organisme, d'un service ou d'une association, seraient susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux femmes et aux couples confrontés au problème de l'accueil de l'enfant. »

Article premier *septies*.

Supprimé.

Article premier *septies*  
(nouveau).

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

« A cette occasion lui est remise une liste comportant les noms et adresses des personnes qui, soit à titre individuel, soit au nom d'un organisme, d'un service ou d'une association, se sont fait connaître aux organismes visés au premier alinéa ci-dessus et seraient susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux femmes et aux couples confrontés aux problèmes de la maternité et de l'accueil de l'enfant. »

Article premier *octies*  
(nouveau).

Il est inséré, après l'article L. 162-4 du Code de la santé publique, un nouvel article L. 162-4-1 ainsi rédigé :

Article premier *octies*.

La section II (Prévention de l'avortement) du chapitre premier du titre II du Code de la famille et de l'aide so-

« 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.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale

Propositions de la Commission

« Art. L. 162-5. — Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux 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. 1. 162-4.1. — Des commissions d'aide à la maternité sont mises en place sur l'ensemble du territoire, notamment auprès des centres médico-sociaux, des offices d'hygiène ou des bureaux d'aide sociale des grandes villes. Leur composition et leur fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'Etat : elles doivent comprendre des personnes qualifiées dans le domaine social et familial, des volontaires, des représentants d'associations d'aide à la famille et à l'enfance. »

Article premier *novies*  
(nouveau).

L'article L. 162-5 du Code de la santé publique est complété par les mots : « , sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision ».

... ciale est complétée par un article additionnel 44-1 ainsi rédigé :

« Art. 44-1. — Des commissions...

... des centres médico-sociaux ou des bureaux d'aide sociale...

... à l'enfance. »

Article premier *novies*.

L'article L. 162-5 du Code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« ... et de cinq jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 162-4, sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision. »

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>« 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.</p>	<p>« 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 à L. 162-5.</p>	<p>Article premier <i>decies</i> (nouveau)</p> <p>L'article L. 162-5 du Code de la santé publique est complété par les mots suivants : « , et de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 162-4 ».</p> <p>Article premier <i>undecies</i> (nouveau).</p> <p>Le deuxième alinéa de l'article L. 162-7 du Code de la santé publique est remplacé par un nouvel alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le directeur de l'établissement d'hospitalisation dans lequel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins six mois les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5. »</p> <p>Article premier <i>duodecies</i> (nouveau).</p> <p>L'article L. 162-7 du code de la santé publique est complété par la nouvelle phrase suivante :</p> <p>« Ce consentement devra être accompagné de celui de la mineure célibataire se trouvant enceinte, ce dernier</p>	<p>Article premier <i>decies</i>.</p> <p>Supprimé.</p> <p>Article premier <i>undecies</i>.</p> <p>Alinéa sans modification.</p> <p>« Le directeur...</p> <p>... au moins <i>un an</i> les attestations...</p> <p>... à L. 162-5. »</p> <p>Article premier <i>duodecies</i>.</p> <p>Conforme.</p>
<p>« 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. »</p>			



Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>« 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.</p>		<p>étant donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal. »</p> <p>Article premier <i>terdecies</i> (nouveau).</p> <p>Le premier alinéa de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique est supprimé.</p>	<p>Article premier <i>terdecies</i>.</p> <p>I. — Le premier alinéa de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 162-8. — Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, au plus tard lors de la première visite, l'intéressée de son refus. Il est, en outre, tenu de se conformer aux obligations mentionnées aux articles L. 162-3 et L. 162-5. »</p> <p>II. — Au début du deuxième alinéa de l'article L. 162-8, les mots : « Sous la même réserve » sont supprimés.</p> <p>III. — L'article L. 162-8 du Code de la santé publique est complété par les trois nouveaux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de grossesse sont fixées par décret.</p> <p>« Dans les établissements hospitaliers appartenant aux catégories mentionnées à l'alinéa précédent, le conseil d'administration désigne le service dans lequel les interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées.</p> <p>« Lorsque le chef de service concerné refuse d'en assumer la responsabilité, le</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>« 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.</p>		<p>Article premier <i>quaterdecies</i> (nouveau).</p>	<p>conseil d'administration doit créer une unité dotée des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de grossesse. »</p>
<p>« Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.</p>		<p>Au début du deuxième alinéa de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique, les mots « Sous la même réserve », sont supprimés.</p>	<p>Article premier <i>quaterdecies</i>.</p>
<p>« 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 qui si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.</p>			<p>Supprimé.</p>
<p>« 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.</p>			
<p>« 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.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>« 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.</p>			
<p>« 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 »</p>			
<p>Art. 5.</p>			
<p>La section II du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique est ainsi rédigée :</p>			
<p>• SECTION II</p>			
<p>« Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique.</p>			
<p>« 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.</p>			
<p>« 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, être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.</p>			
			<p>Article additionnel.</p>
			<p>Il est inséré <i>in fine</i> de l'article L. 162-12 du Code de la santé publique un nouvel alinéa ainsi rédigé :</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté  
par l'Assemblée Nationale

Propositions de la Commission

« Art. L. 162-15. — 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. »

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 :

« Si l'enfant naît viable, l'interruption de grossesse est considérée comme un accouchement prématuré et comporte les obligations qui s'attachent à l'enfant nouveau-né. »

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
« 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 ».			
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 récurrence, la fermeture sera définitive. »			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
Art. 8.			
<p>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.</p>			
Art. 9.			
<p>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 :</p>			
<p>« 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. »</p>			
Art. 10.			
<p>L'article L. 647 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>			
<p>« 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</p>			

Texte en vigueur

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 gérants 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.

Texte du projet de loi

Texte adopté  
par l'Assemblée Nationale

Propositions de la Commission

Texte 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

Texte du projet de loi

Texte adopté  
par l'Assemblée Nationale

Propositions de la Commission



Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.</p>			
Art.			
<p>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.</p>			
Art. 16.			
<p>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.</p>			
<p>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.</p>			
Code de la santé publique.			
	Art. 2.	Art. 2.	Art. 2.
<p>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</p>	<p>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.</p>	Sans modification.	Conforme.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>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.</p>			
<p><i>Art. L. 650.</i> — 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.</p>			
		<p><b>Art. 3 (nouveau).</b></p>	<p><b>Art. 3.</b></p>
		<p>Il est inséré dans l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires un article 6 <i>ter</i> ainsi rédigé :</p>	<p>Supprimé.</p>
		<p>« <i>Art. 6 ter.</i> — I. — Il est constitué, dans chacune des deux assemblées du Parlement, une délégation parlementaire pour les problèmes démographiques. Chacune de ces délégations compte dix-huit membres.</p>	
		<p>« II. — Les membres des délégations sont désignés en leur sein par chacune des deux assemblées de manière à assurer une représentation proportionnelle des groupes politiques.</p>	
		<p>« La délégation de l'Assemblée nationale est désignée au début de la législature pour la durée de celle-ci.</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
		<p>« La délégation du Sénat renouvellement partiel de est désignée après chaque cette assemblée.</p> <p>« Le mandat des délégués prend fin avec le mandat parlementaire.</p> <p>« III. — Les délégations parlementaires pour les problèmes démographiques ont pour mission d'informer leurs assemblées respectives:</p> <p>« a) des résultats de la politique menée en faveur de la natalité;</p> <p>« b) de l'application des lois relatives à la régulation des naissances et à la contraception;</p> <p>« c) de l'application et des conséquences de la loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse.</p> <p>« IV. — Les délégations traitent les informations et communications mentionnées au paragraphe III et soumettent leurs conclusions aux commissions parlementaires compétentes.</p> <p>« Les délégations présentent à leur assemblée respective un rapport annuel d'information.</p> <p>« V. — Les délégations définissent leur règlement intérieur.</p>	

