

N° 200

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2000-2001

Annexe au procès-verbal de la séance du 24 janvier 2001

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, après déclaration d'urgence, relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception,

Par Mme Odette TERRADE,
Sénateur.

(1) Cette délégation est composée de : Mme Dinah Derycke, président ; Mmes Janine Bardou, Paulette Brisepierre, MM. Guy-Pierre Cabanel, Jean-Louis Lorrain, Mmes Danièle Pourtaud, Odette Terrade, vice-présidents ; MM. Jean-Guy Branger, André Ferrand, Lucien Neuwirth, secrétaires ; Mme Maryse Bergé-Lavigne, M. Jean Bernadaux, Mme Annick Bocandé, MM. André Boyer, Marcel-Pierre Cleach, Gérard Cornu, Xavier Darcos, Claude Domeizel, Michel Dreyfus-Schmidt, Mme Josette Durrieu, MM. Yann Gaillard, Patrice Gélard, Francis Giraud, Alain Gournac, Mme Anne Heinis, MM. Alain Hethener, Alain Joyandet, Serge Lagache, Serge Lepeltier, Mme Hélène Luc, MM. Jacques Machet, Philippe Nachbar, M. Jean-François Picheral, Mme Gisèle Printz, MM. Philippe Richert, Alex Türk.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (11^{ème} légis.) : 2605, 2726 et T.A. 582

Sénat : 120 (2000-2001)

Vie, médecine et biologie.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	5
I. LA MAÎTRISE DE LA FÉCONDITÉ : DES DROITS DIFFICILEMENT OBTENUS, QUI DEMEURENT TROP MÉCONNUS	9
A. DES DROITS DIFFICILEMENT OBTENUS	9
1. <i>La contraception : de la loi Neuwirth à nos jours</i>	10
2. <i>L'interruption volontaire de grossesse : de la loi Veil à nos jours</i>	12
B. DES DROITS QUI NE SONT ENCORE PAS PLEINEMENT EXERCÉS	15
C. DES DROITS QUI NÉCESSITENT UNE GRANDE VIGILANCE	19
1. <i>Consolider le droit à la contraception</i>	19
2. <i>Confirmer le droit à l'IVG</i>	23
II. AIDER TOUTES LES FEMMES À MAÎTRISER LEUR FÉCONDITÉ	26
A. ADAPTER LA LOI NEUWIRTH ET LA LOI VEIL	26
1. <i>Faciliter l'accès à la contraception</i>	26
a) La stérilisation	27
b) Le consentement parental	29
c) La prescription médicale	30
2. <i>Elargir l'accès à l'IVG</i>	32
a) Le délai légal	32
b) La situation des mineures	37
c) Les autres modifications apportées à la loi Veil.....	40
B. GARANTIR L'EFFICACITÉ DES AVANCÉES LÉGISLATIVES PAR DES MOYENS SUPPLÉMENTAIRES ET DES INITIATIVES NOUVELLES	45
1. <i>Favoriser une véritable politique de la contraception</i>	45
a) Une amélioration de l'information des Français.....	45
b) Une implication plus forte des médecins	48
c) Une reprise de la recherche.....	49
2. <i>Renforcer les dispositifs d'accueil pour l'IVG</i>	50
RECOMMANDATIONS ADOPTÉES PAR LA DÉLÉGATION	53
EXAMEN DU RAPPORT PAR LA DÉLÉGATION	56
ANNEXES	60
ANNEXE N° 1 : LETTRE DE SAISINE DU PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	61
ANNEXE N° 2 : LISTE DES PERSONNALITÉS ENTENDUES DANS LE CADRE DES AUDITIONS ORGANISÉES PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	63

**ANNEXE N° 3 : COMPTE RENDU DE L'AUDITION ORGANISÉE PAR LA
DÉLÉGATION 66**

INTRODUCTION

"Le recours excessif à l'interruption volontaire de grossesse met en évidence avec force les insuffisances du maniement et de la mise à disposition de la contraception en France. Une société mieux éclairée dans son mode de contraception subirait dans une moindre mesure la violence de l'interruption de grossesse."

Avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) du 23 novembre 2000.

Mesdames, Messieurs,

Au cours de sa séance du mercredi 6 décembre 2000, la Commission des affaires sociales du Sénat a décidé de saisir, à sa demande, votre Délégation du projet de loi n° 120 (2000-2001) relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, qui avait été adopté la veille par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence.

Cette saisine de la Délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes n'étonnera personne : en tant qu'expressions et applications du droit des femmes à disposer de leur corps et à maîtriser leur maternité, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la contraception constituent, dans leur essence même, le cœur du processus historique de l'émancipation féminine. En effet, sans une maîtrise libre, lucide et raisonnée de leur fécondité, les femmes demeurent condamnées à subir le poids d'une société patriarcale qui, parce qu'elle ne leur laisserait aucun choix en matière d'accomplissement de leurs maternités, les maintiendrait dans une relation inégale face aux hommes, dans un statut de sujet, à une place seconde. Au contraire, la décision d'enfanter, d'assumer, au moment choisi par elles, leur maternité, confère aux femmes une assurance et une liberté qui leur permettent pleinement ensuite d'assumer le rôle exact qui est le leur dans la société, c'est-à-dire **le même** que celui des hommes, auquel peut parfois s'**ajouter** celui de porter et de mettre au monde des enfants.

Et c'est bien pour donner aux femmes la possibilité d'assurer en même temps leurs fonctions d'acteur économique et social et de mère, dans le plein exercice de leur citoyenneté, que les pouvoirs publics ont ensuite le devoir, par la mise en place de mécanismes régulateurs et protecteurs, de garantir l'égalité de leurs chances avec celles des hommes. Mais aucun de ces mécanismes ne serait réellement satisfaisant et opératoire s'il n'était précédé du droit reconnu

aux femmes de maîtriser leur fécondité. C'est pour cette raison même que la conquête progressive de ce droit en Occident, et singulièrement en France, revêt tant d'importance, et qu'elle participe au premier chef du mouvement historique des sociétés vers la modernité : aucune d'entre elles ne peut dépasser un certain stade de développement sans avoir créé les conditions lui permettant de faire appel, sans discrimination, aux forces et aux qualités de tous les individus qui les constituent, aux femmes au même titre qu'aux hommes.

La maîtrise de la fécondité s'appuie, on l'a dit, sur deux piliers essentiels que sont la contraception et l'IVG. Dans notre pays, ces droits des femmes ont été difficilement obtenus, ne sont pas encore pleinement exercés, et nécessitent une vigilance de tous les instants pour être effectifs. Avant de développer plus avant ces observations, qui permettront de justifier, dans un second temps, l'intérêt du présent projet de loi, votre Délégation souhaite s'arrêter sur un paradoxe afin d'éclairer dès à présent la position et les recommandations qu'elle sera amenée à vous présenter.

Historiquement, le droit à l'avortement est celui qui a été le plus tardivement reconnu par la loi. Il est vrai qu'il concerne des préceptes éthiques fondamentaux relatifs à la vie, sur lesquels mouvements philosophiques et religieux avaient nécessairement pris position. Il est légitime aussi d'estimer que cette question essentielle n'appelle pas nécessairement une réponse unique, une vérité, en tous temps et en tous lieux.

Mais ce droit oblige également à se positionner sur la place de la femme dans la structure sociale, puisqu'il porte en lui le postulat que les femmes sont en mesure de prendre, en toute liberté, des décisions justes et légitimes sur les sujets qui les concernent. La reconnaissance de ce postulat est l'acte fondateur de l'émancipation de la femme, et cette reconnaissance-là devrait être universelle.

A cet égard, la fécondité est à l'évidence un enjeu de société et il est significatif de constater que les pouvoirs les plus liberticides ont explicitement dénié aux femmes ce droit à la maîtriser. Ainsi, la loi du 31 juillet 1920 interdisant en France la contraception et l'avortement et toute propagande en leur faveur n'a pas suffi au régime de Vichy qui, par deux fois, a aggravé les peines alors encourues en socialisant l'incrimination au plus haut niveau possible : la loi du 14 septembre 1941 a tout d'abord classé l'avortement parmi "*les infractions de nature à nuire à l'unité nationale, à l'Etat et au peuple français*", avant que la loi du 15 février 1942 ne l'assimile à un crime contre la sûreté de l'Etat passible, après jugement par des tribunaux d'exception, de la peine de mort. C'est dire combien, dans certaines conceptions autoritaires, les droits individuels de la femme sont non seulement négligés, mais même déclarés comme contraires aux intérêts de la société.

Toutefois, et là se situe le paradoxe, le droit à l'avortement est un droit dont chacun voudrait qu'en réalité aucune femme ne fût placée dans l'obligation d'y recourir, parce que son exercice est la plupart du temps vécu douloureusement. C'est un droit capital pour les centaines de milliers de femmes qui, grâce à lui, ont pu choisir leur destin, mais que la plupart d'entre elles aurait probablement préféré ne jamais utiliser. C'est un droit dont la société, les pouvoirs publics, et même ses plus ardents défenseurs, se désolent de constater qu'en France, il est encore pratiqué par plus de 220 000 femmes chaque année, alors que d'autres pays comparables au nôtre, et à la législation parfois plus libérale, ne connaissent pas de tels chiffres. C'est un droit auquel chaque nouveau recours sonne comme un échec.

C'est probablement, de tous les droits des femmes, le seul qui, en Utopie, n'existerait pas. C'est paradoxalement le seul droit dont, dans notre pays bien réel, le gouvernement doit, dans le même temps, s'assurer qu'il est juridiquement et matériellement pleinement effectif et tout mettre en œuvre pour éviter aux femmes de se trouver dans l'obligation d'y recourir. Pour votre Délégation, les enjeux sont là : **si cet acquis majeur de la lutte des femmes pour leurs droits essentiels que constitue le droit à l'IVG doit être non seulement préservé, mais également renforcé, cela ne peut être fait indépendamment des améliorations à apporter, dans de nombreux domaines, au droit à la contraception, qui lui est complémentaire précisément parce qu'il doit contribuer à réduire naturellement le nombre des IVG.**

Tout aussi essentiel en effet, mais plus important quant au bien-être global des femmes, le **droit à la contraception** est, lui, un droit dont toutes les caractéristiques sont positives et qui n'a d'autres effets que ceux qui accompagnent l'exercice de toute liberté : il est l'expression d'une maturité individuelle et sociale, il constitue la première condition de la maîtrise par les femmes de leur corps et de leur destinée, et il résulte réellement d'un choix. Aussi votre Délégation insistera délibérément sur cet aspect du projet de loi car, au-delà des questions d'ordre moral, l'essentiel des difficultés - accueil des femmes dans les centres d'IVG, activité des médecins pratiquant l'IVG, dépassement des délais légaux actuels par plusieurs milliers de femmes chaque année, situation des jeunes filles mineures, etc. - résulte du nombre trop important, par rapport à une situation que nous devrions qualifier de "normale", de femmes qui se font avorter en France.

Au fond, on peut affirmer que **l'exercice du droit à l'IVG ne pourra totalement satisfaire celles et ceux qui le défendent et le pensent essentiel que lorsqu'ils auront l'assurance qu'il n'est objectivement plus possible d'améliorer davantage l'accès effectif au droit à la contraception.** Or, le chemin paraît encore long avant d'y parvenir ...

I. LA MAÎTRISE DE LA FÉCONDITÉ : DES DROITS DIFFICILEMENT OBTENUS, QUI DEMEURENT TROP MÉCONNUS

Au même titre que l'acquisition du droit de vote ou de leur capacité juridique personnelle, le droit à la maîtrise de leur fécondité constitue, pour les femmes occidentales, l'un des acquis majeurs du XX^e siècle. La reconnaissance de ce droit justifie, à l'évidence, et conditionne à la fois les droits économiques et sociaux qu'elles ont progressivement obtenus depuis la seconde guerre mondiale, même si certains de ceux-ci ont pu être juridiquement proclamés antérieurement : qu'en est-il, en effet, de la réalité d'un droit, lorsque son exercice dépend des caprices de la nature, en l'occurrence, de la fécondité ?

Nonobstant les convictions religieuses - que votre Délégation n'abordera pas bien qu'elles expliquent pour beaucoup les passions dont la question fait l'objet -, ce droit, obtenu de haute lutte sous la pression des femmes elles-mêmes, est encore loin d'être effectif pour toutes les femmes de notre pays, et sa préservation comme son renforcement nécessitent toujours une action vigilante.

A. DES DROITS DIFFICILEMENT OBTENUS

Le mouvement pour le contrôle des naissances a été engagé par les féministes des pays anglo-saxons au début du XX^e siècle avec pour premier objectif d'obtenir la légalisation du recours à la contraception. A l'époque, en l'absence de toute possibilité culturelle de revendiquer un droit à l'avortement, ce combat avait pour fondements autant l'affirmation d'un principe philosophique d'émancipation de la femme que la volonté d'accomplir des progrès en matière de sécurité sanitaire. En effet, bien qu'interdits, les avortements étaient nombreux et entraînaient souvent, compte tenu du caractère rudimentaire des techniques employées, des conséquences douloureuses et handicapantes pour les femmes, voire leur décès.

Le premier centre de contrôle des naissances a été ouvert à Brooklyn par Margaret Sanger, le 16 octobre 1916. En France, ce n'est que quarante ans plus tard qu'a commencé à se développer ce mouvement revendicatif : créée en 1956 par le Dr Marie-Andrée Lagroua-Weill-Halé et Evelyne Sullerot, la *Maternité heureuse* est devenue, à partir de 1960, le *Mouvement français pour le planning familial*. Fer de lance de la lutte pour la reconnaissance du droit à la contraception dans les années soixante, puis du droit à l'IVG dans les années soixante-dix, le *Planning familial* a constamment accompagné et enrichi son action militante d'une présence sur le terrain au travers de ses centres d'accueil.

Si l'on doit beaucoup aux nombreuses femmes et aux quelques hommes qui ont animé le *Planning*, d'autres événements et d'autres acteurs sociaux ont contribué, entre 1965 et 1975, à l'adoption par la France d'une législation progressiste la mettant en phase avec l'évolution de son opinion publique et comparable à celles de nombreux pays européens.

1. La contraception : de la loi Neuwirth à nos jours

La loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, dite loi Neuwirth, du nom de son instigateur et rapporteur, a parachevé un processus initié par le mouvement féministe et relayé par des médecins et scientifiques.

Cet acte fondateur de la libéralisation de la contraception en France, qui abrogeait la loi du 31 juillet 1920 interdisant tout recours à la contraception, comme d'ailleurs à l'avortement, et punissant sévèrement la production, l'importation ou la vente de contraceptifs, ainsi que leur utilisation, a en effet été rendu possible par l'influence d'un comité créé par le Général de Gaulle et chargé de travailler sur ce thème dans la perspective de l'élection présidentielle de 1965. Ce "Comité des 13 sages" élaborait un projet, que la presse appela "*Feu vert pour la pilule*", qui recommandait au ministre de la santé et au président de la République de favoriser le recours à la pilule contraceptive, disponible aux Etats-Unis depuis 1960 sous le nom d'Enovid.

C'est fort de cette recommandation que notre excellent collègue Lucien Neuwirth, alors député, put obtenir, pour modifier la législation de 1920, l'aval du Général de Gaulle, lequel aurait alors considéré que la transmission de la vie étant importante, il fallait qu'elle fût un acte lucide. Pourtant, les débats au Parlement, comme dans la presse et l'opinion publique, furent extrêmement vifs, et les opposants à la proposition de loi firent feu de tout bois pour stigmatiser l'épouvantable "*relâchement des mœurs et l'érotisme débridé*" qui ne manqueraient pas d'en résulter ou pour évoquer le spectre des effets à long terme sur la santé des utilisatrices de la pilule, qui deviendraient "*chauves, moustachues et acnéiques ...*".

La loi de 1967 a posé comme principe le droit à la contraception et à l'information sur les méthodes contraceptives, tout en l'encadrant rigoureusement. La fabrication et l'importation des produits, médicaments et objets contraceptifs ont été autorisées, mais leur vente, limitée quantitativement et dans le temps, ne pouvait s'effectuer qu'en pharmacie, sur ordonnance médicale ou certificat médical de non contre-indication nominatif. Ainsi, aucune délivrance de contraceptif n'était possible dans les

établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et dans les centres de planification ou d'éducation familiale agréés.

En outre, la vente ou la fourniture de contraceptifs aux mineurs ne pouvait intervenir qu'après consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal. Enfin, toute propagande et toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives étaient interdites, sauf dans les publications destinées aux médecins ou aux pharmaciens. Ainsi, l'information ne pouvait être délivrée aux femmes que par des médecins ou les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et les centres de planification ou d'éducation familiale agréés.

Cette loi n'a cependant pas été immédiatement applicable, et il a fallu plusieurs mois, voire plusieurs années, et les efforts conjugués du mouvement social et des parlementaires les plus concernés, pour qu'elle prenne tous ses effets. Ainsi, les dispositions législatives relatives à la fabrication, à l'importation, à la prescription médicale et à la vente en pharmacie des pilules contraceptives n'ont été rendues applicables que plus d'un an après la promulgation de la loi, par un décret du 3 février 1969. Quant au fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et des centres de planification ou d'éducation familiale agréés, il n'a même été précisé qu'en 1972 seulement, par un décret du 7 mars.

Ce cadre législatif a été assoupli une première fois par la **loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974**, qui a prévu le remboursement par la sécurité sociale d'un traitement ou d'un dispositif contraceptif lorsqu'il est délivré sur ordonnance (les personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie assurées par un régime légal ou réglementaire pouvant être prises en charge par un centre de planification ou d'éducation familiale). Cette loi a aussi supprimé l'interdiction générale de la vente de contraceptifs aux mineurs sans accord parental et autorisé les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret.

Puis d'**autres textes**, datant notamment de **mai 1982**, de **décembre 1989** et de **janvier et décembre 1991**, ont complété ensuite la loi de 1967 afin de prendre en compte les évolutions de la société française et de répondre aux nécessités de la lutte contre le Sida (et, incidemment, des autres maladies sexuellement transmissibles). C'est ainsi que la délivrance sur prescription médicale a été limitée aux seuls contraceptifs hormonaux et intra-utérins et que la publicité relative aux préservatifs et aux autres contraceptifs a été autorisée, dans le respect des dispositions générales fixées par le code de la santé publique.

Au total, toute femme majeure paraît aujourd'hui en mesure d'être informée et de bénéficier de la contraception. S'agissant des mineures, la rédaction actuelle de l'article 3 de la loi Neuwirth, codifié l'an dernier sous l'article L. 5134-1 du nouveau code de la santé publique, n'exonère pas les médecins de recueillir le consentement des parents pour leur délivrer des contraceptifs hormonaux ou intra-utérins, quand bien même ils n'en ont pas l'obligation expresse. En effet, l'article 371-2 du code civil donnant aux père et mère l'autorité pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, toute prescription médicale à un mineur devrait nécessairement être précédée de l'accord de l'un d'entre eux.

2. L'interruption volontaire de grossesse : de la loi Veil à nos jours

Réprimé par le code pénal, qui prévoyait de six mois à deux ans de prison pour les femmes qui y recouraient et de un à cinq ans d'emprisonnement pour les personnes qui procuraient les moyens abortifs, l'avortement était pourtant largement pratiqué en France au début des années soixante-dix, de manière clandestine.

Les sociologues et médecins estimaient qu'il pouvait concerner chaque année jusqu'à 300 000 femmes qui, pour la plupart, n'avaient pas la possibilité matérielle de se rendre à l'étranger, dans des pays où la législation était plus favorable et, par conséquent, où les moyens techniques étaient plus sûrs car médicalisés (la Suisse, dès 1942, et surtout la Grande-Bretagne depuis l'*Abortion Act* d'octobre 1967). Si nombre de médecins français pratiquaient illégalement l'interruption de grossesse (de 40 000 à 80 000 par an selon les estimations), non sans danger puisqu'aux sanctions pénales qu'ils encouraient s'ajoutait le risque d'une suspension d'activité pendant cinq ans au moins, la très grande majorité des femmes décidées à y recourir restaient livrées aux conséquences parfois dramatiques de l'auto-avortement ou des "faiseuses d'anges" (les complications pouvaient aller jusqu'à l'infécondité, voire au décès, au nombre d'une cinquantaine chaque année). Ce fut donc essentiellement une préoccupation de santé publique qui conduisit certains médecins et hommes politiques à rejoindre dans sa revendication du droit à l'avortement le mouvement féministe, lequel était naturellement animé avant tout par une volonté émancipatrice primordiale.

Le débat prit une ampleur considérable et devint un enjeu de société avec la publication par *Le Nouvel Observateur*, le 5 avril 1971, du "Manifeste des 343". Ce manifeste (1) était un appel public à la désobéissance civile

(1) "Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées alors que cette

puisque ses signataires, pour la plupart inconnues du grand public mais qui comptaient aussi en leur sein des femmes de grande notoriété et de toutes les générations (Françoise Arnoul, Simone de Beauvoir, Catherine Deneuve, Marguerite Duras, Françoise Fabian, Gisèle Halimi, Jeanne Moreau, Micheline Presle, Françoise Sagan, Delphine Seyrig, Marina Vlady, etc.), affirmaient avoir recouru à l'avortement, acte pénalement répréhensible qui entraînait chaque année environ 500 condamnations par les tribunaux français, et en réclamaient la libéralisation. Cette prise de parole des femmes, qui constitue un moment symbolique dans l'histoire du mouvement féministe français tant par son sujet, qui relève à la fois de l'éthique et de la sphère de l'intime, que par ses conséquences, la levée d'un tabou par l'expression d'une violation de la loi, rencontra immédiatement un écho retentissant.

En juillet 1971, Gisèle Halimi et Simone de Beauvoir créèrent l'association *Choisir*, qui avait pour objectifs de venir en aide aux femmes qui désiraient se faire avorter, de lutter pour la révision de l'article 317 du code pénal qui punissait l'avortement, et d'accompagner en justice les femmes incriminées. A cet égard, l'engagement de Gisèle Halimi, avocate de Marie-Claire, enceinte à 17 ans à la suite d'un viol, et de sa mère, poursuivies pour avortement devant le tribunal de Bobigny, conduisit à leur relaxe en octobre 1972. Médiatiquement orchestré par les militantes du *Mouvement des femmes* et du *Planning familial* au cours de manifestations imposantes, ce procès, qui entendit les témoignages de personnalités de premier plan comme Simone de Beauvoir, Michel Rocard, le professeur François Jacob ou encore Delphine Seyrig, a indiscutablement constitué une nouvelle étape dans la prise de conscience progressive des enjeux par l'opinion publique.

Enfin, le 2 mai 1973, 331 médecins, dont quatre Prix Nobel, tel André Lwoff, publièrent, comme en écho au "Manifeste des 343", un manifeste affirmant qu'ils avaient pratiqué ou qu'ils pratiquaient l'avortement. Avec la création, la même année, du *Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception* (le MLAC), ce manifeste confirma que la société était désormais en mesure d'affronter une évolution législative attendue par un nombre considérable de femmes.

Thème de campagne du candidat Giscard d'Estaing, l'amélioration de la condition féminine aura connu plusieurs concrétisations, d'inégale importance, au cours des années 1974 et 1975. L'interdiction de la discrimination à l'embauche à raison du sexe, la prohibition de toute distinction de traitement entre hommes et femmes dans la fonction publique, l'institution du divorce par consentement mutuel, furent autant d'étapes qui méritent d'être saluées. Toutefois, en raison de son importance en tant que

opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On fait le silence sur ces millions de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre."

reconnaissance du droit à l'émancipation des femmes, de l'acte authentiquement politique qu'il a constitué pour Valéry Giscard d'Estaing et son Premier ministre, Jacques Chirac, qui privilégièrent l'affermissement du droit des femmes et la maturité de l'opinion publique face à l'hostilité d'une partie importante des parlementaires de leur majorité, et du déchaînement de haine qu'il a occasionné à l'encontre de Simone Veil, alors ministre de la santé, c'est bien le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse qui constitue le texte symbolique majeur de ces années-là.

Bien que marquée du sceau d'une certaine méfiance à l'égard des femmes, puisqu'elle est temporaire (cinq ans) et ne sera rendue définitive que par la **loi Pelletier du 31 décembre 1979**, qui soumet par ailleurs le recours à l'IVG à des procédures plus précises, la **loi du 17 janvier 1975** dépénalise l'avortement sous certaines conditions. L'article L. 162-1 du code de la santé publique précise que l'IVG peut désormais être demandée par une femme enceinte "en situation de détresse" avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

La femme doit d'abord consulter un médecin qui l'informe des risques encourus et lui remet un dossier rappelant notamment les dispositions législatives applicables. Pendant le délai de réflexion d'une semaine dont elle dispose avant de confirmer sa demande, elle doit obligatoirement avoir un entretien avec un conseiller conjugal ou familial ou avec une assistante sociale. Lors de la seconde consultation médicale, qui ne peut avoir lieu moins de deux jours après l'entretien social, elle doit remettre au médecin l'attestation d'entretien et la confirmation écrite de sa demande d'interruption de grossesse. Enfin, pour les mineures célibataires, l'article L. 162-7 du code de la santé publique rend obligatoire l'autorisation d'un des parents ou du représentant légal.

L'interruption de grossesse ne peut être effectuée que par un médecin et n'a lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou privé habilité à la pratiquer, aucun de ces établissements n'étant autorisé à dépasser, au cours d'une même année, 25 % d'IVG par rapport aux actes opératoires. Les médecins peuvent faire jouer la clause de conscience pour refuser de pratiquer des IVG, de même que les établissements privés sauf s'ils concourent au service public hospitalier et que les besoins locaux ne sont pas couverts par ailleurs.

C'est avec la **loi Roudy du 31 décembre 1982**, qui prévoit le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale, que le droit à l'avortement devient pleinement effectif, la barrière économique étant alors théoriquement levée. Les dernières modifications législatives datent des années 1990 : en **juillet 1992**, le code pénal incrimine les tiers ayant concouru à un auto-avortement (300 000 francs d'amende et trois ans de prison, et 500 000 francs

d'amende et cinq ans de prison en cas de pratique habituelle), tandis que la **loi Neiertz du 27 janvier 1993** dépénalise l'auto-avortement et punit d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 francs d'amende le délit d'entrave à l'avortement.

Ainsi, globalement, la législation française a connu, en près de trente-cinq ans, par touches successives, des évolutions propres à faciliter le recours à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. Pourtant, de récents indicateurs montrent que la situation est encore loin d'être satisfaisante, et que ces droits des femmes ne sont toujours pas, aujourd'hui, exercés dans leur plénitude par toutes nos concitoyennes.

B. DES DROITS QUI NE SONT ENCORE PAS PLEINEMENT EXERCÉS

La loi Veil ayant été conçue, pour l'essentiel, comme un mécanisme de rattrapage d'une contraception mal maîtrisée, le nombre des IVG aurait dû connaître dans notre pays, depuis vingt-cinq ans, une inflexion importante, comparable à celle observée aux Pays-Bas, si le recours aux moyens anticonceptionnels par les Françaises et par les Français était devenu satisfaisant. Or, il n'en est rien, ce qui pose nécessairement la question de l'information des adultes et des jeunes gens et jeunes filles sur les méthodes et dispositifs contraceptifs, à l'évidence lacunaire. Il conviendrait également de s'interroger sur l'amélioration de ces dispositifs et méthodes quant à leur adaptation à leurs utilisateurs et à leurs résultats, comme sur les modifications à apporter au contexte législatif et réglementaire pour parvenir enfin à une situation digne du développement socio-culturel et économique de notre pays.

Dans son rapport d'information n° 43 (2000-2001) du 24 octobre dernier fait au nom de votre Délégation sur la proposition de loi relative à la contraception d'urgence, **notre collègue Janine Bardou** a présenté les divers indicateurs pertinents dressant l'état actuel du recours à la contraception et à l'IVG dans notre pays. Avec son accord, il a paru opportun à votre Rapporteur de reprendre les extraits suivants du rapport n° 43, tant ces indicateurs démontrent en eux-mêmes les faiblesses de notre dispositif global.

«Des statistiques préoccupantes

L'appréhension de l'étendue du recours à la contraception passe par deux séries d'indicateurs : la première est l'observation directe de l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer, la seconde est indirecte, et consiste en l'analyse des données relatives aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) lesquelles, comme le rappelle le professeur Israël Nisand dans son rapport sur l'IVG en France, remis en février 1999, "jouent essentiellement un rôle palliatif lors de l'échec de la contraception".

- Un recours à la contraception qui pourrait être plus large

Les informations générales les plus récentes concernant le recours à la contraception remontent à une enquête INED-INSEE de mars 1994. Reprises dans le rapport sur la mise en œuvre par la France des recommandations du programme d'action de la quatrième conférence mondiale sur les femmes ("Pékin plus cinq", tenue en juin 2000 à New-York), elles démontrent que notre pays se caractérise par une utilisation de la contraception relativement large (deux femmes âgées de 20 à 44 ans sur trois). La pilule vient en tête, avec 37 % d'utilisatrices, la proportion étant maximale entre 20 et 24 ans (58 %) mais diminuant ensuite régulièrement. Le stérilet est utilisé par 16 % des femmes, avec un maximum entre 35 et 44 ans (27 %). Les autres méthodes n'occupent qu'une place restreinte : le préservatif (5 %) devance l'abstinence périodique (4 %), et le retrait, méthode traditionnelle des couples français jusque dans les années 60, n'est désormais déclaré que par 2,5 % d'entre eux (autres méthodes : 1 %).

En raison des nombreuses campagnes de sensibilisation sur les risques du Sida, on observe une large utilisation des préservatifs comme méthode temporaire au moment des premiers rapports, notamment chez les jeunes et les personnes ne vivant pas en couple : 87 % en 1998 contre 45 % en 1993 et seulement 8 % en 1987. Ce n'est que lorsque la relation amoureuse est stabilisée qu'est recherché un traitement contraceptif.

La grande majorité des femmes qui n'avaient pas recours à la contraception au moment de l'enquête de 1994 n'étaient pas pour autant exposées au risque d'une grossesse non désirée. Certaines (environ 4 %, mais 13 % des femmes de 40 à 44 ans et 22 % de celles âgées de 45 à 49 ans) avaient subi une opération stérilisante, dans un but contraceptif dans plus de deux tiers des cas, alors même que la stérilisation volontaire n'a pas, dans notre pays, de statut légal. D'autres se savaient ou avaient un compagnon stérile (7 %), étaient enceintes (4,5 %) ou cherchaient à concevoir (4 %) ou encore n'avaient pas de partenaire (10,5 %). Dès lors, on estimait à environ 3 % la proportion des femmes d'âge reproductif qui n'entraient dans aucune des catégories énumérées ci-dessus et qui affirmaient ne pas ou ne plus vouloir d'enfant.

Cependant, ces statistiques cachent des réalités plus préoccupantes, qui concernent le plus souvent les adolescentes, lesquelles n'ont pas été prises en compte par l'enquête de 1994. Ainsi, selon le professeur Michèle Uzan, auteur d'un récent rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes, 60 % des premiers rapports des mineures se dérouleraient sans contraception. En outre, si 87 % des jeunes (garçons et filles confondus, mineurs et majeurs) affirment, selon le baromètre Santé-Jeunes 1997-1998 du Comité français d'éducation pour la santé, utiliser le préservatif lors de leur premier rapport, beaucoup de jeunes filles déclarent y renoncer quand la relation devient "sérieuse", en raison de leur confiance dans leur partenaire à l'égard des maladies sexuellement transmissibles (MST), sans pour autant recourir à une

méthode de contraception. Ce type de comportement démontre à l'évidence que si les campagnes d'information sur les risques de MST et surtout du Sida ont globalement été efficaces, elles ont aussi probablement parasité la compréhension qu'ont les jeunes gens et les jeunes filles du rôle contraceptif du préservatif et relégué au second plan la question du recours à des pratiques contraceptives plus systématiques et plus sûres.