Sous le bénéfice des observations supplémentaires qui vous seront présentées oralement par votre Rapporteur, votre commission des Affaires sociales vous demande d'adopter le projet de loi transmis par l'Assemblée nationale assorti des amendements dont la teneur suit :

## AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

### Article premier A.

**Amendement :** Rédiger comme suit le texte proposé pour compléter l'article premier de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 :

« L'enseignement de ce principe et de ses conséquences, l'information sur les problèmes de la vie et de la démographie, l'éducation à la responsabilité, l'accueil de l'enfant dans la société et la politique familiale sont des obligations nationales. L'Etat, avec le concours des collectivités territoriales, exécute ces obligations et soutient les initiatives qui y contribuent. »

### Article premier B.

**Amendement :** Rédiger comme suit le texte proposé pour compléter l'article 13 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 :

« La formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des infirmiers et infirmières, comprend un enseignement sur la contraception. »

### Article additionnel avant l'article premier.

**Amendement :** Avant l'article premier, insérer un article additionnel ainsi conçu :

Il est créé une commission nationale chargée d'examiner les conditions d'application et les conséquences de la loi du 17 janvier 1975 et de la présente loi, de faire le bilan des résultats de la politique menée en faveur de la natalité ainsi que de l'application des lois relatives à la régulation des naissances et à la contraception.

Cette commission comprendra :

- 6 députés désignés par l'Assemblée nationale,
- 6 sénateurs désignés par le Sénat,
- 2 membres du Conseil économique et social désignés par celui-ci,
- 1 conseiller d'Etat désigné par l'Assemblée générale,
- 3 membres de l'Académie de médecine désignés par celle-ci,
- 2 représentants de l'U.N.A.F. désignés par cet organisme,
- 6 personnalités choisies en raison de leurs compétences, par les ministres chargés de la Famille, de la Santé et du Travail, dont au moins 3 femmes.

Cette commission devra déposer un rapport devant le Parlement sur les missions qui lui sont confiées, au plus tard le 15 décembre 1983.

Le Gouvernement devra déposer le 15 octobre 1980 sur le Bureau du Parlement un projet de loi d'orientation en faveur de la famille et de l'enfance reprenant et complétant les mesures déjà prises et portant notamment statut de la mère de famille.

Le délai prévu à l'article 2 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 est prolongé de 5 ans à compter de la promulgation de la présente loi.

### Article premier *bis*.

**Amendement :** Rédiger comme suit cet article :

I. — Au premier alinéa de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique, les mots : « sous réserve de l'article L. 162-8 », sont remplacés par les mots : « dès la première visite ».

II. — Le 1° de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est rédigé comme suit :

« 1° informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures, et de la gravité biologique de l'intervention qu'elle sollicite. »

III. — Le 2° de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° lui remettre un dossier guide mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment :

IV. — Le b) du 2° de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est complété par les mots : « ... ainsi que des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale et matérielle aux intéressés ».

V. — Inséré, après le cinquième alinéa de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique, un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« c) la liste et les adresses des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de grossesse. »

VI. — Le dernier alinéa de l'article L. 162-3 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un arrêté précise dans quelles conditions les directions départementales de l'action sanitaire et sociale assurent la réalisation et la diffusion des dossiers guides destinés aux médecins. »

### Article premier *ter*.

**Amendement :** Supprimer cet article.

### Article premier *quater*.

**Amendement :** Supprimer cet article.

### Article premier *quinquies*.

**Amendement :** Supprimer cet article.

Article premier *sexies*.

**Amendement :** Rédiger comme suit cet article :

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

« ...en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant. A cette occasion, lui sont communiqués les noms et adresses des personnes qui, soit à titre individuel, soit au nom d'un organisme, d'un service ou d'une association, seraient susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux femmes et aux couples confrontés au problème de l'accueil de l'enfant. »

Article premier *septies*.

**Amendement :** Supprimer cet article.

Article premier *octies*.

**Amendement :** Rédiger comme suit cet article :

La section II (prévention de l'avortement) du chapitre premier du titre II du Code de la famille et de l'aide sociale est complétée par un article additionnel 44-1 ainsi rédigé :

« Art. 44-1. — Des commissions d'aide à la maternité sont mises en place sur l'ensemble du territoire, notamment auprès des centres médico-sociaux ou des bureaux d'aide sociale des grandes villes. Leur composition et leur fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'Etat ; elles doivent comprendre des personnes qualifiées dans le domaine social et familial, des volontaires, des représentants d'associations d'aide à la famille et à l'enfance. »

Article premier *nonies*.

**Amendement :** Rédiger comme suit cet article :

L'article L. 162-5 du Code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« ... et de cinq jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 162-4, sauf au cas où le terme de dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision. »

Article premier *undecies*.

**Amendement :** Dans le texte proposé pour le deuxième alinéa de l'article L. 126-6 du Code de la santé publique, remplacer les mots :

« six mois ».

par les mots :

« un an ».

### Article premier *terdecies*.

**Amendement :** Rédiger comme suit cet article :

I. — Le premier alinéa de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 162-8. — Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, au plus tard lors de la première visite, l'intéressée de son refus. Il est, en outre, tenu de se conformer aux obligations mentionnées aux articles L. 162-3 et L. 162-5. »

II. — Au début du deuxième alinéa de l'article L. 162-8, les mots : « Sous la même réserve » sont supprimés.

III. — L'article L. 162-8 du Code de la santé publique est complété par les trois nouveaux alinéas ainsi rédigés :

« Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de grossesse sont fixées par décret.

« Dans les établissements hospitaliers appartenant aux catégories mentionnées à l'alinéa précédent le conseil d'administration désigne le service dans lequel les interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées.

« Lorsque le chef de service concerné refuse d'en assumer la responsabilité, le conseil d'administration doit créer une unité dotée des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de grossesse. »

### Article premier *quatuordecies*.

**Amendement :** Supprimer cet article.

### Article additionnel, après l'article premier *quatuordecies*.

**Amendement :** Après l'article premier *quatuordecies* insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Il est inséré *in fine* de l'article L. 162-12 du Code de la santé publique, un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Si l'enfant naît viable, l'interruption de grossesse est considérée comme un accouchement prématuré et comporte les obligations qui s'attachent à l'enfant nouveau-né. »

### Article 3.

**Amendement :** Supprimer cet article.

## ANNEXES

—



## ANNEXE I

### ÉLÉMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE

Face à l'avortement, l'analyse des sociétés et des législateurs varie à travers le monde et le temps. C'est à partir du début du siècle que la réglementation de l'avortement est apparue comme une nécessité, que ce soit pour l'interdire, au nom de la protection de la vie dès la conception, ou pour l'autoriser, afin de lutter contre l'avortement clandestin et ses conséquences néfastes, l'utiliser comme moyen de planifier les naissances, éviter la transmission de handicaps très graves ou encore, interrompre une grossesse résultant de violences.

De nombreuses mutations sont intervenues au cours des deux dernières décennies : création d'un cadre légal là où il n'existait pas, élargissement des conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse, au contraire restriction, ou encore développement de sa pratique alors qu'une législation répressive était conservée.

Ces mutations sont révélatrices de la difficulté de la question et dans tous ces Etats, quelle que soit la législation en vigueur, elle a fait l'objet d'un débat passionné.

Les données juridiques disponibles sont regroupées dans un tableau distinguant les Etats où l'avortement est traité sous le seul aspect pénal et ceux où il est autorisé, d'une façon plus ou moins large.