Enfin, l'enquête INED-INSEE de 1994 peut également être analysée de manière critique, sur le plan tant quantitatif que qualitatif. Au plan quantitatif, on ne peut manquer d'observer qu'aux 3 % de femmes n'utilisant aucune contraception alors même qu'elles sont en situation de pouvoir procréer, il conviendrait d'ajouter les 7 % de celles qui pratiquent l'abstinence périodique ou le retrait pour définir une population à "risque de grossesse non désirée", tant il est vrai que ces deux méthodes sont extrêmement aléatoires et qu'elles préexistaient au dispositif législatif de 1967. On devrait en outre y ajouter une partie des 5 % de femmes qui ont exclusivement recours aux préservatifs, lesquels ne constituent pas non plus une protection que l'on peut qualifier de totalement sûre (1). Au total, ce sont donc plus de 10 % des femmes de 20 à 44 ans, soit plus d'un million de femmes en âge et en situation de procréer qui, en France, ne sont pas protégées par une contraception efficace. Et si on y ajoute l'essentiel des jeunes filles de moins de 20 ans, le tableau s'assombrit encore.

De même on doit, même si cela s'avère plus délicat, apprécier ces données statistiques de manière qualitative, en cherchant à connaître quelles réalités sociologiques elles recouvrent. Or, toutes les études officielles (telles que celles, récentes, du professeur Israël Nisand et du professeur Michèle Uzan), tous les rapports des centres de planification ou d'éducation familiale, toutes les observations des associations (Mouvement français pour le planning familial [MFPF], Fil-santé-jeunes, Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception [CADAC], Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception [ANCIC], etc ...) montrent que le taux de recours à des méthodes sûres et suivies de contraception est incontestablement lié au niveau d'éducation et d'insertion sociale. Selon le secrétariat d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, l'accès plus réduit des jeunes d'origine modeste à l'information sur la contraception et aux méthodes contraceptives est manifeste. Dès lors, il est évident que le non-recours à la contraception est essentiellement subi et non délibérément choisi par les intéressées en toute connaissance de cause.

(1) On estime les taux d'échec entre 2 et 4 % pour le condom mais de 3 à 17 % pour le diaphragme ou la cape (appareil trop petit ou trop grand, mauvaise mise en place ou utilisation sans gelée spermicide).

- Des interruptions volontaires de grossesses encore trop nombreuses

Ce constat est malheureusement corroboré par le nombre des IVG pratiquées en France. Une étude publiée en juin dernier par le ministère de l'emploi et de la solidarité révèle qu'il s'établissait en 1998 à 214 000. Inférieur certes à celui constaté entre 1975 et 1986 (250 000 par an en moyenne), il traduit cependant une reprise, constatée depuis 1996 (environ 200 000 IVG par an entre 1992 et 1995), et résulte pour l'essentiel d'une augmentation significative des IVG chez les femmes de 15 à 24 ans - le taux global le plus élevé concernant la classe d'âges 20-24 ans (24 ‰) et le taux de progression le plus important la classe 18-19 ans (+ 26,7 ‰).

S'agissant des plus jeunes (mineures de 15 à 18 ans), les évolutions générales sont similaires : le nombre annuel des IVG a significativement diminué entre 1980 et 1995, passant de 7 300 à 5 640 (- 22,7 ‰), mais il a ensuite de nouveau augmenté pour s'établir en 1998 à 6 500. Cette même année, l'INED dénombrait 20 000 grossesses dans cette classe d'âge et le professeur Uzan estimait à environ la moitié le nombre de celles qui n'étaient pas désirées (ce que confirment Mmes Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, chercheuses à l'INSERM, qui viennent de publier une étude sur la contraception et l'IVG en France, et pour lesquelles un nombre significatif des grossesses d'adolescentes qui n'ont pas donné lieu à une IVG étaient souhaitées, les parturientes étant souvent des jeunes femmes mariées).

Reste que la moitié des grossesses d'adolescentes ne sont pas désirées et que près des deux tiers d'entre elles se concluent aujourd'hui par un avortement, générateur de traumatisme et de douleur et bien piètre sésame pour entrer dans la vie adulte. Ces chiffres montrent que le dispositif actuel d'information sur la contraception ne fonctionne pas bien et que, comme l'exprime de manière passionnée le professeur Mention, chef de service à la maternité du CHU d'Amiens, récemment interviewé par Libération (4 octobre 2000), "c'est grave, ça veut dire qu'à l'école, au lycée, en famille, partout, personne ne fait son boulot. Aujourd'hui, c'est devenu un problème de société et un problème politique."

A cet égard, après avoir rappelé que des travaux menés auprès de femmes adultes en 1995 (Serfaty) et 1997 (Kahn-Nathan) démontrent qu'entre 75 et 80 ‰ des demandes d'IVG sont liées à un échec de contraception (dont 10 ‰ seulement proviennent de méthodes reconnues comme sûres : pilule et/ou stérilet) et 20 à 25 ‰ émanent de patientes sans contraception, le professeur Uzan signale que les proportions sont presque rigoureusement inverses chez les jeunes filles qui constituaient l'échantillon sur lequel s'est appuyé son rapport : 72 ‰ d'entre elles n'avaient pas de contraception dans les trois mois ayant précédé l'IVG, 22 ‰ avaient une contraception aléatoire et seulement 6 ‰ n'avaient pas correctement suivi leur traitement œstro-progestatif (oubli de pilule).

Une dernière statistique, rapportée par Mme Michèle Uzan, mérite d'être citée : il s'agit du taux de répétition de l'IVG, dont les données de Serfaty montrent qu'entre 1980 et 1989, il est passé de 10 à 20 %. Bien qu'inférieur à celui d'autres pays européens, ce taux est important et, en lui-même comme dans son évolution, il constitue un indicateur pertinent des faiblesses actuelles de notre dispositif d'information et d'accès à la contraception.»

Il convient d'ajouter à ce tableau statistique l'évaluation du nombre des femmes qui, ayant dépassé le délai-limite légal de dix semaines de grossesse, sont conduites à se rendre à l'étranger, dans des pays où la législation admet des délais supérieurs, pour faire pratiquer leur IVG. Sur le fondement d'estimations réalisées par le *Planning familial*, ce nombre serait aujourd'hui de 5 000 à 6 000, mais il s'agit nécessairement de la limite inférieure d'une fourchette dont l'écart est impossible à déterminer en raison même du caractère secret de la démarche.

Ce constat global ne peut laisser indifférent. Alors que, sur bien des plans sanitaires et médico-sociaux, la France se situe en tête par ses résultats et par la qualité des prestations servies, force est de constater que tel n'est pas le cas en matière de maîtrise de la fécondité. Dans ce domaine, ce sont probablement les Pays-Bas qui font figure d'exemple : les taux d'IVG y sont les plus bas d'Europe (6,5 ‰ contre 15,4 ‰ en France), tout comme le rapport entre avortements et naissances (1/9 contre 1/3 en France) et le nombre des grossesses d'adolescentes - alors même que la législation relative à la contraception et aux interruptions volontaires de grossesse est extrêmement libérale dans ce pays (le délai d'intervention y est de vingt-deux semaines).

Pour votre Délégation, l'exercice des droits des femmes à la contraception et à l'IVG ne pourra être considéré comme satisfaisant que lorsque les taux français relatifs aux avortements se rapprocheront des taux néerlandais, qui semblent constituer un plancher.

C. DES DROITS QUI NÉCESSITENT UNE GRANDE VIGILANCE

Même encore imparfaits, les droits obtenus par les femmes en France depuis trente ans doivent faire l'objet d'une grande vigilance, car leur exercice n'est pas toujours facilité, quand ils ne sont pas tout simplement combattus.

1. Consolider le droit à la contraception

La prise en charge des femmes en matière de contraception est loin d'être satisfaisante. Trop longtemps, les pouvoirs publics n'ont pas favorisé l'accès à ce droit, n'y accordant qu'une insuffisante attention.

Le premier problème, on l'a dit, est celui de l'information des femmes et des hommes sur les méthodes contraceptives. Dans son rapport d'information sur la proposition de loi relative à la contraception d'urgence, notre collègue Janine Bardou en a posé les termes et a présenté dans le détail les récentes initiatives du Gouvernement en la matière. Celles-ci ont consisté en une campagne grand public organisée tout au long de l'année 2000 ("*La contraception, à vous de choisir la vôtre*") qui, compte tenu de l'importance que représente cette information, sera désormais permanente, ainsi qu'en un renforcement des séquences d'éducation à la sexualité dans les collèges et, prochainement, dans les lycées (voir *infra*, pages 47 et 48). Pour votre Délégation, le grand intérêt de ces méthodes d'information réside dans la possibilité qu'elles présentent de **responsabiliser autant les hommes que les femmes** à la sexualité et à ses effets, et, en outre, d'agir par deux canaux sur les générations montantes.

Pour reprendre l'exemple des Pays-Bas, l'éducation à la sexualité et à la contraception fait depuis longtemps partie intégrante des actions de santé publique et des programmes pédagogiques (y compris dans le primaire). Cette action concertée des pouvoirs publics a modelé un comportement de partage des responsabilités et de compréhension entre les garçons et les filles qui, une fois qu'ils sont devenus des adultes, explique le chiffre beaucoup plus modeste que chez nous des IVG. On doit en outre ajouter que la formation sociale des générations successives a certainement pour conséquence à moyen terme de favoriser le développement de l'éducation par la famille et du dialogue intra-familial, lesquels sont évidemment très efficaces pour légitimer le discours public. C'est ce à quoi il faudrait tendre dans notre pays, même si quelques dizaines d'années seront nécessaires pour qu'apparaissent les premiers effets positifs d'une telle évolution.

A cet égard, un récent arrêt du Conseil d'Etat du 6 octobre 2000 (*Association Promouvoir et autres* - concl. Sophie Boissard) paraît particulièrement important, puisqu'il valide tant les campagnes d'information sur la sexualité et la contraception dans les établissements scolaires que la mise en place de modules d'enseignement sur ces thèmes. Le Conseil d'Etat a en effet considéré que l'article premier de la loi du 11 juillet 1973 portant création d'un Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale fait de "*l'information de la population sur les problèmes de la vie (...) une responsabilité nationale*" à laquelle l'Etat doit participer. En outre, il a rappelé que l'article premier de la loi du 11 juillet 1975 relative à l'éducation dispose que la formation scolaire favorise "*l'épanouissement de l'enfant, lui permet d'acquérir une culture, le prépare à la vie professionnelle et à l'exercice de ses responsabilités de citoyen*", tandis que l'article premier de la loi du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation précise que les établissements d'enseignement "*dispensent une formation*

adaptée dans ses contenus et dans ses méthodes aux évolutions économiques, technologiques, sociales et culturelles du pays".

Au regard de ces textes, le Conseil d'Etat a conclu que les problèmes liés à la sexualité et à la contraception pouvaient, et même devaient, être évoqués dans l'enceinte scolaire lorsque l'âge des enfants le permettait. Il lui a paru important, pour le choix de vie personnel des adolescents comme pour la compréhension du monde dans lequel ils vivent, qu'ils puissent disposer d'éléments d'information objectifs et exacts, qui ne peuvent souvent être abordés de façon neutre, sans sous-entendu ou mise en cause personnelle, qu'à l'école. Si d'autres considérants, relatifs notamment aux principes de laïcité, de neutralité et d'autorité parentale, ont permis au Conseil d'Etat d'asseoir sa décision, ce rappel heureux de la mission de la communauté éducatrice devrait permettre de renforcer encore les initiatives récentes du ministre de l'éducation nationale.

Mais pour indispensable qu'elle soit, cette information de masse n'est pas suffisante, et elle doit être accompagnée par une plus grande prise en charge pédagogique des femmes par le corps médical lui-même. C'est, du reste, ce que confirment les experts telle Mme Nathalie Bajos qui, dans son évaluation de la campagne d'information 2000 réalisée au nom de l'INSERM en septembre dernier, a estimé indispensable que les professionnels de santé consacrent davantage de temps à l'information de leurs patientes sur la contraception et soient mieux formés à aborder le sujet avec elles. Il s'avère en effet que, selon certains spécialistes, l'enseignement dispensé en faculté de médecine peut ne comporter que deux heures consacrées à la contraception, et que les progrès médicaux et techniques réalisés en la matière depuis quinze ans y sont rarement abordés ! Le Bulletin de l'ordre national des médecins affirme, quant à lui (numéro de mai 2000), que 90 % des médecins généralistes n'exercent aucune activité de gynécologie courante (contraception, frottis de dépistage, prévention du cancer du sein, etc.), ce qui laisse les jeunes filles et les femmes qui ne recourent pas régulièrement aux services d'un gynécologue dans un état de sous-information patent. Une meilleure formation, initiale et continue, des médecins généralistes pour aborder, avec leurs patientes de tous âges, la question de la contraception, paraît aujourd'hui indispensable si les pouvoirs publics entendent réellement promouvoir l'information des femmes en ce domaine et contribuer à diminuer le nombre des avortements.

Un dernier problème réside sans doute dans le désintérêt relatif des chercheurs pour la contraception, que complique l'absence de remboursement des produits les plus efficaces. Dans une interview donnée au journal *Libération* en avril 1999, Mme Joëlle Brunerie-Kauffmann tenait ces propos désabusés : *"Aujourd'hui, le problème de la pilule, c'est que cela ne semble concerner plus personne. Aucun chercheur n'y travaille, sauf peut-être le*

professeur Beaulieu avec le RU 486. Les congrès de contraception n'intéressent personne". Certes, les dosages hormonaux de la pilule ont été affinés afin de supprimer les effets secondaires désagréables qui pouvaient conduire à renoncer à cette méthode contraceptive et, depuis quarante ans, des produits nouveaux plus particulièrement adaptés à tel ou tel type de physiologie (pilule séquentielle, minipilule, pilule biphasique, pilule triphasique, micropilule) ou à usage unique (pilule du lendemain tels le NorLevo ou le Tetragynon) ont malgré tout vu le jour. Mais cet avis d'une spécialiste, gynécologue qui fut de tous les combats des femmes luttant pour la reconnaissance de leurs droits, ne peut laisser indifférent.

Si les pouvoirs publics ont peu d'influence directe sur l'état de la recherche, qui pour beaucoup dépend des stratégies économiques et commerciales des grands laboratoires pharmaceutiques privés, il n'en est pas de même de la question du remboursement des méthodes et produits contraceptifs par la sécurité sociale. Or, il apparaît qu'à l'exception particulière du Tetragynon, aucune nouvelle pilule n'est remboursée depuis 1985, ce qui limite à l'évidence l'usage des pilules de la troisième génération, dont on observe qu'elles ne concernent que 37 % des femmes (contre 58 % pour les pilules de deuxième génération). A cet égard, on ne peut que prendre acte des engagements formulés par Mme Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, lors de son audition par votre Délégation, le 10 octobre 2000, dans le cadre de l'examen de la proposition de loi relative à la contraception d'urgence : elle a en effet annoncé que le Comité économique des produits de santé avait entrepris des négociations avec les laboratoires producteurs d'une pilule générique de troisième génération, dont l'autorisation de mise sur le marché devrait intervenir au cours du présent trimestre, pour que son prix de vente soit compatible avec sa prise en charge par la sécurité sociale. On peut en outre rappeler, dans le même ordre d'idées, que le prix de vente du stérilet a été fixé le 29 août 2000 à un maximum de 144 francs, avec un taux de remboursement par la sécurité sociale de 65 % (100 % pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle), ce qui a permis de ramener à 50 francs environ le coût, pour les femmes, de ce moyen contraceptif jusqu'alors pénalisé par son prix.

En tout état de cause, c'est évidemment en faveur d'un **remboursement maximal des produits contraceptifs, voire de leur gratuité totale, qu'il faudrait œuvrer pour promouvoir leur usage le plus large, seul moyen efficace pour parvenir à diminuer sensiblement et durablement le nombre de grossesses non désirées et, partant, celui des recours à l'IVG.**

2. Confirmer le droit à l'IVG

Si l'objectif doit bien être de faire diminuer naturellement le nombre des IVG, il ne saurait en revanche être question de restreindre l'accès à ce droit. Or, le dispositif législatif actuel est toujours contesté par certains, alors même qu'il est loin d'être le plus libéral, en particulier parmi les Etats membres de l'Union européenne. A cet égard, si la France a été parmi les premiers pays, après la Grande-Bretagne, à se doter d'une législation autorisant l'avortement, il convient de relever que la plupart de nos voisins disposent aujourd'hui de textes plus souples que le nôtre, en particulier s'agissant du délai maximal pendant lequel une femme peut demander une IVG pour des motifs non thérapeutiques et de la question de l'autorisation parentale obligatoire pour les mineures.

En ce qui concerne le délai légal, seuls le Danemark et la France le fixent à dix semaines après la conception. En Allemagne et en Belgique, ce délai court jusqu'à la douzième semaine, tandis qu'il est repoussé en Italie au 90^{ème} jour (près de treize semaines) et en Grande-Bretagne au terme de la 24^{ème} semaine de gestation. S'agissant des lois espagnole, néerlandaise et suisse, elles ne comportent aucune indication de délai.

Quant à l'autorisation parentale, si les législations sont plus complexes et assez diverses, on peut observer qu'elle n'est le plus souvent exigée qu'avant l'âge de quatorze ans. Seuls quatre Etats de l'Union européenne la rendent obligatoire pour toute mineure non émancipée, sans dérogation possible : la France et l'Espagne en application du code civil, la Grèce et le Portugal en vertu de la législation sur l'IVG. Dans certains pays, celle-ci n'évoque pas le cas particulier des mineures et les prescriptions générales relatives aux actes médicaux s'y appliquent donc : ainsi, en Allemagne, en Belgique et en Suisse, ces dispositions mettent l'accent sur la "*capacité de discernement*" de la mineure qui, en Allemagne, est systématiquement présumée à partir de seize ans et parfois reconnue avant, qui l'est en Belgique à partir de quatorze ans, et qui est la plupart du temps avérée en Suisse dès que la mineure est enceinte. Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, la loi prévoit qu'à partir de seize ans, tout mineur peut donner son consentement à un traitement médical. Par ailleurs, si les lois danoise, italienne et norvégienne ne permettent pas aux mineures de prendre seules la décision de recourir à l'IVG, divers mécanismes existent pour atténuer cette prescription générale. Ainsi, au Danemark, des commissions *ad hoc*, instituées dans chaque comté pour, notamment, autoriser l'IVG au-delà de la douzième semaine, peuvent décider que l'accord des parents est superflu, voire, dans certains cas, autoriser l'IVG malgré l'opposition parentale. En Italie, lorsque les parents refusent de donner leur consentement, le médecin peut s'en remettre au juge des tutelles qui prend seul une décision insusceptible d'être contestée.

En outre, en cas de danger grave pour la jeune fille enceinte, l'intervention peut être pratiquée sans l'accord des parents et du juge.

Bien que relativement restrictive lorsqu'on la compare à d'autres législations, la loi française fait continuellement, depuis vingt-cinq ans, l'objet de demandes de remise en cause. Si votre Délégation s'interdit naturellement de contester le droit dont disposent nos concitoyens de se regrouper en associations réclamant un retour en arrière sur le plan législatif, de manifester légalement, comme le 22 janvier 1995, pour l'abrogation de la loi Veil, et de soutenir des parlementaires agissant en ce sens, **elle condamne en revanche avec la plus grande énergie toutes les actions illégales entreprises par des commandos dans les années quatre-vingt-dix pour empêcher, par la terreur, les services d'orthogénie de fonctionner ou interdire aux femmes de s'y rendre.** Ces actes délictueux ont, pour être combattus, rendu nécessaire l'insertion, dans le code pénal, du délit d'entrave à l'avortement. Toutefois, il apparaît que cette législation datant de 1993 doit être renforcée et surtout précisée afin que la justice puisse efficacement sanctionner les auteurs de trouble, qui attentent de manière intolérable à la dignité et à la liberté des femmes, et qui menacent leur sécurité tout comme celle des médecins et des personnels soignants (1).

Mais au-delà d'une volonté délibérée, et parfois illégale, de s'opposer au droit à l'IVG, celui-ci reste parfois, sinon lettre morte, du moins difficile d'accès, pour d'autres raisons.

La première tient à l'usage qui est fait de la clause de conscience par certains chefs de services hospitaliers qui, forts de ce droit personnel et inaliénable reconnu à l'ensemble du personnel médical, refusent d'organiser la pratique de l'IVG par leurs équipes, nonobstant la décision du conseil d'administration de l'établissement hospitalier et bien que cette pratique constitue une mission de service public. Cette attitude est évidemment de nature à entraver ladite mission, au détriment de nombreuses femmes qui doivent alors s'éloigner de leur lieu de résidence pour faire usage de leur droit.

Une autre appréciation expansive de la notion de clause de conscience conduit de nombreux médecins à refuser d'orienter leurs patientes vers des confrères qui acceptent, quant à eux, de pratiquer l'IVG. Cette dérive, qui n'est pas acceptable, prive ainsi certaines femmes de leur droit d'accès à l'IVG dans les meilleurs délais.

(1) Votre Rapporteur condamne également les comportements "idéologiques" qui entravent les progrès de la recherche et interdisent la mise à la disposition des femmes de méthodes et de produits abortifs innovants plus sûrs et plus efficaces, tel le RU 486 du professeur Beaulieu, qui aurait pu être développé et mis sur le marché près de vingt ans avant son utilisation effective.

Enfin, un dernier élément, qui n'est certainement pas le moindre, concerne tout simplement le nombre de médecins qui, aujourd'hui, acceptent, en dehors de toute notion de clause de conscience, de pratiquer l'IVG. Il s'agit en effet d'une activité éprouvante, qui n'offre guère de motifs de satisfaction, et, comme telle, relativement méprisée par le corps médical. En outre, les conditions de rémunération - 200 à 400 francs par demi-journée de présence dans le service pour les praticiens contractuels - sont peu attractives. Aussi, les générations de médecins militants, qui ont vécu les difficiles années antérieures et immédiatement postérieures à la loi Veil, ne sont pas remplacées par des praticiens plus jeunes, que rien n'attire dans cette activité. Les conditions d'exercice se dégradent, puisque la demande est toujours aussi forte et que la démographie médicale s'amenuise, les problèmes de désaffection, de lassitude, vont en s'aggravant, réduisant le nombre des volontaires.

Ce problème, relevé par nombre d'intervenants entendus par votre Rapporteur dans le cadre des auditions de la commission des affaires sociales auxquelles elle a été aimablement conviée par Président Jean Delaneau (1), ou dans celui de l'audition organisée par la Délégation (2), conjugué à l'extension contestable de la notion de clause de conscience, affecte la réalité du droit des femmes à l'avortement. Si, malgré les efforts, l'engagement et la conscience professionnelle, qui doivent être chaleureusement salués, de tous les médecins et personnels médicaux qui concourent aujourd'hui au service public de l'IVG, l'accueil se dégrade et les possibilités de rendez-vous pour les entretiens ou les interventions se réduisent, on ne peut s'étonner que ces dernières soient encore assez tardives (elles se concentreraient, pour environ le quart, entre la huitième et la dixième semaine de grossesse), ni qu'un certain nombre de femmes dépassent malheureusement le délai légal.

Il est ainsi manifeste que les pouvoirs publics doivent, à la fois, aborder cette question de la clause de conscience, ce que propose de faire le projet de loi amendé par l'Assemblée nationale, et entendre les professionnels qui réclament davantage de moyens pour exercer au mieux leur activité, au bénéfice des femmes en situation de détresse.

(1) Voir la liste des personnes entendues dans ce cadre, page 67.

(2) Voir le compte rendu de cette audition, pages 71 et suivantes.

II. AIDER TOUTES LES FEMMES À MAÎTRISER LEUR FÉCONDITÉ

La maîtrise de la fécondité n'est pas nécessairement l'apanage exclusif des femmes : dès lors qu'un couple est constitué, elle doit autant que possible faire partie intégrante du projet commun et **impliquer, de manière positive, autant l'homme que la femme**. Cependant, la sexualité est loin de n'être qu'une affaire de couple, et l'on ne saurait ignorer ni celle des adolescents et des jeunes adultes, qui ne s'inscrit pas dans un tel projet, ni le fait que de nombreuses femmes vivent seules. Enfin, même dans les couples stables, la décision peut parfois reposer sur les seules épaules des femmes. Aussi, en dernière analyse, ce sont bien les femmes qui doivent être en priorité aidées, informées, accompagnées et protégées, pour qu'elles puissent toutes user de l'intégralité de leurs droits dans les meilleures conditions.

A cet égard, s'il semble aujourd'hui nécessaire d'adapter les lois de 1967 et de 1975 pour élargir l'accès à la contraception et le recours éventuel à l'IVG, il s'avère tout autant indispensable d'accompagner l'évolution du dispositif normatif par d'autres mesures propres à favoriser la diminution du nombre des IVG en France.

A. ADAPTER LA LOI NEUWIRTH ET LA LOI VEIL

Quelque vingt-cinq ou trente années après leur adoption, les lois Neuwirth et Veil ont fait la preuve de leur utilité, mais aussi de leurs limites au regard de l'évolution tant des mentalités de la société française que des techniques médicales. Certaines de leurs dispositions constituent des freins qu'il convient d'ôter pour atteindre mieux les objectifs qu'elles s'étaient fixés et répondre à des difficultés qu'il paraît légitime de vouloir supprimer.

1. Faciliter l'accès à la contraception

Cet élargissement s'entend de l'offre de contraception comme de la demande : il s'agit de favoriser l'une et l'autre, tout en tenant compte, par ailleurs, de modifications normatives intervenues à l'échelon européen.

a) *La stérilisation*

Le projet de loi a été amendé par l'Assemblée nationale, à l'instigation de sa Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les

hommes et les femmes et de sa Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour autoriser la stérilisation volontaire des hommes et des femmes.

La stérilisation consiste, pour les femmes, en une opération, lourde, de section, ligature ou obstruction des trompes utérines réalisée sous anesthésie générale et, pour les hommes, en une intervention plus légère pratiquée sous anesthésie locale, la vasectomie (ligature ou section des canaux excréteurs des testicules).

Cette méthode de régulation des naissances est aujourd'hui peu développée en France (entre 25 000 et 30 000 personnes y ont recours chaque année, pour l'essentiel des femmes pour qui d'autres méthodes de contraception sont contre-indiquées), contrairement aux pays anglo-saxons, où les taux de stérilisation masculine et féminine dans les couples en âge de procréer vont de 25 % en Grande-Bretagne à près de 45 % au Canada.

Certes, les traditions culturelles latines de notre société l'expliquent. En outre, il s'agit d'un choix réellement délicat à prendre puisque si les techniques médicales autorisent théoriquement la réversibilité, celle-ci est en réalité très aléatoire et ne peut donc être garantie. Dès lors, cette méthode participe le plus souvent d'une décision à caractère définitif, que prennent des individus ou des couples ayant réalisé leur projet parental, donc tardivement dans leur vie féconde.

Enfin et surtout, nul texte dans notre droit n'autorise ou n'interdit explicitement la stérilisation. Les seules références juridiques actuelles sont l'article 222-9 du code pénal qui sanctionne les *"violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente"* et l'article 16-3 du code civil qui ne permet *"de porter atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne"*. La lecture même de ces dispositions permet de constater qu'elles ne sont guère adaptées à une démarche volontaire qui, si elle répond à ce que les intéressés considèrent comme une nécessité personnelle, ne saurait en revanche s'inscrire, la plupart du temps, dans le cadre d'une nécessité médicale.

C'est pourquoi, donnant suite aux prises de position exprimées en 1996 par le Conseil national de l'Ordre des médecins et par le Comité consultatif national d'éthique en faveur de la **stérilisation volontaire comme méthode contraceptive, encadrée par une procédure déontologique visant à garantir la réflexion et le libre choix des patients**, l'Assemblée nationale a inséré dans le code de la santé publique un chapitre nouveau autorisant la stérilisation à visée contraceptive par ligature des trompes ou des canaux déférents.

Les précautions prises pour encadrer cette pratique sont nombreuses et s'apparentent à celles qui entourent l'IVG :

- elle ne peut être mise en œuvre *"que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences"* ;
- l'acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé ;
- une consultation obligatoire auprès d'un médecin doit permettre à celui-ci d'informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention, et de lui remettre un dossier d'information écrit ;
- l'intervention ne peut avoir lieu qu'après un **délai de réflexion de deux mois** après cette consultation et qu'après que la personne concernée a confirmé par écrit sa volonté de la subir ;
- un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive (mais il doit informer l'intéressé(e) de son refus dès la première consultation).

Outre ce dispositif, qui figurerait sous l'article L. 2123-1 nouveau du code de la santé publique, les députés ont inséré un nouvel article L. 2123-2 qui, quant à lui, **prohibe la stérilisation à visée contraceptive sur les personnes mineures et soumet le recours à cette méthode en faveur des personnes handicapées mentales, majeures sous tutelle, à des règles très sévères** quant à son opportunité (*"contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement"*) et au processus de décision (le consentement de la personne concernée doit être systématiquement recherché ; la décision est prise par le juge des tutelles qui se prononce après avoir entendu les parents ou le représentant légal de l'intéressé(e) ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile ; un comité d'experts, composé notamment de personnes qualifiées et de représentants d'associations de handicapés, doit en outre donner au juge un avis sur la justification médicale de l'intervention, sur ses risques et sur ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique).

Votre Délégation approuve ces dispositions comblant un vide juridique qui était préjudiciable au développement d'une technique sûre, susceptible de se substituer à d'autres méthodes contraceptives plus contraignantes et dont les taux d'échec ne sont pas négligeables. Elle considère en outre que cette clarification du droit est importante dans la perspective européenne puisque, jusqu'à présent, la France demeurait l'un des seuls pays au monde à ne pas autoriser la stérilisation volontaire contraceptive. Or, ce décalage avec les législations de nos voisins pouvait conduire à des mouvements comparables à ceux qui préexistaient à la loi Veil en matière d'IVG, parfaitement inégalitaires puisque seuls les plus informés et les plus aisés de nos concitoyens sont en mesure de faire le voyage de Londres ou

d'Amsterdam pour y subir une opération. A cet égard, la campagne publicitaire provocatrice lancée au mois d'août dernier par une fondation britannique pour inciter les Français à franchir la Manche afin de bénéficier d'une vasectomie (1) n'était pas qu'anecdotique et témoignait que la situation actuelle ne pouvait perdurer.