Pour rendre compte plus complètement de la réalité de l'avortement, il est indispensable d'examiner l'application des textes répressifs et libéraux.

#### I. — LÉGISLATION RÉPRESSIVE

Certains Etats qui n'ont pas libéralisé leur législation se trouvent dans une situation délicate et quelquefois paradoxale ; soit les poursuites légalement possibles sont difficiles à mener à leur terme, soit la jurisprudence ayant entériné l'évolution des mentalités, s'est développée la pratique de l'interruption volontaire de grossesse, dans un cadre médicalisé.

##### A. — Les poursuites judiciaires ne sont pas menées à leur terme.

###### 1. LA DIFFICULTÉ DES POURSUITES JUDICIAIRES

La Belgique, l'Espagne et le Portugal à un moindre degré, connaissent actuellement cette évolution de fait sans que la législation soit modifiée.

En Belgique, débute en 1972 ce qui devint l'affaire Peers. Ce médecin est dénoncé comme pratiquant des avortements. L'instruction est entamée, le docteur Peers incarcéré. De nombreuses manifestations et pétitions démontrent le soutien de l'opinion publique au docteur Peers.

Depuis lors, l'attitude des autorités oscille entre l'obligation légale de poursuivre les médecins ayant contrevenu aux dispositions du Code pénal et la nécessité de ne pas mobiliser une opinion publique favorable à leur assouplissement.

Les poursuites sont engagées par le Parquet, sans que les dates de comparution des médecins devant les tribunaux soient fixées. Aucune décision judiciaire n'a été rendue depuis dix-sept ans.

Au Portugal et en Espagne, les condamnations sont inexistantes ou très rares.

## 2. UNE RÉFLEXION EN COURS

Dans ce contexte judiciaire, une certaine officialisation de la pratique de l'avortement peut se produire. Des I.V.G. sont pratiquées dans des hôpitaux publics et établissements privés, tendance qui rapproche peu à peu la Belgique des Pays-Bas.

Au plan législatif le Gouvernement et les parlementaires travaillent à la mise au point de textes. La lenteur des études entreprises, la diversité des propositions reflètent la volonté d'aboutir à un texte autorisant l'I.V.G. et trouvant l'accord de la majorité de la population.

Au Portugal, le Premier ministre déclarait, en juillet dernier, que le pays n'était pas prêt à une reconnaissance légale de l'avortement.

### B. — Une pratique libéralisée et médicalisée.

#### 1. LE RÔLE DE LA JURISPRUDENCE

Aux Pays-Bas, où le Code pénal réprime l'interruption de grossesse, la jurisprudence a peu à peu reconnu aux médecins la liberté de décider de l'opportunité de l'avortement en admettant les I.V.G. pour raisons médicales, puis pour des motifs autres que physiques et enfin d'une façon générale lorsqu'elles sont pratiquées par un médecin. Même en cas contraire, on constate peu de condamnations.

Il en résulte une pratique libéralisée mais également une certaine insécurité juridique ; ainsi une fermeture de clinique a été décidée autoritairement parce que des I.V.G. étaient effectuées après la douzième semaine de grossesse ; certaines femmes ont pu essuyer un refus de l'équipe médicale à laquelle elles s'étaient adressées.

#### 2. UNE PRATIQUE MÉDICALISÉE QUI DOIT ABOUTIR A UNE LÉGISLATION

Des I.V.G. sont pratiquées par des médecins que ce soit en milieu hospitalier ou dans des cliniques privées, sans que des restrictions soient opposées aux mineures ou aux étrangères, ce qui n'est pas sans poser la question, pour ces femmes, du suivi médical.

Certains reconnaissent à la femme le droit de décider seule, alors que, dans certains établissements, la décision appartient au comité de deux ou trois médecins qui reçoit la femme.

Les I.V.G. sont d'une manière générale d'un coût peu élevé et ouvrent droit à remboursement lorsque pratiquées en milieu hospitalier. L'intervention n'entraîne aucune dépense pour les très jeunes femmes ou les moins favorisées.

La nécessité d'édicter une réglementation se fait cependant sentir afin que coïncident le droit et les faits, et que les conditions requises soient harmonisées.

Un projet gouvernemental prévoit qu'aucune sanction ne pourrait être prise contre la femme, même agissant en dehors du cadre légal ; le médecin consulté par la femme soumettrait son cas à une équipe multidisciplinaire qui donnerait son avis sur l'opportunité de l'I.V.G., laquelle devrait intervenir avant la douzième semaine. Enfin, un délai de réflexion de cinq jours devrait s'écouler entre l'I.V.G. et la première démarche de la femme.

Ainsi une réflexion est menée dans les pays qui ne se sont pas encore dotés de législation libérale ; les textes répressifs ne sont pas appliqués, alors que l'avortement est pratiqué plus ou moins officiellement. Cette attitude pragmatique semble une seconde voie pour la reconnaissance de l'I.V.G. en faisant que cet acte entre dans les mœurs avant de modifier les textes applicables.

## II. — LEGISLATION LIBÉRALE

Les pays où l'avortement est admis légalement ne sont pas sans rechercher une meilleure réglementation et sans connaître des difficultés d'application.

### A. — Modification de la réglementation.

Eile aboutit ou tend à modifier les cas légaux ou le délai en deçà duquel l'I.V.G. est possible.

#### 1. LES CAS

La Suisse connaît depuis quelque temps des mouvements qui veulent voir élargir à des motifs autres que strictement médicaux la possibilité d'interrompre la grossesse par exemple en raison d'une détresse sociale.

Par contre, en R.F.A., des partisans du droit à l'avortement affrontent ceux qui veulent voir définie plus précisément la notion de détresse.

En Grande-Bretagne, le député John Corrie est à la tête d'un groupe qui désire obtenir la limitation de la loi sur plusieurs points. La loi, interprétée largement jusqu'à présent, prévoit parmi les causes d'une I.V.G., le risque pour la vie, pour la santé physique et morale de la femme et des enfants. Un certain degré de gravité devrait être atteint pour que la demande de la femme soit prise en considération.

L'accès à l'I.V.G. a, en U.R.S.S. et dans les démocraties populaires, été largement modifié. Dans ces Etats où la contraception n'est pas toujours admise, l'I.V.G. est le principal instrument de planification des naissances. Dès lors les conditions ont été manipulées en fonction des impératifs de la politique démographique sans que les effets puissent être considérés comme durables.

#### 2. LE DÉLAI

En Suisse toujours, a échoué une tentative de libéralisation appelée « solution du délai » et tendant à autoriser plus largement l'avortement avant la douzième semaine.

La réglementation de certains pays a ramené le délai de la seizième à la douzième semaine (Finlande), de la vingtième à la douzième semaine en Suède lorsque aux causes médicales justifiant une I.V.G. a été ajoutée la demande de la femme. Aux U.S.A., la Cour suprême a admis l'I.V.G. jusqu'à la douzième semaine alors que certains Etats l'autorisaient jusqu'à la vingt-quatrième semaine. Mais c'est en Grande-Bretagne que le débat est le plus âpre. Actuellement la loi ne prévoit pas de délai mais renvoie à une loi de 1929 qui fixe la viabilité du fœtus à vingt-huit semaines. M. Corrie, après que de nombreux députés eurent tenté la même démarche avant lui, souhaitait le voir réduire à vingt semaines. Mais une solution de compromis fixerait le délai à vingt-quatre semaines.

### B. — Les difficultés d'application.

Ce sont principalement l'aspect financier de l'I.V.G. et celui des possibilités d'accueil des femmes souhaitant interrompre leur grossesse.

#### 1. LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Certains Etats ont prévu une prise en charge financière par le remboursement par la sécurité sociale, ou la gratuité dans le cadre de service national de santé, ou encore par un système d'aide sociale.

La solution qu'ont donnée les Etats-Unis à cette question est éclairante quant au rôle que joue ici l'aspect financier.

Aux Etats-Unis la prise en charge sous forme de remboursement ou par l'intermédiaire d'un service national de santé n'existe pas. Seules les personnes vivants en deçà du seuil de pauvreté (différent selon les Etats) peuvent voir leurs dépenses de santé assumées par la collectivité, sur des fonds fédéraux ou provenant des Etats eux-mêmes.

Or, après la décision de 1973 par laquelle la Cour suprême a déclaré illégale toute disposition interdisant l'avortement pendant les trois premiers mois de la grossesse, divers mouvements ont agi afin de limiter cet accès à l'I.V.G., et en 1977, la Cour suprême intervenait pour réserver la prise en charge par les finances publiques aux avortements thérapeutiques et à ceux interrompant les grossesses conséquence de viol ou d'inceste. Le Congrès devait voter une loi dans ce sens peu après.

## 2. LES POSSIBILITÉS D'ACCUEIL ET LA CLAUSE DE CONSCIENCE

Les législations autorisant l'I.V.G. ont réservé au corps médical et souvent paramédical, la possibilité d'en refuser la pratique si l'avortement était contraire à leurs convictions.

La clause de conscience peut ne pas être opposable en cas de danger immédiat pour la vie de la femme (Luxembourg et Autriche par exemple). En Suède où elle existe les textes obligent les responsables qui l'invoquent, à mettre en place les structures permettant de pratiquer des I.V.G. sans délai.

Actuellement, en Grande-Bretagne, l'action du député Corrie tend à faciliter la mise en jeu de la clause de conscience, notamment pour le personnel infirmier.

Il résulte de cette clause des difficultés d'application. Ainsi en Italie, deux tiers des médecins exerçant dans les régions méridionales se sont déclarés hostiles à toute intervention de ce type. En Allemagne fédérale, la Basse-Saxe et la Rhénanie du Nord-Westphalie connaissent une situation difficile pour les mêmes raisons.

••

Cette étude rapide et partielle montre que la France n'est isolée ni en ce qui concerne les dispositions légales (délai, cas ouvrant la possibilité de recourir à l'I.V.G., conditions entourant son exécution), ni pour ce qui est des difficultés d'application de sa législation (problème financier, conséquences de la clause de conscience).

Les modifications apportées aux législations étrangères font apparaître la volonté de parvenir à une législation équilibrée.

La loi de 1975 a mis la France dans une situation médiane entre le libéralisme de certains et le refus d'autoriser l'avortement dans quelque cas que ce soit.

Parallèlement à cette législation, sont mises en place des politiques de développement de la contraception (sauf dans les Etats où l'I.V.G. est utilisée comme moyen de contrôle des naissances : U.R.S.S., Japon) afin de faire reculer l'avortement et qu'il ne soit plus que « l'ultime recours ».

Dans certaines régions du Danemark ont été organisées des consultations pour les femmes ayant subi une I.V.G., donnant lieu à une distribution gratuite de moyens contraceptifs. Le taux d'avortement a largement diminué. D'une manière générale on observe une telle baisse dans tous les pays au fur et à mesure que se développe la contraception.

**ÉTATS A LÉGISLATION RÉPRESSIVE**

Pays	Date (s) de la législation	Peines encourues par la femme	Peines encourues par la personne qui l'aide à avorter	Poursuites judiciaires	Contraception	Prise en charge financière
Espagne.		Peine de prison mineure (6 mois à 6 ans).  Peine d'arrêt (1 à 6 mois) lorsque l'avortement est praticqué pour « dissi- muler le déshonneur ».	Sans le consentement de la femme : — peine majeure (6 à (12 ans).  Avec celui-ci : — peine mineure : Praticien amende de 500.000 à 1 million de pesetas.	Poursuites peu ou pas exer- cées.	Dépénalisée depuis 1978.	
Portugal.		Emprisonnement de 2 à 5 ans.	Même peine.	Peu appliquées.		
Belgique.	1867	Emprisonnement de 2 à 5 ans. Amende de 100 à 500 FB.	Même peine.	Poursuites partielles instruction faite, mais pas de comparution des médecins devant les tri- bunaux.	Dépénalisée depuis 1973.	
Pays-Bas.		La jurisprudence a peu à peu re- lâché la législation répressive en laissant aux médecins la liberté de pratiquer des I.G.V., en général avant la 12 <sup>e</sup> semaine.			Très développée.	

ETATS A LEGISLATION LIBERALE

Pays	Date (s) de la législation	Délai	Motifs de l'I.V.G.	Conditions	Prise en charge financière
Danemark.	1937-1956-1970-1973	Avant la 12 <sup>e</sup> semaine.	Sur la demande de la femme.	Dans tous les cas : Information préalable sur l'assistance possible pendant la grossesse et après l'accouchement et sur les risques de l'intervention. Domiciliation au Danemark. Pratiquée par un médecin dans un hôpital ou établissement rattaché.	
		Après la 12 <sup>e</sup> semaine.	Raisons thérapeutiques tenant à la femme. Grossesse, accouchement ou soins à dispenser à l'enfant contraires à la santé de la femme en raison de son état physique, mental ou de ses conditions d'existence. Viol, inceste. Malformation du fœtus. Insuffisance intellectuelle ou de maturité ou socio-économique de la femme.	Autorisation délivrée par une commission <i>ad hoc</i> .	
Norvège.	1960-1975-1978	12 <sup>e</sup> semaine.	Sur la demande de la femme.	Information préalable de la femme Pas de contre-indications médicales. Pratiquée par un médecin en hôpital ou en clinique agréée.	
		Entre la 12 <sup>e</sup> et la 18 <sup>e</sup> semaine.	Grossesse, naissances, soins à donner à l'enfant : surcharge insurmontable pour la femme. Malformation du fœtus. Viol, inceste.		
Finlande.	1950  1970  1978	16 <sup>e</sup> semaine.   12 <sup>e</sup> semaine.	Raisons thérapeutiques. Danger pour la santé physique et mentale.  Sur demande de la femme pour : — surcroît de charge : — viol, inceste. Femmes moins de 17 ans, ou plus de 40 ans, ou déjà mères de 4 enfants.  Sauf en cas de maladie ou d'infirmité de la femme.	Pratiquée par un médecin en milieu hospitalier, après information préalable.	

Pays	Date (s) de la législation	Détail	Motifs de l'I.V.G.	Conditions	Prise en charge financière
Suède.	1938		Danger pour la santé ou la vie de la femme. Viol, inceste. Risque de transmission de maladies héréditaires.	Pratiquée par un médecin dans un hôpital ou un établissement agréé.	
	1946		Naissance et prise en charge de l'enfant incompatibles avec les forces physiques et mentales de la femme.		
	1963	20 <sup>e</sup> semaine.	Malformation du fœtus.		
	1975	12 <sup>e</sup> semaine.	Sur la demande de la femme.		
		18 <sup>e</sup> semaine.	Après la 18 <sup>e</sup> semaine.	Raisons particulièrement graves.	Consultation médicale préalable. Entretien avec l'assistante sociale Seul motif de refus : contre-indication médicale. Appréciées par la Direction générale de la Santé publique. Refus en cas de viabilité du fœtus.
Autriche.	1975	12 <sup>e</sup> semaine.	Sur la demande de la femme.	Consultation médicale préalable. Clause de conscience pour le corps médical, sauf urgence.	
R.F.A.	1976	12 <sup>e</sup> semaine.	Détresse de la femme.	Consentement de la femme et accord d'un médecin autre que celui pratiquant l'I.V.G. Information de la femme sur l'aide susceptible de lui être apportée et sur les aspects médicaux de l'intervention. Pratiquée par un médecin. Clause de conscience.	Oui.
		22 <sup>e</sup> semaine. Jusqu'à la fin.	Raisons thérapeutiques graves. Danger pour la vie de la femme.		
Grande-Bretagne.	1967	28 <sup>e</sup> semaine.	Raisons thérapeutiques.  Danger pour la santé physique ou morale de la femme.	Pratiquée par un médecin dans un hôpital ou établissement agréé.  Clause de conscience.	Oui.