En tout état de cause, votre Délégation estime que le protocole qui devrait être institué par l'article L. 2123-1 du code de la santé publique est de nature à garantir le choix éclairé des personnes intéressées, tandis que les procédures envisagées à l'article L. 2123-2 paraissent correctement protectrices des droits des personnes handicapées, et de nature à répondre aux préoccupations de responsabilité des médecins. Toutefois, elle s'interroge sur la prise en charge par la sécurité sociale de cette méthode contraceptive, qui n'est pas abordée par le texte voté par l'Assemblée nationale mais qui s'avérerait pourtant utile.

b) Le consentement parental

S'agissant de la demande de contraception, l'évolution de notre société semble aujourd'hui pouvoir permettre le "bouclage" de la loi Neuwirth en ce qui concerne la situation des jeunes filles mineures. Dès 1974, celles d'entre elles qui désiraient garder le secret se sont vu ouvrir la possibilité de se faire délivrer dans les centres de planification ou d'éducation familiale, gratuitement et sans accord des parents ou du représentant légal, des moyens ou des produits contraceptifs. Cette dérogation au principe du consentement parental posé par l'article 371-2 du code civil témoignait déjà de la prise de conscience du législateur que la majorité sexuelle peut être antérieure à la majorité civile.

Depuis vingt-cinq ans, cet état de fait s'est naturellement confirmé et il ne paraît plus possible désormais de continuer à subordonner la délivrance par les médecins de contraceptifs hormonaux ou intra-utérins à des mineures au consentement des parents. **Paradoxalement, notre droit exonère de ce consentement des actes bien plus lourds de conséquences auxquels se trouvent parfois confrontées des adolescentes, qui en supportent seules toute la responsabilité, tels l'accouchement sous X et l'abandon de l'enfant ou, au contraire, la reconnaissance de celui-ci et le plein exercice de l'autorité parentale.** Quelles justifications avancer pour, dans le même temps, reconnaître la capacité juridique d'une mineure à choisir d'élever ou non son enfant et la lui refuser pour maîtriser sa fécondité ? Au reste, chacun sait, et de nombreux témoignages en ce sens ont été apportés au cours des auditions, que beaucoup de médecins prescrivent des traitements contraceptifs à des mineures sans autorisation parentale ou au vu d'une "autorisation" qu'ils savent pertinemment falsifiée.

(1) Voir l'article de M. Jean-Yves Nau, in "Le Monde" du mercredi 16 août 2000.

En outre, afin de prévenir une IVG, la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence autorise la prescription de médicaments ayant ce but aux mineures désirant garder le secret. Alors même que votre Délégation a souligné, dans son rapport d'information, la nécessité de faire comprendre que *"la contraception d'urgence ne peut en aucun cas faire office de contraception permanente"*, il lui paraît essentiel et logique de donner aux jeunes filles, et particulièrement à celles dont la situation de détresse avait justifié le dépôt de la proposition de loi, la possibilité de recourir plus facilement à une contraception permanente.

Dans un tel contexte, la disposition du projet de loi qui, sous l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, prévoit explicitement que *"le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal, n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures"* constitue, pour votre Délégation, une mesure importante et bienvenue. **Au-delà de son caractère symbolique pour l'émancipation et la responsabilisation des jeunes filles, elle devrait avoir des conséquences favorables pour la prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes, ce à quoi votre Délégation est particulièrement attachée.**

Reste que, là encore, les réalités économiques sont susceptibles d'atténuer la portée pratique de cet achèvement juridique de la loi Neuwirth. Sauf à être délivrés dans des centres de planification, les contraceptifs ne sont en effet pas gratuits et le souci de garder le secret peut priver des adolescentes de voir leur traitement contraceptif pris en charge par le régime de sécurité sociale de leurs parents. Aussi, à l'instar de ce que le Sénat a fait adopter pour la contraception d'urgence, **vostra Délégation serait favorable à ce que la délivrance aux mineures des contraceptifs hormonaux et intra-utérins s'effectue également à titre gratuit dans les pharmacies.**

c) La prescription médicale

A la faveur de ce projet de loi, le Gouvernement a décidé de rendre la partie du code de la santé publique relative à la contraception conforme à la directive CEE n° 92-26 du 31 mars 1992 concernant la classification en matière de délivrance de médicaments à usage humain. Cette directive exonère de prescription médicale les médicaments qui, notamment, ne sont pas susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale. C'est sur son fondement que, par un arrêté du 27 mai 1999, M. Bernard Kouchner, alors secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, avait, sur proposition du directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et après avis tant de la commission compétente siégeant

auprès de l'Agence que de l'Académie de pharmacie, autorisé la vente libre du NorLevo en pharmacie.

Toutefois, les articles L. 2311-4 et L. 5134-1 du code de la santé publique, directement issus de la loi Neuwirth, soumettent toujours à prescription médicale obligatoire la délivrance de contraceptifs hormonaux. Or, les dosages et conditions d'utilisation des pilules contraceptives ayant considérablement évolué depuis les années soixante, ces produits répondent aujourd'hui à la définition de l'article 3 de la directive : en conséquence, les articles L. 2311-4 et L. 5134-1 du code de la santé publique dérogent au texte européen et doivent être adaptés afin de limiter l'obligation de prescription médicale à la délivrance des seuls contraceptifs intra-utérins qui, eux, ne sont pas visés par la directive européenne.

Ainsi, dans l'immédiat, ce "toiletage" législatif ne change en rien les conditions de délivrance des contraceptifs hormonaux qui, à l'exception du NorLevo, demeurent tous inscrits sur la liste II des substances vénéneuses par l'Agence du médicament et soumis, à ce titre, à l'obligation de prescription médicale. Il n'est cependant pas interdit de penser qu'à l'avenir, certains traitements hormonaux nouveaux pourraient être, du fait de leur innocuité constatée par l'Agence du médicament, inscrits sur la liste I et, dès lors, proposés en vente libre (comme cela existe déjà, par exemple, au Japon).

Or, la rencontre régulière du médecin pour la prescription du traitement contraceptif présente pour la femme de nombreux avantages en matière sanitaire. Les visites médicales sont, en effet, autant d'occasions d'auscultations, de conseils, d'actions de prévention, le praticien devant normalement effectuer les gestes de précaution simples et nécessaires de dépistage de certains cancers (du sein et du col de l'utérus, notamment), informer en matière de prévention (tabac, cholestérol, etc.) ou proposer l'adaptation du traitement à l'évolution de la situation de sa cliente (choix d'une nouvelle pilule, de la pose d'un stérilet, voire désormais de la stérilisation). Ainsi, la perspective d'une suppression, ou à tout le moins d'un espacement, des visites médicales pourrait s'avérer préjudiciable pour la santé des femmes sous traitement contraceptif.

Toutefois, l'absence de prescription médicale signifiant la suppression du remboursement du traitement contraceptif par la sécurité sociale, votre Délégation estime que les femmes ne seraient finalement pas si nombreuses à s'affranchir de l'ordonnance médicale pour se faire délivrer des traitements hormonaux si cela leur devenait juridiquement possible. Dans ces conditions, estimant que ce toiletage juridique du code de la santé publique ne devrait pas faire craindre de conséquences redoutables pour les femmes tant que les contraceptifs hormonaux ne seront pas, tout à la fois, exemptés de prescription

médicale et délivrés gratuitement, votre Délégation n'y émet pas d'avis défavorable.

S'agissant des mineures, la délivrance gratuite des contraceptifs recommandée par votre Délégation n'est pas contradictoire avec cette position. En effet, les contraceptifs hormonaux et intra-utérins étant aujourd'hui toujours soumis à prescription médicale, ils ne pourraient éventuellement être délivrés gratuitement par les pharmaciens que sur la production d'une ordonnance.

2. Elargir l'accès à l'IVG

En matière d'IVG également, l'évolution des techniques a sensiblement modifié la situation depuis vingt-cinq ans. Aussi, à la lumière de ce qui se pratique dans de nombreux pays voisins, il semble possible d'adapter le droit pour faciliter certaines interruptions ou pour diminuer le nombre de celles qui doivent être pratiquées à l'étranger.

a) Le délai légal

Actuellement, le délai légal autorisé pour pratiquer une IVG est fixé à dix semaines de grossesse, soit douze semaines d'aménorrhée, par l'article L. 2212-1 du code de la santé publique. Ce délai est, on l'a vu, l'un des plus courts en Europe, et ceci s'explique sans doute par l'antériorité de la loi française sur la plupart des législations européennes relatives à l'IVG.

Au-delà de ce délai, l'interruption de grossesse peut être pratiquée pour un motif thérapeutique (ITG), c'est-à-dire soit lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit lorsqu'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. Dans ces hypothèses, deux médecins doivent participer à la décision de pratiquer l'intervention (3 000 ITG ont été pratiquées en 1998).

De manière à faire diminuer, d'environ 80 % selon l'exposé des motifs du projet de loi, le nombre des femmes qui dépassent le délai légal de dix semaines et se voient contraintes d'aller avorter à l'étranger ou de poursuivre leur grossesse alors qu'elles ne le désirent pas, le texte soumis à l'examen du Sénat propose d'augmenter le délai de l'IVG de deux semaines. Par ailleurs, l'interruption thérapeutique de grossesse est requalifiée en interruption médicale de grossesse (IMG), sa procédure de prise de décision étant en outre modifiée à cette occasion. Pour votre Délégation, ces deux mesures importantes, qui modifient substantiellement le dispositif actuel, sont étroitement liées.

La fixation du délai de l'IVG à douze semaines de grossesse

Le passage du délai légal de l'IVG à douze semaines de grossesse a suscité beaucoup de controverses et c'est l'un des points sur lesquels les experts et praticiens entendus, tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat, se sont le plus exprimés. Les interventions ont essentiellement abordé la nature de l'acte médical selon le moment où il est pratiqué, l'engagement des équipes médicales et le risque d'eugénisme.

➤ S'agissant de l'acte médical, nombre des personnalités auditionnées ont considéré que sa nature changeait au terme de dix semaines de grossesse. Le développement du fœtus, et notamment son ossification commençante, impliquerait alors, la plupart du temps, la substitution d'une méthode chirurgicale à la technique traditionnelle d'aspiration. Dès lors, l'intervention serait plus délicate et rendrait indispensable une formation spécifique des intervenants ainsi qu'un environnement technique plus complet, propre à parer rapidement à d'éventuelles complications. Ainsi, les IVG effectuées entre dix et douze semaines ne pourraient être abordées de la même manière que les IVG plus précoces, ni par des personnels identiques (sauf à ce qu'ils aient suivi une formation adaptée), ni dans tous les établissements réalisant aujourd'hui des IVG (seules les structures d'accueil intégrées dans des centres hospitaliers étant en mesure de satisfaire aux conditions techniques nécessaires).

Cependant, beaucoup d'experts et de praticiens entendus au cours des auditions ont également soutenu un point de vue rigoureusement contraire, estimant qu'en réalité, peu de différences distinguaient les fœtus entre dix et douze semaines, ni, par conséquent, les manières d'aborder l'interruption de grossesse. Ils ont fait état, à ce sujet, des pratiques étrangères, qui ne révèlent pas des taux de complication sensiblement supérieurs, ce qu'a confirmé pour la France le professeur Michel Tournaire, président du groupe de travail de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) sur l'IVG. Ils ont également insisté sur le fait, reconnu d'ailleurs par l'ensemble des praticiens auditionnés, même les plus réticents à l'allongement du délai, qu'un certain nombre d'IVG étaient d'ores et déjà pratiquées entre dix et douze semaines lorsque les circonstances de détresse de la femme le nécessitaient.

Face à cette controverse d'experts, votre Délégation se trouve démunie : il lui aurait été à l'évidence plus facile de disposer d'une opinion unanime, dans un sens ou dans l'autre. Il lui semble toutefois que, dès lors que notre pays dispose d'équipes et de structures autorisant, dans de bonnes conditions de sécurité, l'interruption de grossesse entre dix et douze semaines, cette discussion technique ne saurait en réalité interférer sur la question de savoir si le dispositif de l'IVG, qui s'appuie sur le postulat d'une décision libre et personnelle de la femme en situation de détresse, peut être étendu jusqu'à la douzième semaine de grossesse. Abordée dans cette optique, la question

appelle alors, selon votre Délégation, une réponse nécessairement positive, propre à supprimer les discriminations qui existent actuellement entre les femmes selon qu'elles ont affaire à des praticiens disposés ou non à contourner la loi ou qu'elles bénéficient ou non de relations et de moyens financiers leur permettant de subir leur IVG à l'étranger.

➤ Au-delà des considérations techniques, l'allongement du délai paraît également susciter des difficultés d'ordre psychologique, voire moral, pour un nombre important de praticiens, qui estiment qu'au-delà de dix semaines, le développement d'un fœtus rend l'interruption de grossesse humainement plus lourde à pratiquer. Plusieurs responsables de centres d'accueil, peu suspects de prise de position "idéologique" compte tenu de leur expérience passée et présente, ont évoqué leurs propres réticences comme celles de leurs collaborateurs, faisant peser la menace d'une diminution accrue du nombre des médecins et personnels volontaires pour effectuer des IVG.

Cette opinion doit être entendue. Elle s'inscrit au demeurant dans le contexte plus large de lassitude et de difficultés professionnelles que rencontrent les équipes médicales des structures d'accueil, notamment dans le secteur public, et qui devraient appeler des réponses adaptées. Pour autant, elle ne saurait non plus condamner l'extension envisagée. D'une part, dans la mesure où cette dernière devrait conduire, selon l'étude d'impact du projet de loi, à environ 4 000 IVG supplémentaires par an pratiquées entre la dixième et la douzième semaine de grossesse, ce qui représente moins de 2 % du nombre total des interruptions effectuées actuellement en France, on peut supposer que cette proportion ne serait pas de nature à décourager les praticiens. D'autre part, on doit rappeler que la loi de 1975 a suscité en son temps des affirmations tout aussi alarmistes, et bien davantage encore passionnelles, qui n'ont en réalité, et heureusement, pas été confirmées dans les faits. Ainsi, le 26 novembre 1974, le jour même où l'Assemblée nationale engageait la discussion du projet de loi défendu par Simone Veil, le Conseil de l'Ordre des médecins avait fait remettre aux députés une lettre par laquelle il les enjoignait, pour "*sauver l'éthique*", de recruter des médecins volontaires dans le cas où la loi serait votée.

Pour éviter ce que le professeur Israël Nisand a qualifié de "*clause de conscience à géométrie variable*", à laquelle seraient susceptibles de recourir certains médecins et personnels médicaux selon que l'intervention aurait lieu avant ou après la dixième semaine, il a été suggéré d'élargir la possibilité de recourir à l'IMG plutôt que d'étendre le délai de l'IVG à douze semaines. Cette solution ouvrirait ainsi au praticien la possibilité de décider, après une expertise et une discussion avec des confrères et des personnalités qualifiées, si l'interruption peut ou non être pratiquée. En elle-même, cette suggestion n'est pas sans intérêt, et votre Délégation sera favorable (voir *infra*) à ce que l'IMG soit désormais abordée dans une perspective plus ouverte, permettant de

tenir compte de la situation psychologique et personnelle de la femme comme critère d'évaluation de son état de santé. Cette proposition souffre toutefois de l'inconvénient majeur, que votre Délégation considère comme dirimant, de ne pas ouvrir aux femmes enceintes de dix à douze semaines le bénéfice de la procédure de l'IVG qui, comme l'indique le terme "volontaire", résulte d'une décision qui leur est exclusivement personnelle, et de les maintenir sous l'emprise d'un pouvoir médical qui, tout bienveillant qu'il soit le plus souvent, n'en est pas moins susceptible de contrarier leur choix.

➤ Certains craignent enfin que, compte tenu des conditions actuelles de surveillance médicale des femmes enceintes, l'allongement du délai ne favorise des comportements "eugénistes". La connaissance du sexe ou la découverte d'anomalies mineures, plus aisées à partir de la dixième semaine de développement du fœtus, seraient susceptibles de conduire des femmes ou des couples à demander une IVG qu'actuellement ils ne peuvent solliciter.

Interrogé à ce sujet par les présidents du Sénat et de l'Assemblée nationale, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a clairement répondu, le 23 novembre dernier, que le risque d'une dérive eugénique, entendue comme *"pratique collective institutionnalisée qui vise à favoriser l'apparition de certains caractères ou à en éliminer d'autres jugés négatifs"* était inexistant. Quant aux comportements individuels, après avoir rappelé que diverses méthodes de diagnostic prénatal permettaient d'ores et déjà, avant la dixième semaine de grossesse, d'avoir connaissance de certaines caractéristiques du fœtus (et notamment de son sexe), le CCNE estime qu'invoquer cette connaissance facilitée ou banalisée pour empêcher la prolongation du délai légal apparaîtrait *"excessif et d'une certaine façon attentatoire à la dignité des femmes et des couples"* et que *"ce serait en effet leur faire injure, et les placer en situation d'accusés potentiels, que de penser que la grossesse est vécue de façon si opportuniste que sa poursuite ou son arrêt ne tiendrait qu'à cette connaissance"*.

Cette opinion a été partagée par l'immense majorité des personnes entendues par les délégations et commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat, certaines ayant en outre relevé que les progrès techniques étaient rapidement susceptibles de déplacer la question avant même le terme de dix semaines de grossesse. Dès lors, votre Délégation considère que celle-ci ne saurait être utilement abordée dans le cadre du présent projet de loi, et qu'en tout état de cause, elle ne peut conduire à rejeter le principe de l'extension du délai légal de l'IVG à la douzième semaine de grossesse.

Le passage à l'interruption "médicale" de grossesse

Parallèlement, le projet de loi modifie à la fois la dénomination et la procédure de l'actuelle interruption "thérapeutique" de grossesse, qui peut être pratiquée à toute époque.

S'agissant de la terminologie, le remplacement de "thérapeutique" par "médicale" a pour intérêt d'adapter précisément la qualification de l'intervention à sa nature réelle, conformément d'ailleurs aux termes actuellement utilisés par les gynécologues obstétriciens.

Quant à la nouvelle procédure, elle renforce la collégialité du processus de décision et prévoit doublement l'intervention de la femme. Ainsi, la décision de pratiquer une IMG ne pourra être prise qu'après que la réalité du péril grave pour la santé de la femme, ou de la forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, aura été appréciée par une commission pluridisciplinaire, composée au moins d'une personne qualifiée, d'un médecin choisi par l'intéressée et d'un médecin responsable de service de gynécologie obstétrique. En outre, la femme concernée ou le couple pourra, à sa demande, être entendu par la commission.

Pour votre Délégation, cette double modification, sémantique et procédurale, n'est pas neutre car elle autorise, s'agissant de l'état de santé de la femme, une appréciation du motif médical beaucoup plus large qu'aujourd'hui, qui serait d'ailleurs davantage conforme aux prescriptions de l'Organisation mondiale de la santé, laquelle définit la santé comme un *"état de bien-être physique, mental et social"*. Entendre la demande de la femme, apprécier sa situation dans sa globalité, tenir compte de réalités personnelles, notamment psychologiques et sociales, qui font de chaque cas individuel un cas d'espèce appelant une réponse particulière, sont autant d'attitudes qu'adoptent régulièrement de nombreux gynécologues obstétriciens sollicités pour une ITG. **Votre Délégation est convaincue que ces attitudes positives, profondément humaines, devraient pouvoir être généralisées grâce à l'IMG.**

Du reste, une telle évolution serait de nature à conforter la décision de prolonger le délai de l'IVG à douze semaines de grossesse. Une des critiques faites à cette mesure consiste à souligner, à juste titre au demeurant, qu'elle ne résout pas la situation de toutes les femmes qui dépassent actuellement le délai de dix semaines puisqu'en effet, elles sont plusieurs centaines chaque année à se faire avorter à l'étranger au-delà de la douzième semaine. Qu'en sera-t-il de ces femmes une fois le projet de loi adopté ? Certains ont suggéré qu'à l'instar de certains pays voisins, aucune limite ne soit imposée jusqu'au seuil de viabilité du fœtus, estimé aujourd'hui à entre vingt-deux et vingt-quatre semaines d'aménorrhée. Si cette proposition parachèverait l'application du concept même de droit à l'IVG, il n'est toutefois pas douteux qu'elle susciterait des réticences telles qu'elle aurait peu de chances d'aboutir. D'autres ont estimé, parfois pour le regretter, parfois pour s'en féliciter, que cette loi n'était qu'une étape, et que l'évolution des mentalités comme celle des techniques médicales appelleraient un jour un nouvel allongement du délai légal.

Votre Délégation, quant à elle, se reporte aux propos tenus par le professeur Israël Nisand lors de son audition, le 20 décembre 2000, par la commission des affaires sociales du Sénat, selon lesquels la fixation du délai légal procédait d'un arbitrage entre le droit des femmes, le droit des médecins et le droit des fœtus : elle estime qu'avec ce texte, et pour autant que le corps médical saura, grâce à une utilisation attentionnée de l'IMG, apporter une solution adaptée aux femmes qui resteront hors du nouveau délai de douze semaines de grossesse, l'arbitrage paraît équitable et conforme à l'état actuel de la société. C'est pourquoi elle y est favorable, même si, comme tout compromis, il n'est pas absolument satisfaisant au plan des principes. Il ne l'est ni pour les défenseurs les plus ardents du droit des femmes à recourir librement, à tout moment, à l'IVG, ni pour les personnes convaincues que l'achèvement de la dixième semaine de grossesse constitue une étape particulière qui justifie que l'avis du corps médical conditionne la mise en œuvre du choix des intéressées.

b) La situation des mineures

La seconde modification majeure apportée par le projet de loi au dispositif actuel de la loi Veil concerne la situation des mineures. Actuellement, pour permettre à une mineure célibataire de bénéficier de l'IVG, l'article L. 2212-7 du code de la santé publique exige le consentement de l'une des personnes qui exercent l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal. Cette disposition trouve sa légitimité dans la nécessité de favoriser un dialogue entre l'adolescente et ses parents à l'occasion de sa grossesse : si ce dialogue existe heureusement dans la plupart des cas, il peut aussi être noué pour la première fois dans cette circonstance, et déboucher sur l'acceptation de la sexualité de la jeune fille, et de sa contraception.

Ainsi, le principe de l'assentiment parental ne saurait être remis en cause, tant il est vrai que la responsabilité de la poursuite de la grossesse, ou de son interruption, sera plus aisément assumée par l'adolescente si elle reçoit le soutien de ses parents. Cependant, la législation actuelle présuppose que ce soutien est toujours acquis. Elle ne prévoit en effet aucune alternative à l'impossibilité d'obtenir, voire simplement de solliciter, le consentement parental. Cette rigidité peut être dramatique pour les jeunes filles issues de familles déniaut, notamment pour des raisons culturelles, leur sexualité, voire victimes de violences familiales, ou dont les parents sont absents.

Pour y parer, les médecins, dans certains cas, se contentent d'un accord parental à l'authenticité douteuse, engageant alors leur propre responsabilité. Dans d'autres, ils sollicitent l'accord du juge des enfants qui, aux termes de l'article 375 du code civil, peut intervenir lorsqu'il existe un danger pour la santé, la sécurité et la moralité d'un mineur non émancipé. Cette solution, toutefois, n'est pas toujours satisfaisante, puisque les juges eux-

mêmes sont réticents à se substituer directement aux parents pour autoriser l'IVG, que leur décision dépend de leurs principes moraux personnels et est donc très variable, et qu'en tout état de cause, ils sont juridiquement tenus, avant de la prendre, d'entendre les parents de la jeune fille : or, c'est précisément l'information des parents qui est parfois susceptible de mettre l'adolescente en situation de crise familiale grave. Il est enfin des praticiens qui adressent l'intéressée à une association ou l'orientent directement vers une clinique étrangère : mais là encore, le problème de fond n'est pas correctement résolu.

Aussi, pour régler de manière satisfaisante les quelques centaines de cas dramatiques qui se posent chaque année, il paraît aujourd'hui indispensable d'aménager le principe de l'autorisation parentale en lui faisant perdre son caractère absolu dès lors que la jeune fille mineure confirme le souhait de conserver le secret. Outre son intérêt pratique, une telle modification présenterait l'avantage de la cohérence juridique puisqu'actuellement, une mineure non émancipée peut déjà décider seule d'accoucher sous X, d'abandonner son enfant ou de le reconnaître. **Tout en maintenant le principe du consentement parental, préférable en toute hypothèse, la procédure envisagée par le projet de loi garantit une écoute approfondie de l'adolescente, un accompagnement attentif par des professionnels, la recherche active d'une solution dans le cadre familial et, à défaut, le soutien personnalisé par un adulte référent choisi par la jeune fille, afin qu'elle ne soit pas laissée seule face à sa décision.**

Ainsi, l'intéressée devra obligatoirement consulter une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un organisme agréé. Cette consultation comportera un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à sa situation lui seront apportés. A cette occasion, il est présumé qu'en l'absence de consentement parental, le professionnel devra s'efforcer d'obtenir l'accord de la mineure pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés. Mais si la jeune fille exprime le désir de garder le secret à l'égard de ces personnes, elle devra être conseillée sur le choix d'une personne majeure susceptible de l'accompagner dans sa démarche. En tout état de cause, l'organisme dans lequel aura eu lieu la consultation devra lui délivrer une attestation, afin que le médecin soit assuré que la consultation a bien eu lieu.

Le médecin ne pourra pratiquer l'intervention que sur la production du consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal, joint à la demande qui lui sera présentée, en dehors de la présence de toute autre personne, par l'adolescente. Si celle-ci désire garder le secret, le

médecin devra s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés, ou vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien visé ci-dessus. Si la mineure confirme alors sa volonté de maintenir le secret, ou si le consentement n'est pas obtenu, elle devra se faire accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Enfin, après l'intervention, une seconde consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, lui sera obligatoirement proposée.

Pour votre Délégation, un tel dispositif semble de nature, dans l'intérêt même des adolescentes qui ne bénéficient pas de l'écoute naturelle de leur milieu familial, à continuer de leur permettre de rechercher activement, avec l'aide de professionnels, l'établissement d'un dialogue avec leurs parents. Mais lorsque celui-ci est réellement impossible, et pour ne pas aggraver leur détresse, alors le nouveau texte leur offre désormais la possibilité, dans une responsabilité qui leur est propre mais avec l'aide d'un adulte qui les soutiendra, de bénéficier d'une IVG. Cette solution évite également de placer les médecins devant des responsabilités qu'ils n'ont aucune raison d'assumer, ou de faire appel à l'institution judiciaire, dont l'intervention n'est pas nécessairement la plus adaptée en ce genre de circonstance.

Cette procédure, cependant, n'est pas exempte de lacunes, et votre Délégation estime nécessaire d'en préciser deux termes pour en garantir l'efficacité. Tout d'abord, comme plusieurs personnalités entendues par la commission des affaires sociales du Sénat l'ont relevé, la suppression de l'autorisation parentale rendrait hasardeuse la possibilité de pratiquer une IVG sous anesthésie, cet acte médical exigeant un tel accord préalable. Certes, la rédaction du nouvel article L. 2212-7 du code de la santé publique a été précisée au cours de la discussion à l'Assemblée nationale par une formule prévoyant que les soins qui sont liés à l'IVG pourront être pratiqués à la demande de la mineure ayant désiré garder le secret. Il n'est toutefois pas certain que cette formule soit suffisante, si un problème survenait à l'occasion de l'interruption de grossesse, pour exonérer de leur responsabilité à l'égard des parents les médecins anesthésistes, les praticiens et les responsables de l'établissement d'intervention. Aussi semblerait-il souhaitable d'approfondir davantage cette question d'une grande complexité juridique.

Il serait aussi nécessaire de le faire en ce qui concerne l'adulte référent. Le problème de sa responsabilité a également été abordé par les députés lors de leurs débats, et il a été convenu avec le Gouvernement que la navette parlementaire devrait conduire à préciser juridiquement que cet adulte, qui accompagne la mineure mais ne partage pas avec elle la décision de demander une IVG, ne saurait en aucun cas voir sa responsabilité civile ou pénale susceptible d'être engagée en quelque façon. En outre, certains se sont interrogés sur la qualité de cet adulte, observant qu'il serait préférable d'éviter

d'impliquer les professionnels accueillant, à un titre ou à un autre, la mineure : le médecin, la conseillère conjugale, l'infirmière, etc.

Ces deux précisions paraissent indispensables à votre Délégation pour que le dispositif puisse être mis en œuvre correctement au bénéfice des jeunes filles les plus vulnérables.

On doit enfin ajouter que l'article 15 du projet de loi permet de garantir leur anonymat en ce qui concerne la prise en charge financière de leur IVG. Il aurait en effet été irrationnel que le régime de sécurité sociale des parents, dont dépend en principe la mineure non émancipée, soit sollicité à cette occasion, au risque d'attenter au secret que celle-ci a pourtant expressément souhaité. C'est pourquoi l'intégralité des dépenses exposées à l'occasion de telles IVG sera prise en charge par l'Etat et les procédures de prise en charge devront respecter l'anonymat de ces jeunes filles.

c) Les autres modifications apportées à la loi Veil

Au-delà de ces deux modifications essentielles de la loi Veil - allongement du délai légal et assouplissement de l'exigence du consentement parental pour les mineures -, le projet de loi apporte trois autres séries d'améliorations à la procédure actuelle, que votre Délégation approuve.

➤ La première série participe d'une logique de responsabilité et de dignité des femmes à laquelle votre Délégation est particulièrement attachée, et concerne l'entretien médical et la consultation sociale. Pour que les choix de la femme soient éclairés, il est évidemment nécessaire qu'elle soit correctement informée par un praticien sur l'IVG, sur les méthodes d'intervention, sur les risques éventuels et les effets secondaires potentiels : mais elle doit l'être comme la patiente majeure qu'elle est, libre d'user d'un droit qui lui est reconnu en propre par la loi, dans une relation d'équilibre et de respect confiants avec le médecin. De même, s'il n'est pas contestable qu'un certain nombre de femmes peuvent avoir tout intérêt, compte tenu de leur situation personnelle, à bénéficier d'une consultation sociale avec une personne compétente pour les assister, il est tout aussi incontestable qu'une majorité d'entre elles sont parfaitement en mesure de s'en dispenser : il est par conséquent nécessaire de substituer en la matière un principe de liberté à un principe de contrainte.

S'agissant de l'entretien médical, prévu par l'article L. 2212-3 du code de la santé publique, le projet de loi s'attache à ne prévoir que la délivrance, par le praticien, d'informations médicales pratiques, objectives et neutres, insusceptibles d'être assorties de connotations morales culpabilisantes pour la femme. Ainsi, l'accent n'est plus délibérément mis sur des "*risques médicaux encourus pour elle-même ou pour ses maternités futures*", ni sur la "*gravité*

biologique" de l'intervention qu'elle sollicite : le médecin doit simplement informer sa patiente des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels. De même, le dossier-guide remis à la femme ne doit plus comporter, puisqu'il ne s'agit en aucune façon d'informations à caractère médical, ni 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, ni la liste et les adresses des organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux intéressées.

Quant à la consultation sociale, le texte en supprime tout d'abord le caractère obligatoire pour les femmes majeures (mais, on l'a vu, pas pour les femmes mineures non émancipées), reconnaissant ainsi qu'elles peuvent parfaitement ne pas avoir toutes besoin d'une assistance. Cette disposition devrait ainsi éviter à nombre d'entre elles d'être contraintes, comme aujourd'hui, à subir une formalité qu'elles considèrent comme inutile, et qui présente en outre souvent l'inconvénient, compte tenu des nécessités d'obtenir un rendez-vous, d'allonger la procédure au risque de dépasser certains délais. On peut de plus observer qu'en limitant l'entretien social aux seules femmes qui en éprouvent le besoin, les professionnels concernés disposeront de davantage de temps à leur consacrer.