Pays	Date (s) de la législation	Détail	Motifs de l'I.V.G.	Conditions	Prise en charge financière
Italie	1978	13 <sup>e</sup> semaine.	Raisons d'ordre psychique, physique, économique ou social.	Certificat délivré par le bureau d'assistance, l'hôpital, le médecin, à présenter à l'établissement sanitaire public ou privé où sera pratiquée l'I.V.G. Autorisation des parents pour les mineures. Clause de conscience.	Oui.
		Après la 13 <sup>e</sup> semaine.	Danger pour la vie de la femme.		
Japon.	1948	24 <sup>e</sup> semaine.	Raisons thérapeutiques. Viol, inceste. Risques pour la santé de la femme pour des raisons physiques, morales ou économiques.	Accord d'un médecin Consentement du conjoint.	
U.S.A.	Avant 1970		Danger pour la vie et la santé de la femme.		
	A partir de 1970.	24 <sup>e</sup> semaine.	Dans 10 Etats : risque pour la santé mentale, viol, inceste. Dans 3 Etats : sans aucune restriction.	Clause de conscience.	
	1973 Cour suprême.	12 <sup>e</sup> semaine.	Sur la demande de la femme.	Pratiquée par un médecin assermenté.	Oui, uniquement pour les I.V.G. thérapeutiques. (à partir de 1977)
	Entre la 12 <sup>e</sup> et la 18 <sup>e</sup> semaine.	Risques pour la santé de la femme.	Uniquement en hôpital.		
Luxembourg.	1978	12 <sup>e</sup> semaine.	Raisons thérapeutiques. Malformation du fœtus. Viol, inceste.	Domiciliation au Luxembourg depuis plus de trois mois. Pratiquée par un médecin après attestation écrite d'un autre médecin constatant que la femme se trouve dans l'un des trois cas. Etablissement hospitalier ou agréé. Clause de conscience, sauf après la 12 <sup>e</sup> semaine.	Oui.
		Après la 12 <sup>e</sup> semaine.	Danger immédiat pour la vie de la femme.	Constat de deux médecins.	



Pays	Date (et de la législation)	Délai	Méthode de l'I.V.G.	Conditions	Prise en charge financière
Suisse.	1937		Strictement médicaux.	Consultation d'un médecin plus avis conforme d'un médecin-expert désigné par l'Autorité cantonale.	
Canada.	1969		Raisons thérapeutiques mettant en danger la vie ou la santé de la femme.	Autorisation par la majorité du Comité de l'avortement thérapeutique. Dans un hôpital accrédité ou approuvé.	
U.R.S.S.	1920			Décision du médecin en cas de première grossesse.	Gratuite.
	1936		Uniquement : — danger pour la vie de la femme ; — transmission de maladie.		
	1955	12 <sup>e</sup> semaine.	A la demande de la femme.	Consultation et information médicale préalables sauf : — en cas de contre-indication médicale ; — délai de 6 mois entre 2 I.V.G. Autorisation parentale pour les mineures.	
Roumanie	1955		Libéralisation.		
	1966	12 <sup>e</sup> semaine.	Restriction: — raisons médicales ; — raisons criminelles ; — femmes mères de 4 enfants ; — femmes âgées de plus de 45 ans (40 ans depuis 1971).	Délai d'un an depuis la dernière I.V.G. En milieu hospitalier.	
Hongrie	Avant 1956		Raisons médico-sociales et risques de transmission de maladie.		Non.
	Après 1956		Raisons sociales. Décision de la femme.	Commission d'experts.	
	1974	12 <sup>e</sup> semaine.	Raisons médicales. Femmes de moins de 18 ans. Femmes de plus de 40 ans.	Accord de la Commission d'experts. En milieu hospitalier.	
		18 <sup>e</sup> semaine. pour les mineures.	Femmes seules. Viol. Mères de trois enfants. Echec d'une contraception. Conditions sociales difficiles.		

Pays	Date (s) de la législation	Délai	Motifs de l'I.V.G.	Conditions	Prise en charge financière
Bulgarie.	1968 1973 1974	10 <sup>e</sup> semaine.	Femmes ayant déjà eu deux enfants. Plus de 40 ans et un enfant. Femmes seules. Moins de 16 ans. Raisons médicales ou criminelles.	Délai de 6 mois entre 2 I.V.G.	
Tchécoslovaquie.	1970	12 <sup>e</sup> semaine.	Femmes mères de trois enfants. Femmes seules. Femmes de plus de 40 ans. Raisons médicales ou criminelles.	Délai d'un an entre deux I.V.G. (6 mois pour les mères de 4 enfants)	
R.D.A.	1965 1972	12 <sup>e</sup> semaine.	Sur demande de la femme.	Information préalable. Délai de 6 mois entre 2 I.V.G. Dans un établissement hospitalier.	Oui.

## ANNEXE 2

### ASPECTS DE LA POLITIQUE FAMILIALE

#### ASPECTS DE LA POLITIQUE FAMILIALE

La promesse d'une politique familiale active incitant les femmes à garder l'enfant qu'elles attendent et levant les obstacles qui conduisent certains couples à mettre au monde moins d'enfants qu'ils le souhaiteraient, a accompagné, on le sait, le vote de la loi de 1975 sur l'interruption volontaire de grossesse.

Un certain nombre de mesures, notamment législatives, sont effectivement intervenues dès le début de l'année 1975. Leur caractère ponctuel et limité empêche toutefois qu'elles constituent la politique volontariste et globale souhaitée par tous, qui soit, à la fois, une aide à la famille et un encouragement à la natalité.

De nouvelles propositions viennent d'être émises à la suite de débats récents devant le Sénat (6 novembre) et l'Assemblée nationale (21 et 22 novembre), mais on peut se demander si elles permettront de réaliser pleinement les objectifs d'une politique familiale adaptée aux besoins actuels.

#### 1. Les récentes mesures concernant la famille.

C'est, au total, 100 milliards de dépenses qui sont présentement engagées en faveur des familles, qu'il s'agisse des allocations familiales versées uniquement en fonction du nombre d'enfants, des prestations accordées sous conditions de ressources ou encore du système du quotient familial. Mais, autant qu'une politique de *transferts financiers*, la politique familiale se veut une série d'*actions sectorielles diversifiées*.

Certaines ont tendu à préciser les droits des mères et tout particulièrement ceux des femmes seules chargées de famille et ceux des mères de trois enfants et plus.

Elles sont indissociables d'une évolution globale de droit de la famille qui tend à inscrire dans le Code les mutations de la structure familiale et de la condition féminine (réforme du divorce, de la filiation, de l'adoption), en même temps que d'un mouvement général de la législation sociale qui vise à la généralisation de la couverture sociale et à la reconnaissance de droits propres aux femmes, de préférence à des droits dérivés.

On retiendra surtout parmi les mesures prises :

a) *Celles qui tendent à assurer d'une façon générale la protection de la maternité, particulièrement lorsque la mère travaille* : versement d'allocations postnatales liées à l'observation de prescriptions de surveillance sanitaire (loi du 3 janvier 1975) ; développement progressif d'une protection spécifique de la femme enceinte au travail, notamment par l'interdiction de discrimination à l'embauche ou par l'interdiction du licenciement, par la possibilité d'adaptation des postes de travail et des assouplissements d'horaires (lois du 11 juillet 1975 et 12 juillet 1978) ; allongement à seize semaines du congé de maternité (loi du 12 juillet 1978) ; programmes médicaux concernant la périnatalité, la lutte contre la stérilité ; prise en charge intégrale par la Sécurité sociale des frais médicaux liés à la maternité.

b) *Celles qui cherchent à aider les femmes à garder et élever leur enfant, notamment par le développement de droits spécifiques aux femmes isolées chargées de famille* : extension de l'allocation d'orphelin aux enfants dont la filiation n'est pas légalement

établie à l'égard de l'un de ses parents (loi du 3 janvier 1975) ; institution de l'allocation de parent isolé versée pendant un an ou jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de trois ans, avec affiliation automatique et gratuite à l'assurance maladie (loi du 9 juillet 1976) ; priorités accordées aux femmes seules ayant un enfant à charge, pour l'accès aux cycles et stages de formation (loi n° 75-3 du 3 janvier 1975) ; suppression des limites d'âge pour l'entrée dans la fonction publique, d'abord en faveur des veuves (même loi), plus récemment (loi du 17 juillet 1979) des mères de trois enfants et de toutes les femmes seules chargées de famille, facilités accordées pour l'embauche et l'accès aux stages pratiques dans le cadre des pactes pour l'emploi, pour les mêmes catégories de femmes seules ; maintien pendant un an ou jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de trois ans, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité en cas de veuvage, divorce et séparation (loi du 5 juillet 1975) et amélioration des procédures de recouvrement des pensions alimentaires (loi du 11 juillet 1975), enfin, généralisation récente de la Sécurité sociale.

c) Celles qui visent à favoriser la *conciliation ou l'alternance des tâches maternelles et professionnelles*, comme le congé parental d'éducation non rémunéré (loi du 9 juillet 1976 et du 12 juillet 1977), le développement des horaires variables et du temps partiel, la recherche d'une amélioration des modes de garde des jeunes enfants (statut des assistantes maternelles).

d) Celles qui amorcent la *définition d'un statut social de la mère de famille*, par la reconnaissance des droits propres liés à la maternité et notamment du droit à assurance vieillesse des mères de famille, soit qu'elles renoncent à exercer une activité professionnelle pour se consacrer à un enfant de moins de trois ans ou à quatre enfants et plus, soit qu'elles aient, au foyer, un enfant ou un adulte handicapé.

Ont été également assouplies les conditions de réversion des pensions de retraites et les possibilités de cumul avec des retraites personnelles ; a été également instituée une assurance volontaire vieillesse pour les mères ne relevant pas d'un régime vieillesse ou ne bénéficiant pas de l'affiliation gratuite ; parallèlement, ont été développées les facilités de réinsertion des mères et particulièrement des mères de trois enfants.

e) Celles, enfin, plus générales qui tendent à compenser la charge du jeune enfant ou celle du troisième enfant, comme le *complément familial* (loi du 12 juillet 1977) versé sous condition de ressources aux familles ayant à charge un enfant de moins de trois ans ou trois enfants et plus et qui se substitue à diverses prestations préexistantes ; il faut y ajouter les prêts aux jeunes ménages (loi du 3 janvier 1975) et les aides diverses au logement : allocation de logement et aide personnalisée au logement.

Il ne s'est pas passé de session sans qu'un projet de loi ne vienne modifier ce droit de la famille et des prestations familiales, déjà complexe, et diversifié à l'extrême ; mais les mesures prises sont restées trop ponctuelles et la législation mise en place s'avère à la fois d'une grande complexité et d'une relative inefficacité : elle n'a pas empêché le déclin de la natalité et n'a pas apporté l'aide que les familles étaient en droit d'attendre.

## 2. Les propositions nouvelles du Gouvernement.

C'est à l'issue du débat devant l'Assemblée nationale qu'ont été annoncées les définitions envisagées par le Gouvernement et qui s'orientent autour de trois axes : l'aide aux familles défavorisées, l'aide aux familles nombreuses et la reconnaissance du statut social de la mère de famille.

Il s'agit essentiellement, en conséquence :

- d'assurer la progression du pouvoir d'achat des prestations familiales, d'au moins 1,5 % par an ;
- de multiplier par dix le nombre des bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement, et de développer des systèmes d'incitations financières pour de nouveaux programmes de logements sociaux ;
- de favoriser au maximum, dans l'aménagement des villes, l'accueil de l'enfant ;
- de développer des formules souples d'horaires de travail et des structures de garde mieux adaptées aux besoins des enfants ; d'encourager notamment le travail à temps partiel ;

— d'assurer, par souci de *solidarité en faveur des plus défavorisés*, aux familles d'au moins trois enfants, un revenu garanti de 3.500 F par mois et, au profit des veuves, d'instaurer un mécanisme d'assurance veuvage.

Enfin, sont prévues, en faveur plus particulièrement des familles nombreuses qui constituent la priorité actuelle :

- une revalorisation plus notable des allocations familiales, afin d'aboutir à un gain du pouvoir d'achat annuel de 3 % ;
- la fixation à 10.000 F des allocations versées pour la naissance d'un troisième enfant ou d'un enfant de rang supérieur ;
- l'augmentation à six mois du congé de maternité, à partir du troisième enfant ;
- la reconnaissance des droits gratuits à la retraite pour les mères de trois enfants et plus bénéficiant du complément familial et qui se consacrent à l'éducation de leurs enfants ;
- une priorité absolue d'accès à un logement spacieux ;
- la suppression de l'exigence d'un apport personnel pour l'accès à la propriété.

Ces mesures coûteraient, au total, plus de 2 milliards.

### ANNEXE 3

#### OBSERVATIONS ÉCRITES COMMUNIQUÉES AU RAPPORTEUR

Ne pouvant, dans les délais qui lui étaient impartis, procéder aux auditions de l'ensemble des organisations et personnalités intéressées par le présent projet de loi, le Rapporteur a demandé à la plupart d'entre elles de formuler par écrit leurs observations.

Ont été contactées les personnalités suivantes :

- Mme Andrée Jaubert, présidente du Mouvement pour le planning familial.
- M. le professeur Jean-Henri Soutoul, directeur du Département de clinique gynécologique et obstétricale du C.H.U. de Tours.
- Mme Dolivet, responsable de la formation des conseillers conjugaux et familiaux de l'École des parents et des éducateurs.
- Mme Forestier, présidente de l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes.
- M. Raynaud, délégué général de la Fédération hospitalière de France.
- M. Hébert, délégué général de l'Union hospitalière privée.
- Mgr Gilbert Duchêne, évêque de Saint-Claude, président de la commission épiscopale de la famille.
- M. le docteur Cottin, président du Syndicat des médecins-chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics.
- Mme le docteur Vignouille, présidente de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse.
- Mme Maunoury, présidente de l'Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux.
- M. le pasteur André Dumas, professeur à la Faculté de théologie de Paris, Fédération protestante.
- Mme Conrath, vice-présidente de l'Association française des centres de consultation conjugale.
- M. le docteur H. Lafont, président de l'Association des médecins pour le respect de la vie.
- Maître Gisèle Halimi, avocat, présidente de l'Association « Choisir ».
- M. le docteur Pierre Simon, gynécologue-accoucheur, président de la Commission de recherche du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation.
- M. le professeur Yves Malinas, Centre hospitalier et universitaire de Grenoble.