Par ailleurs, le nouveau texte de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique abroge toutes les dispositions qui conféraient à l'entretien la mission particulière d'encourager la femme à garder son enfant. Votre Délégation est naturellement favorable à ce que cette hypothèse soit abordée, par les professionnels concernés, dans le cadre des "*conseils appropriés à sa situation*" qu'ils délivrent à l'intéressée, mais elle considère qu'il ne s'agit pas d'un objectif prioritaire que la loi doit mentionner. La conscience professionnelle des conseillères conjugales et des personnes qualifiées qui œuvrent dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, dans les centres de planification ou d'éducation familiale, dans les services sociaux ou dans les autres centres agréés, doit suffire à apprécier, au cas par cas, dans quelle mesure il paraît judicieux d'explorer cette voie avec une attention particulière.

Votre Délégation tient à souligner, à ce propos, l'extraordinaire travail accompli par ces professionnels, qui devrait davantage être soutenu par les pouvoirs publics. Tout en se félicitant de la reconnaissance *de jure* apportée par la loi à l'existence et à l'implication des conseillères conjugales, elle estime qu'elle devrait être accompagnée *de facto* par un réel statut et par un renforcement de leurs moyens.

➤ La deuxième série d'améliorations législatives concerne les médecins, et plus spécifiquement la clause de conscience qui leur est reconnue par l'article L. 2212-8 du code de la santé publique.

Si le projet de loi confirme naturellement ce droit personnel, inaliénable et absolu des médecins - et de l'ensemble du personnel médical -, il s'attache à ce que son exercice ne pénalise pas les femmes qui demandent à bénéficier d'une IVG. Ainsi, les praticiens qui entendent l'invoquer devront en avertir "*sans délai*" leur patiente et "*lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention*".

En outre, il ne sera désormais plus possible pour le chef du service d'un hôpital public auquel le conseil d'administration aura décidé de confier l'organisation de la pratique de l'IVG d'exciper de sa clause de conscience pour refuser d'assumer ses responsabilités administratives et s'opposer à ce que ses collaborateurs effectuent des interruptions. Sans les pratiquer lui-même, il devra concourir au bon exercice de cette mission de service public en exerçant sa fonction de chef de service.

➤ La troisième série prend acte des évolutions récentes et à venir de la pratique de l'IVG afin de favoriser, dès que cela est possible, les alternatives à l'hospitalisation.

Actuellement, l'article L. 2212-2 du code de la santé publique prévoit que l'IVG ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, satisfaisant à certaines conditions administratives et médicales. Cette disposition avait naturellement pour objet, à une époque où l'avortement médicamenteux n'existait pas, de garantir une prise en charge médicale des femmes assortie du maximum de sécurité sanitaire. Mais, depuis vingt ans, des progrès considérables ont été accomplis en la matière, avec notamment, depuis quelques années, l'utilisation régulière et parfaitement maîtrisée du RU 486 et d'autres molécules.

Dans une recommandation d'experts publiée en février 2000, l'ANAES détaille les protocoles habituellement applicables selon les périodes gestationnelles. L'agence indique ainsi que jusqu'à cinq semaines de grossesse, la méthode médicale, c'est-à-dire médicamenteuse, constitue la référence, recommandant même de ne pas pratiquer d'aspiration utérine avant le premier mois. Ultérieurement, l'usage de médicaments pour favoriser la dilatation du col de l'utérus, et faciliter ainsi l'intervention chirurgicale, est également prescrit. En tout état de cause, cette évolution des procédés médicaux rend désormais techniquement possible l'IVG en médecine ambulatoire au cours des cinq premières semaines de grossesse, ce qui présenterait, sous réserve qu'un certain nombre de précautions soient prises pour les cas, extrêmement rares, de complications, de nombreux avantages pour les femmes. Eviter l'hospitalisation systématique permettrait en effet d'accélérer les procédures et,

davantage encore qu'aujourd'hui, de pratiquer des IVG précoces, qui sont moins pénibles physiquement et psychologiquement et qui minimisent les risques sanitaires. Cela renforcerait également la personnalisation du contact entre le praticien et sa patiente, et donc la prise en charge de celle-ci. Enfin, le désengorgement de certains services et centres d'accueil qui en résulterait favoriserait à l'évidence un accueil plus rapide des femmes dont la grossesse dépasse cinq semaines, ce qui contribuerait à diminuer le nombre de celles subissant leur intervention entre la dixième et la douzième semaine faute d'avoir pu être accueillies plus tôt.

C'est pourquoi le projet de loi fixe un cadre légal à l'IVG pratiquée en médecine ambulatoire en prévoyant qu'une convention devra être conclue entre le praticien et un établissement autorisé à pratiquer les IVG, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pour que des dispositions de sécurité maximale entourent cette pratique nouvelle. Selon les avis autorisés, et compte tenu de l'état actuel des techniques, celle-ci pourrait d'ores et déjà concerner près du tiers des IVG. **C'est pourquoi votre Délégation est favorable à sa mise en œuvre et à son développement.**

A cet égard, elle s'inquiète de la rédaction du nouvel article L. 2222-4 du code de la santé publique, créé par l'article 11 *bis* du projet de loi qui procède, dans le même temps, à l'abrogation de l'article 223-12 du code pénal. En effet, le simple transfert du code pénal au code de la santé publique des dispositions punissant le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même risque, en l'état, d'interdire le recours aux techniques ambulatoires d'IVG. Aussi paraît-il absolument indispensable de préciser que ne sont pas visés par cet article L. 2222-4 les traitements délivrés par des praticiens dans le cadre des conventions qu'ils concluent avec les établissements d'IVG.

➤ Pour achever cet examen des dispositions du projet de loi relatives à l'IVG, votre Délégation souhaite mentionner les trois mesures à caractère pénal qui lui paraissent les plus importantes.

La première consiste en l'abrogation des dispositions qui prohibent l'incitation à l'IVG. Bien que tombées en désuétude, ces dispositions, qui figuraient dans le code de la santé publique et dans un décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française, constituent une menace pour l'action des structures et associations accompagnant les femmes dans leurs démarches d'IVG. Il n'est pas rationnel de prévoir que celles-ci peuvent être entendues et conseillées, notamment sur les méthodes utilisées et sur les lieux dans lesquels sont réalisées les interventions, par des professionnels et des militants compétents et, dans le même temps, conserver dans notre arsenal législatif des dispositions qui incriminent cette information. En outre, sur le plan des principes, de telles mesures sont choquantes en ce qu'elles suggèrent

que l'IVG est répréhensible, ou à tout le moins tout juste tolérée, puisqu'il est interdit d'en parler. Or, l'IVG est un droit des femmes, reconnu par la loi. **C'est à ce double titre que votre Délégation se félicite que soient supprimées les sanctions pénales ci-dessus évoquées.**

Dans le même ordre d'idée, et pour des raisons strictement identiques, elle approuve pleinement les dispositions tendant à renforcer le délit d'entrave à la pratique légale des IVG. Outre l'aggravation du quantum de l'amende maximale, qui passe à 200 000 francs, les députés ont apporté au texte actuel de l'article 2223-2 du code de la santé publique plusieurs précisions qui devraient interdire aux personnes coupables de tels actes d'échapper aux sanctions qu'elles encourent. Sont ainsi incriminés le fait de perturber *"de quelque manière que ce soit"*, donc même sans violence apparente, l'accès aux établissements où sont pratiquées des IVG, le fait de perturber *"les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux"*, le fait *"d'exercer des pressions morales et psychologiques"* à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux des établissements et des femmes venues y subir une IVG, et enfin le fait d'exercer ces pressions, des menaces ou tout actes d'intimidation à l'encontre *"de l'entourage"* de ces femmes. Votre Délégation se demande si, pour parfaire le dispositif, il ne serait pas également nécessaire de sanctionner l'exercice de pressions, menaces et actes d'intimidation à l'encontre de l'entourage des personnels médicaux et non médicaux.

Enfin, de manière salubre, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rendant impossible la condamnation de la femme pour complicité de son auto-avortement. Les conditions de détresse extrême qui, aujourd'hui, dans notre pays, peuvent éventuellement donner lieu à cet acte, parfaitement regrettable au demeurant, sont telles qu'il ne paraît pas possible d'y ajouter par des sanctions. Au contraire, c'est une prise en charge de ces femmes, une aide psychologique et sociale, qu'il conviendrait d'envisager, pour à la fois réparer ce qui a nécessairement été brisé et permettre d'éviter d'autres drames.

B. GARANTIR L'EFFICACITÉ DES AVANCÉES LÉGISLATIVES PAR DES MOYENS SUPPLÉMENTAIRES ET DES INITIATIVES NOUVELLES

Pour votre Délégation, les dispositions du présent projet de loi sont incontestablement de nature à affermir le droit des femmes à maîtriser leur fécondité. **Toutefois, il est impératif d'accompagner ces avancées législatives par des moyens.** A cet égard, un engagement plus prononcé des pouvoirs publics en faveur d'une véritable politique de la contraception paraît nécessaire, de même qu'un renforcement des dispositifs d'accueil des femmes qui demandent une IVG.

1. Favoriser une véritable politique de la contraception

Notre pays doit se doter d'une politique favorisant dans les faits l'accès de toutes les femmes aux méthodes et moyens contraceptifs adaptés à leur situation. Le problème révélé par l'importance du nombre des IVG (tout particulièrement des mineures) trouve ses racines dans la méconnaissance qu'ont les femmes, d'abord de leur corps et de leurs droits, ensuite de ce que sont la contraception, ses méthodes, ses effets. Or, plus cette méconnaissance est palliée tôt, plus la sexualité des filles leur appartient, et plus la lutte contre les grossesses non-désirées est efficace. Dans cette perspective, il convient de promouvoir activement l'information des français et des françaises, et particulièrement des jeunes, une implication plus grande des médecins, conditionnée par une réflexion sur leur formation, et enfin une reprise de la recherche en la matière.

a) Une amélioration de l'information des Français

Pour être efficace, l'information de nos concitoyens doit passer, concurremment, par plusieurs voies.

➤ Il convient en premier lieu de toucher le "grand public" et, à cet égard, autant les hommes que les femmes. L'année dernière, une vaste campagne d'information sur la contraception a ainsi été menée par le Gouvernement. Elle avait pour objectifs de réaffirmer l'importance de la contraception en l'associant à des valeurs "positives" (liberté, protection, responsabilité), sans culpabiliser les femmes en "échec de contraception", de lever les freins à l'utilisation de la contraception liés à certaines peurs ou *a priori* non fondés, d'améliorer et de développer l'information sur les différents moyens existants sans promouvoir telle ou telle méthode afin de favoriser les choix individuels, et enfin de permettre une meilleure connaissance des lieux, structures et points d'accueil où il est possible de se procurer l'information ou un moyen contraceptif.

Avec pour cibles privilégiées les populations les plus vulnérables que sont les jeunes, les femmes en difficulté d'insertion sociale ou économique et les populations françaises d'outre-mer, la campagne avait pour message essentiel que, la contraception étant désormais une évidence, seul importait le choix, parmi la large gamme des méthodes et produits aujourd'hui disponibles, du moyen adapté à chaque situation. Une déclinaison a été spécialement adaptée aux départements d'outre-mer (DOM), compte tenu du déficit majeur d'information sur la contraception dans ces départements.

Dotée d'un budget de 24 millions de francs, cette campagne comportait des actions médias (spots télévisés et radiophoniques et parutions dans la presse magazine féminine et pour jeunes) et des dispositifs hors médias

(une plate-forme téléphonique, des affichettes pour les professionnels de santé et qui pouvaient être apposées dans les locaux associatifs, les collèges et lycées, les services hospitaliers et de protection maternelle et infantile, les centres sociaux et les pharmacies, ainsi qu'un guide de poche sur la contraception diffusé à 12 millions d'exemplaires, dont 5 millions aux élèves de 3^{ème} et aux lycéens). Elle était relayée par l'organisation de plus d'un millier d'initiatives locales et d'actions de proximité, au caractère innovant et original en ce qui concernait tant leur public-cible (jeunes, gens du voyage, détenues...) que leur adaptation à ces publics (théâtre-forum interactif, jeux de société, concours d'affiches, ...).

Selon les pouvoirs publics, la campagne aurait partiellement atteint son but, en "*créant un bon bruit de fond sur la contraception*". Le post-test réalisé par l'institut BVA aurait ainsi démontré la bonne visibilité d'ensemble de la campagne médias et son fort taux de mémorisation : 40 % des français interrogés (60 % chez les 15-25 ans et dans les DOM) ont déclaré avoir vu, lu ou entendu la campagne, les films ont été jugés utiles par 91 % d'entre eux, compréhensibles par 81 % et informatifs par 76 %. L'avis des experts et des responsables associatifs a été cependant plus réservé, et ils ont demandé tout à la fois une plus grande implication des professionnels de santé et un renforcement du dispositif informatif à plus long terme.

Aussi, cette campagne va être reconduite cette année (rediffusion des spots télévisés, réédition du guide de poche et poursuite de la valorisation et du soutien aux actions locales). Au reste, le Premier ministre, conscient de la nécessité de réitérer année après année l'information sur la contraception, notamment pour qu'elle puisse toucher les nouvelles générations d'adolescents, a accepté le principe d'une campagne régulière. **Votre Délégation se félicite de cet engagement, car elle estime que le renforcement répété des messages constitue le meilleur moyen d'attirer progressivement l'attention de tous sur ce sujet essentiel.** En outre, elle le pense de nature à favoriser l'ouverture d'espaces de discussion dans les familles et dans d'autres cercles propices au dialogue, qui pourront utilement contribuer à une prise de conscience collective de l'importance de la contraception.

➤ Parmi ces cercles propices au dialogue, on trouve naturellement les réseaux amicaux d'adolescents, lieux de nombreux apprentissages. Malheureusement, faute d'une formation suffisante pour être à même de comprendre et de faire des tris, des demi-vérités, voire d'absolus contresens, tiennent parfois lieu de certitudes et conduisent à de bien regrettables conséquences. Aussi paraît-il indispensable de renforcer l'éducation à la santé et à la sexualité des garçons et des filles dans les établissements scolaires.

Depuis 1996, des séquences d'éducation à la sexualité d'au moins deux heures sont prévues dans les programmes des élèves de 4^{ème} et de 3^{ème}.

Elles s'intègrent dans le cadre des rencontres éducatives sur la santé qui, réparties sur 30 à 40 heures obligatoires pour les quatre années du collège, ont pour ambition de développer les liens entre les notions scientifiques apportées par les enseignements et la vie quotidienne des élèves. Or, aujourd'hui, à peine plus du tiers des collèges auraient mis en place ces séquences d'enseignement. Un bilan complet réalisé par le ministère de l'éducation nationale devrait être rendu public, avant la fin du mois de janvier 2001, pour apprécier la réalité de cette information. En tout état de cause, votre Délégation tient à souligner l'intérêt qu'il y aurait à ce que tous les établissements favorisent ces séquences d'enseignement, en renforçant notamment l'intérêt pour les élèves par la participation de personnes ressources extérieures au milieu scolaire et exerçant leur activité professionnelle dans le domaine de la contraception, de l'obstétrique, etc.

Pour les aider dans leur enseignement, les personnels disposent aujourd'hui d'un guide pédagogique intitulé *"Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie"*, ainsi que d'une mallette pédagogique destinée aux professionnels de santé et aux enseignants des classes de 3^{ème} et de 4^{ème} concernés par l'éducation à la sexualité, intitulée *"Bonheur d'aimer"*. Un comité d'utilisateurs, composé d'élèves et d'enseignants, devrait être chargé d'améliorer cet outil distribué dans tous les collèges afin, notamment, de permettre son adaptation au public des lycéens pour la rentrée de 2001.