Voici l'essentiel des observations reçues par votre Rapporteur, étant entendu qu'il n'est pas possible de faire figurer les brochures et documentations trop importantes.

**m f p f** ASSOCIATION  
DECLARÉE  
LOI DE 1901

confédération nationale  
mouvement français pour le planning  
familial

94, bd Masséna, 75043 Paris Cedex 13  
Tel. 584-84-18  
C.C.P. Paris 1406257 W  
N. R. F. JZ/MP 12 79.1645.

Monsieur le Président du Sénat

Monsieur le Président de la commission  
des Affaires sociales

15, rue de Vaugirard, 75007 PARIS

Paris, le 4 décembre 1979.

Monsieur le Président,

Le débat au Parlement et le projet de loi adopté par les députés est loin de correspondre aux besoins révélés par l'analyse de cinq ans de légalisation de l'avortement en France.

Nous regrettons de ne pouvoir rencontrer la commission des Affaires sociales du Sénat mais nous vous remercions de votre attention et nous espérons que les observations que nous vous communiquons vous permettront d'améliorer le texte de la loi définitive.

Nos observations vont porter d'une part, sur la contraception, l'information et l'éducation sexuelle et d'autre part, sur l'I.V.G.

Depuis cinq ans, la loi a permis que la plupart des femmes désirant une I.V.G. trouvent en France des solutions médicales à leur demande. Les restrictions contenues dans la loi Veil auraient pu exclure les mineures, les étrangères, les femmes ayant dépassé dix semaines de grossesse. Mais depuis cinq ans le M.F.P.F. a recueilli beaucoup de ces demandes envoyées par les structures publiques (hôpitaux, administrations, services sociaux...). Ces cas ont permis de déterminer quelles mesures il serait nécessaire de mettre en place afin que toute femme ait une réponse médicale légale satisfaisante.

Nous constatons que si aucune mesure légale n'est prise pour satisfaire à ces demandes, c'est laisser s'installer l'arbitraire de la clandestinité, avec ses conséquences : risques de mauvaise pratique médicale et trafic financier.

Nos statistiques montrent clairement que :

1° le remboursement par la Sécurité sociale mettrait fin à ces trafics financiers et rendrait les femmes réellement égales. De plus il permettrait aux pouvoirs publics de faire les bilans nécessaires pour la mise en place d'une politique préventive...

2° fixer un délai légal à l'I.V.G. fausse le problème puisque la mise en place de services I.V.G. dans les structures hospitalières permettrait que 98,5 % des femmes trouvent une solution dans les délais les plus courts, les 1,5 % restant devant trouver une solution dans le cadre des I.V.G. thérapeutiques puisqu'elles recouvrent les cas dramatiques qu'on ne peut laisser sans solution.

Actuellement pour les délais dépassés la seule solution reste l'Angleterre ce qui est toujours une hypocrisie flagrante.

En ce qui concerne les amendements adoptés par les députés, nous voudrions attirer votre attention sur les dangers de voir maintenir certains d'entre eux :

• amendement 61 — créant sur l'ensemble du territoire des commissions d'aide à la maternité..

Un vote aussi imprécis et sans prévision de financement, nous semble inquiétant, car les structures de la D.D.A.S.S. existent à cet effet et vouloir en créer d'autres, risque en fait de vouloir donner une légalité à des pressions moralisatrices intolérables

- amendement 55 — relève du même ordre d'idée.  
En aucune façon, un entretien ne doit influencer une décision, c'est la garantie du respect de la liberté individuelle.
- amendement 62 — rallonge les délais de réflexion — toutes les analyses amènent aux mêmes conclusions, l'I.V.G. doit être pratiquée le plus tôt possible or quand une femme le demande, elle a déjà réfléchi ; il est donc insultant que la loi laisse croire qu'elle n'est pas capable d'assumer son propre délai de réflexion.  
— d'autre part, nous restons très soucieux de voir que la pratique de l'avortement n'est pas rendue obligatoire dans tous les hôpitaux.

Nous attirons aussi votre attention sur un vote qui nous paraît de la *plus grande gravité* :

- amendement 102 — le refus du remboursement par la Sécurité sociale des actes médicaux pré et post-I.V.G. et des examens nécessaires pour l'anesthésie ou inhérents à certains risques.  
**La santé des femmes est vraiment en danger par ce vote inadmissible et nous vous demandons absolument de le refuser.**  
L'A.M.G. (Aide médicale gratuite) ne résout pas, loin de là, tous les cas et le prix des actes afférents double souvent et même plus, le coût légal de l'avortement.

*Problème des mineures :*

Aucune solution satisfaisante et éducative n'a encore été proposée pour celles dont le dialogue familial est impossible !

Nous espérons profondément que des mesures concrètes allaient être votées en faveur de la contraception. Voter une loi sur l'avortement sans envisager sa prévention nous semble extrêmement grave.

La contraception, l'information, l'éducation sexuelle n'ont obtenu absolument aucune mesure nouvelle.

Vous pouvez, vous seuls maintenant, combler ce grave manquement qui souligne l'attitude négative des députés par rapport au libre choix des femmes devant la maternité, afin que soit réellement mis en place les moyens d'accès à la contraception. Dans le cas contraire, qu'on le veuille ou non, on favorise l'avortement.

Nous sommes alarmés que l'amendement sur la formation complémentaire des enseignants ait été repoussé. Pourtant cette mesure permettrait que l'ensemble de la jeunesse française puisse enfin avoir accès dans le domaine de la sexualité à l'information indispensable pour assumer leurs responsabilités.

Nous espérons que ces quelques réflexions vous aideront à apporter des amendements positifs à la loi et nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre profond respect.

Pour le bureau confédéral, Simone Iff

P.J. : Documents M.F.P.F. : contraception, avortement, éducation sexuelle.

P.S. Nous restons à votre entière disposition pour vous apporter tous renseignements complémentaires qui pourraient vous être nécessaires.



UNIVERSITÉ FRANÇOIS-RABELAIS

U.E.R. MÉDECINE - C.H.U. BRETONNEAU

**DÉPARTEMENT DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE, OBSTÉTRICALE  
ET DE LA REPRODUCTION**

**Professeur J.-H. SOUTOUL.**

**Professeurs agrégés C. BERGER et J. LANSAC.**

Unité d'Etude de la Reproduction et de Traitement de la Stérilité	Unité de Grossesses à Risques et de Périnatalogie	Unité d'Oncologie Gynécologique et de Sénologie	Unité d'Endocrinologie Gynécologique	Unité de Psychosomatique et de Pathologie Sexuelle	C.F.C.O.S. Dr C. LECOMTE Poste 4270
Pr J.-H. SOUTOUL Dr M. RENAUD Postes 4248 ou 4231	Pr Ag. C. BERGER Poste 4257	Pr Ag. J. LANSAC Poste 4230	Dr P. LECOMTE Poste 4269	Dr M. GUICHARD Poste 4269	

*Tours, le 1 décembre 1979*

JHS/CH

Suite à votre courrier du 25 novembre 1979 et compte tenu de l'urgence, je me permets, pour répondre à votre démarche, de vous adresser ci-joint le dernier numéro de *l'Officiel de la sage-femme* qui résume ma pensée déjà exprimée devant la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale le 21 février 1979.

Docteur J.-H. Soutoul,

*président du Comité national pour la régulation  
des naissances*

*Membre du conseil d'administration du  
Collège national des gynécologues accoucheurs français*

2, boulevard Tonnelles - 37044 Tours Cedex  
Tél. (47) 61-61-61 (postes 42-48 - 42-68 - 42-31)

## BILAN DE LA LOI VEIL APRÈS QUATRE ANS D'APPLICATION

• Des témoignages de nombreuses personnalités médicales étrangères, d'une étude approfondie des législations et des mœurs des pays étrangers, il ressort que dans tous les pays, les lois qui régissent l'avortement comme celles qui régissent l'interruption de la grossesse sont discutées avec une volonté puissante de contestation pour aboutir aux révisions qui paraissent s'imposer.

Professeur Robert Debré

(Audition de l'Académie nationale de médecine  
devant la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales  
de l'Assemblée nationale, le 11 juillet 1973)

Il serait injuste de ne pas reconnaître d'emblée que l'application de la loi provisoire du 17 janvier 1975 sur la libéralisation de l'avortement a eu deux avantages indiscutables, mais dont les effets sont à présenter avec quelques nuances.

I. — L'application de la loi, compte tenu du non-respect de la loi antérieure de 1920, a entraîné une médicalisation quasi totale de l'avortement en annulant à l'exception de quelques cas isolés, les manœuvres abortives artisanales génératrices jadis de complications dont le nombre et la gravité avaient été outrageusement exagérés d'ailleurs par les partisans d'une libéralisation de l'I.V.G. en 1974.

Les spécialistes et les médecins légistes français les plus sérieux savaient que l'on pouvait constater en tout chaque année 30 à 40 décès dont le rattachement à des manœuvres d'avortement criminel pouvaient être soupçonné, et les responsables des services de gynécologie et de réanimation pouvaient estimer à 2.000 environ le nombre des complications infectieuses ou rénales transitoires observées avec des guérisons de plus en plus nombreuses grâce aux antibiotiques et parfois à l'épuration rénale mise en jeu.

La loi Veil n'a pas toutefois annulé tous les décès et toutes les complications.

Les mêmes spécialistes médecins ou experts, peuvent faire encore état de 5 à 10 décès par an (après des avortements réalisés par des chirurgiens ou des médecins, dans un esprit sacratif le plus souvent).

La plupart de ces affaires ont donné lieu à des plaintes et à des recours à des assurances dans plusieurs cours d'appel et devant le nombreux tribunal X français.

Il en est de même des complications immédiates ou tardives de l'avortement qui, bien que médicalisé, entraîne un taux classique observé d'ailleurs dans le monde, de suites pathologiques moins graves mais plus fréquentes puisque le nombre d'avortements a été plus élevé par la libéralisation souhaitée par la loi en cause.

Cette morbidité liée à l'avortement médicalisé depuis cinq ans fait l'objet d'études statistiques menées en France par plusieurs organismes avec l'aide de gynécologues-accoucheurs ayant appliqué la loi scrupuleusement. Ces études doivent faire l'objet d'un débat dans le cadre des Entretiens de Bichat et de publications dans des revues médicales durant le deuxième semestre 1979. Les premiers résultats de certains bilans rapportés dans le cadre de plusieurs thèses de doctorat en médecine soutenues à Paris et en province, depuis la mise en place de la loi, font ressortir des taux de complications génératrices de stérilité ou d'accouchements prématurés ultérieurs identiques à ceux publiés depuis déjà longtemps par les spécialistes des nations plus anciennes que la France dans la libéralisation de l'avortement (en Europe de l'Est, au Japon, aux États-Unis et en Grande-Bretagne tout particulièrement).

II. — La réduction des voyages à l'étranger pour avortement est certaine mais il persiste un pourcentage de candidates (10 à 15 % environ) qui, pour des raisons d'anonymat ou à cause du dépassement du terme légal (12 semaines d'arrêt des règles), continuent à aller à l'étranger, ce phénomène étant constaté dans le monde entier.

### Les insuffisances de la loi provisoire.

Loi politique, démagogique et trop laxiste, sans freinages médicaux, ni sanctions pénales, la loi Veil est une loi non appliquée.

Il est nécessaire de préciser en préambule qu'il n'existe dans le monde aucune bonne loi réglementant tout en la libéralisant l'interruption volontaire de grossesse.

Mais il est important de démontrer que la plupart des articles de la loi Veil ont été et sont tellement bafoués dans leur esprit que l'on peut estimer en 1979 que si la loi de 1920 n'était pas appliquée en 1973, celle de 1975 est aussi inopérante, ce qui fait redouter la multiplication des risques pour la santé de la femme, l'aggravation de la discrimination par l'argent dans un secteur clandestin beaucoup plus floride qu'avant l'application de la loi et surtout un suicide démographique incontrôlable déjà constaté dans d'autres pays de l'Europe de l'Est en particulier.

Il n'est pas exagéré de dire que, malgré la mise en place de centres officiels d'avortements contrôlés par le ministère de la Santé publique, n'importe quel médecin avorte, n'importe qui, sur simple demande, à n'importe quel âge, n'importe où, n'importe comment et à n'importe quel prix !

1. Si nous envisageons les aspects positifs de la loi défendue par ses promoteurs, ses signataires et par les parlementaires qui l'ont votée, article par article :

— L'article 1 : « 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 ».

Cet article n'a aucun sens ou du moins aucun effet pratique : il semble avoir été écrit « pour faire taire les scrupules des uns et calmer les angoisses des autres » (M.C. Lagroua. Weill. Halle). En effet, toutes les candidates à l'avortement peuvent se faire avorter pour n'importe quel motif de convenance sans même donner si elles le souhaitent, le moindre renseignement sur leurs motivations, leur état social ou leur situation conjugale.

L'article L. 162-1 (art. 4) ne définit pas la situation de détresse dans laquelle la femme enceinte peut demander à un médecin l'interruption de grossesse. Le simple fait de se présenter dans un centre d'orthogénie pour avorter constitue pour la plupart des personnels de ces centres un état de détresse et pour tout médecin ou spécialiste clandestin, la justification d'un acte lucratif sans risque pénal en pratique.

Deux exigences saluaires de la loi, l'entretien particulier susceptible « d'apporter une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée ainsi que des moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés » et le délai de réflexion d'une semaine, ne sont pas respectés dans la plupart des cas faute de personnel psycho-social suffisant en nombre et en motivations. Ces deux modalités exigées par la loi sont souvent négligées dans les centres officiels et totalement ignorées dans le secteur clandestin lucratif où se pratique un avortement sur deux environ depuis 1975.

La délivrance d'un dossier-guide purement administratif semble n'avoir eu aucun effet dissuasif compte tenu sans doute de sa présentation mais aussi de l'absence ou de l'insuffisance d'un contact psychologique suffisant avec un personnel d'assistance psychologique le plus souvent débordé ou désabusé lorsqu'il n'est pas favorable à l'I.V.G.

L'information prévue à l'article L. 162-3, sur les risques médicaux qu'encourt la candidate pour elle-même et pour ses maternités futures en particulier, est le plus souvent négligée faute de disponibilité de médecins praticiens plutôt passifs, très rarement dissuasifs et parfois incitatifs devant l'interruption de grossesse par ignorance des complications réelles de celle-ci.

— L'article 162-7 concernant les mineures et l'article L. 162-11 concernant les étrangères sont très rarement respectés et même dans les C.I.V.G. officiels, de l'aveu même de leurs responsables.

Il en est d'ailleurs de même de l'article L. 162-1 concernant la limite autorisée pour l'I.V.G. avant la fin de la dixième semaine de grossesse, le secteur clandestin négligeant entièrement cette restriction.