Au-delà de cet enseignement, votre Délégation confirme son souhait de voir correctement appliquée l'instruction du 28 septembre 2000 du ministre de l'éducation nationale qui, outre le dispositif d'aide et d'accès à la contraception d'urgence, met en place des mécanismes permanents de conseil et d'orientation des élèves en matière de contraception. A ce titre, un groupe de pilotage académique, placé sous la responsabilité du recteur, est chargé, en relation avec la direction régionale de l'action sanitaire et sociale et la délégation régionale aux droits des femmes, de mettre en œuvre une politique d'éducation à la sexualité. En outre, l'inspection d'académie, en liaison avec la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et le conseil général, doit établir et communiquer aux établissements scolaires la liste des centres de planification familiale, des médecins travaillant avec ces centres et de toutes les ressources hospitalières et sanitaires disponibles dans le département.

Cette formation des jeunes à la sexualité et à la contraception doit être abordée par les responsables des établissements scolaires comme participant pleinement de leur mission éducative. A ce titre, la nouvelle obligation légale, posée par l'article 16 *bis* du projet de loi, de dispenser une information et une éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins trois séances annuelles, est particulièrement opportune. Indispensables pour engager durablement la diminution du nombre des grossesses non désirées par une meilleure formation des jeunes filles, ces séances devront être aussi un

vecteur de responsabilisation des garçons pour qu'à travers elles, ils prennent conscience de leurs responsabilités propres en matière de contraception et de prévention des grossesses non désirées.

b) Une implication plus forte des médecins

En matière d'information des femmes sur la contraception, ses méthodes, ses moyens et ses effets, il est une troisième voie qu'il conviendrait de renforcer : le rôle pédagogique des médecins eux-mêmes. Au dire des spécialistes, en effet, la situation actuelle n'est guère satisfaisante. Il a été rappelé ci-dessus que, dans son évaluation de la campagne d'information 2000 en faveur de la contraception, réalisée au nom de l'INSERM, Mme Nathalie Bajos estimait indispensable que les professionnels de santé consacrent davantage de temps à l'information de leurs patientes sur la contraception, et soient mieux formés pour aborder le sujet avec elles. Ce constat rejoint un certain nombre de préoccupations exprimées par voie de presse ou au cours des auditions préparatoires à l'examen de ce projet de loi, selon lesquelles l'enseignement en faculté de médecine n'attache pas suffisamment d'importance à cet aspect préventif, ni les médecins généralistes à favoriser un dialogue sur ce sujet avec leurs patientes.

Or, il est tout à fait indispensable qu'il ait lieu : la relation de confiance existant entre la femme et son praticien est favorable à la délivrance de conseils sanitaires et renforce aussi, en le complétant, l'effet des campagnes publiques d'information. Il est également nécessaire que ce dialogue soit renouvelé régulièrement, car avec le temps changent et les techniques contraceptives proposées, et les comportements des intéressées.

Mais parce qu'elle relève de la sexualité et de l'intime, cette question, il est vrai, n'est pas toujours très facile à aborder par les médecins généralistes, lorsqu'ils ne sont pas en situation de réponse à une interrogation explicite de leurs patientes. Aussi est-il nécessaire au cours de leurs études, en même temps que de leur rappeler leur rôle essentiel en matière de prévention, de les former à mener avec leur patientes un dialogue confiant et fructueux sur ce sujet.

Votre Délégation souhaite par ailleurs que les engagements pris l'an dernier par Mme Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, en faveur de la restauration de la filière des gynécologues médicaux, soient enfin mis en œuvre. Elle considère en effet que cette spécialité doit être encouragée, compte tenu de l'importance qu'elle représente pour le développement de la prévention des grossesses non désirées et de l'information en matière de contraception.

c) Une reprise de la recherche

Quarante ans après la mise au point de l'Enovid, la première pilule contraceptive, de nombreux progrès ont été accomplis pour améliorer l'efficacité de la pilule tout en diminuant, jusqu'à en éliminer la presque totalité, les effets secondaires dangereux ou simplement désagréables qui pouvaient en accompagner l'utilisation régulière. Mais si les dosages hormonaux ont été affinés, nul progrès patent, à l'exception de la pilule du lendemain, n'a réellement été observé sur la période en ce qui concerne cette méthode. Elle reste contraignante puisqu'un simple oubli peut toujours compromettre l'effet. En outre, elle est difficilement supportable sur toute une vie féconde, qui dure entre trente et quarante ans.

Il semblerait qu'aujourd'hui, peu de recherches destinées à libérer la femme, et pourquoi pas, l'homme, de cette obligation de se soumettre à un traitement permanent, soient en cours. Or, des méthodes immunologiques seraient notamment de nature à faciliter un recours encore plus large à la contraception. C'est pourquoi votre Délégation serait favorable à ce que des incitations publiques soient envisagées pour promouvoir une reprise de la recherche en la matière.

En outre, et au-delà de ces progrès souhaitables, il conviendra de vérifier que les conditions économiques du recours au progrès technique ne sont pas sources de discrimination et d'exclusion. L'expérience de la mise sur le marché des pilules de la troisième génération est à cet égard inquiétante, et si la perspective de la diffusion prochaine de génériques, correctement remboursés par la sécurité sociale, permet d'espérer une rapide amélioration, on peut craindre cependant le même phénomène à l'avenir, avec d'autres produits. Or, votre Délégation se doit de rappeler qu'une prise en charge quasi totale par la collectivité du coût de la contraception peut générer une économie, si cette gratuité pour les utilisatrices permet d'éviter des grossesses non désirées. Aux coûts directs du remboursement des IVG par la sécurité sociale s'ajoute un coût psychologique que supporte également la collectivité, et **une contraception largement utilisée et maîtrisée diminuerait nécessairement l'ensemble de ces charges.**

2. Renforcer les dispositifs d'accueil pour l'IVG

Un des problèmes récurrents évoqués par la plupart des praticiens entendus au cours des auditions à l'Assemblée nationale et au Sénat concerne l'accueil des femmes qui demandent à subir une IVG.

Sans qu'aucune statistique probante n'ait pu être avancée, faute de disposer d'un recueil pertinent des données épidémiologiques, il a été relevé

qu'un certain nombre d'IVG tardives pouvaient résulter de difficultés de divers centres d'orthogénie pour accueillir et prendre en charge rapidement les femmes concernées. Cette situation n'est à l'évidence pas satisfaisante, et votre Délégation souhaite vivement qu'il y soit remédié.

Il conviendrait en premier lieu de renforcer les moyens mis en œuvre. L'an dernier, un abondement budgétaire supplémentaire de douze millions de francs a autorisé des recrutements supplémentaires de personnels médicaux (quinze équivalents temps plein de postes de médecins), un accroissement des vacances médicales (4 000) et la création de sept postes nouveaux (en équivalents temps plein) de personnels non-médecins. **Cet effort, porté à 15 millions de francs pour 2001, doit cependant être poursuivi, puisque de nombreux centres demeurent en difficulté faute de moyens suffisants en personnels.**

Il faut en outre accompagner cette augmentation des moyens par une réflexion sur le recrutement, le statut, la rémunération et l'avenir des professionnels, notamment des médecins. Leur situation a été abordée à plusieurs reprises au cours des auditions, pour dénoncer l'absence de reconnaissance des équipes des centres d'orthogénie dans le dispositif d'hospitalisation publique et expliquer la désaffection croissante des personnels permanents et vacataires. A cet égard, la décision prise l'an dernier de tenir compte du bon fonctionnement de l'activité d'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens signés par les Agences régionales de l'hospitalisation avec les établissements hospitaliers publics est encourageante. En outre, aux mesures budgétaires qu'il faudra prendre pour résoudre ces difficultés d'ordre humain, il sera naturellement nécessaire d'ajouter le financement des équipements techniques des centres, notamment publics, pour accompagner l'allongement du délai légal d'intervention à douze semaines de grossesse.

Par ailleurs, votre Délégation est attentive à l'engagement pris l'an dernier par la ministre de l'emploi et de la solidarité de remédier à l'accueil insuffisant des femmes durant les mois d'été par une planification d'ouverture des centres pendant cette période, et par le fonctionnement, y compris pendant l'été, de permanences téléphoniques régionales relatives à l'accès des femmes aux informations sur la contraception et les IVG. A cet égard, elle suggère la mise en place de "numéros verts" départementaux, largement diffusés dans le public, qui permettraient à toutes les femmes d'être aisément et rapidement informées sur les structures d'accueil et d'intervention existantes.

D'autre part, elle souligne l'intérêt de confier aux commissions régionales de naissance la mission d'organiser cette planification, comme celle d'élaborer un rapport annuel d'activité régionale sur la pratique de l'IVG afin de disposer d'informations plus nombreuses et plus sûres en la matière, propres à mieux fonder les politiques publiques.

Enfin, elle souhaite qu'un effort particulier soit réellement entrepris pour favoriser l'accompagnement post-IVG et la prise en charge psychologique des femmes y ayant eu recours, ce qui passe par un soutien plus actif aux associations concernées, qui accomplissent un travail remarquable qui doit être valorisé, mais également par une mise à contribution du dispositif hospitalier et médical lui-même.

*

* *

Toutes ces mesures, qu'elles concernent la contraception ou l'IVG, ont un coût, et l'on pourrait objecter qu'il est nécessaire de procéder à des arbitrages. Votre Délégation n'en disconvient pas. Elle observe toutefois qu'avec le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, le Gouvernement a souhaité franchir une nouvelle étape et ouvrir davantage de droits aux femmes, pour les aider à maîtriser leur fécondité. Il ne lui paraît dès lors pas envisageable que ces avancées restent lettre morte faute de moyens. C'est pourquoi elle est convaincue qu'il est indispensable, dès aujourd'hui, d'agir concrètement sur tous les fronts.

Au demeurant, elle est confiante dans les effets positifs à moyen terme d'un renforcement de l'information sur la contraception, de l'éducation des adolescents à la sexualité et d'un recours plus facile aux méthodes et moyens contraceptifs par les jeunes et par les adultes. Il lui semble que la maîtrise éclairée de la contraception devrait progressivement conduire notre pays à des taux d'IVG plus conformes aux normes observées chez nos voisins et autoriser une amélioration générale de la situation. Un nombre moindre de femmes demandant une IVG conduira nécessairement à une meilleure prise en charge de celles-ci par les professionnels et les associations ainsi qu'à une réduction des délais d'accueil, qui sera en outre favorisée par le développement de l'IVG médicamenteuse ambulatoire. Au total, le coût de cette épreuve humaine sera allégé à la fois pour les personnes qui la subissent, pour les équipes qui l'accompagnent, et pour la collectivité qui la finance en grande partie.

C'est dans cette perspective, qui certes ne sera pas immédiate, que se place votre Délégation pour approuver les mesures de ce projet de loi. Comme elle a pu l'exprimer en octobre dernier, à l'occasion du débat sur la contraception d'urgence, elle rappelle qu'**elle soutiendra toute initiative, qu'elle relève ou non du domaine de la loi, qui aura pour double ambition de diminuer le nombre des grossesses non désirées et, par conséquent, celui des IVG, et de rendre les femmes plus autonomes, donc plus responsables, vis-à-vis de la maîtrise de leur sexualité et de leur fécondité.**

RECOMMANDATIONS ADOPTÉES PAR LA DÉLÉGATION

Rappelant qu'à l'occasion de l'examen de la proposition de loi relative à la contraception d'urgence, elle avait déjà exprimé son soutien de principe à toute mesure de nature à diminuer le nombre des grossesses non désirées et, par conséquent, celui des IVG, qui demeure encore considérable, votre Délégation est favorable au dispositif du présent projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Elle estime en particulier indispensable de promouvoir une véritable politique publique en faveur de la contraception qui, à terme, devrait permettre de ramener la France à un niveau "acceptable" d'IVG, comparable à celui de ses principaux partenaires européens.

Elle se félicite ainsi des engagements pris en faveur de la pérennisation des campagnes publiques d'information sur la contraception et des efforts entrepris par le ministère de l'éducation nationale pour assurer aux adolescents des séquences d'éducation à la sexualité tout au long de leur scolarité. Elle relève toutefois que des moyens suffisants devront être dégagés pour garantir l'efficacité de ces méthodes de sensibilisation.

Elle observe également que cette information et cette éducation, qui concernent tout autant les hommes que les femmes, pourraient être mieux relayées auprès de ces dernières par le corps médical, et tout spécialement les médecins généralistes, qui crédibiliseraient ainsi le discours public. Aussi votre Délégation recommande-t-elle un renforcement et une amélioration de la formation des étudiants en médecine sur la contraception et ses méthodes, et sur les façons d'aborder ces questions avec leurs patientes.

S'agissant plus particulièrement du projet de loi, votre Délégation considère avec satisfaction que ses dispositions sont propres à faciliter l'accès à la contraception. A cet égard, elle est favorable à la légalisation de la stérilisation volontaire à visée contraceptive ainsi qu'à la suppression de l'accord parental pour la délivrance aux mineures de méthodes et de traitements contraceptifs. S'interrogeant cependant sur les financements qui devraient accompagner ces mesures pour les rendre pleinement effectives, elle recommande la prise en charge totale des opérations de stérilisation par la sécurité sociale ainsi que l'institution d'un dispositif de gratuité pour la contraception des mineures, à l'instar de celui mis en place, à l'initiative du Sénat, pour la contraception d'urgence.

Au-delà de ces mesures ponctuelles, votre Délégation considère indispensable que les pouvoirs publics œuvrent, par tous les moyens dont ils disposent, à favoriser les progrès de la recherche en matière de techniques contraceptives, notamment en termes de sûreté et d'allégement des contraintes, et pour les rendre accessibles à toutes et à tous par leur remboursement total par la sécurité sociale. Elle est à cet égard convaincue que loin de générer des dépenses supplémentaires, une telle politique serait au contraire globalement économe des deniers publics et sociaux, la charge collective, directe et induite, du recours important à l'IVG devant en effet être grâce à elle rapidement réduite.

En ce qui concerne l'IVG, votre Délégation est favorable à la prolongation de deux semaines du délai légal d'intervention, qui devrait permettre de diminuer le nombre des femmes contraintes d'aller à l'étranger ou de poursuivre une grossesse qu'elles ne désirent pas.

Elle recommande toutefois :

- d'accroître les moyens humains, matériels et financiers des centres d'orthogénie, d'améliorer le statut des personnels médicaux et non-médicaux et de renforcer leur formation afin de favoriser un meilleur accueil des patientes, de parvenir à une réduction générale des délais d'intervention et d'organiser les interruptions de grossesse au-delà de la dixième semaine dans des conditions de sécurité maximales ;

- d'instituer, dans chaque département, des "numéros verts" offrant des renseignements pratiques (adresses, coordonnées téléphoniques, horaires d'ouverture) sur les centres de planification, les centres d'orthogénie et les associations susceptibles de recevoir et de délivrer aux femmes, en particulier aux adolescentes, des informations sur la contraception, sur l'IVG et sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles ;

- d'apprécier le motif médical susceptible de permettre une interruption médicale de grossesse au-delà de la douzième semaine de grossesse conformément aux prescriptions de l'Organisation mondiale de la santé, qui définit la santé comme un *"état de bien-être physique, mental et social"* ;

- d'accélérer, sur le fondement de la disposition du projet de loi donnant une base légale au développement des IVG en médecine ambulatoire, la mise en œuvre de l'engagement du Gouvernement de favoriser, au cours des cinq premières semaines de la grossesse, le recours aux méthodes médicamenteuses d'interruption de la grossesse, qui présentent de nombreux avantages pour les femmes.

S'agissant des jeunes filles mineures, votre Délégation observe que le dispositif du projet de loi, dont elle approuve l'économie générale, institué pour leur permettre, si le consentement de leurs parents n'a pas pu être recherché ou obtenu, de subir une IVG dans le secret, devra, pour être applicable, être précisé en ce qui concerne la responsabilité tant du corps médical que de l'adulte référent. Elle souligne en outre l'attention toute particulière qu'il conviendra de porter à l'accompagnement post-IVG de ces jeunes filles en détresse, lorsqu'elles ne pourront compter sur le soutien affectif de leur famille.

Enfin, votre Délégation recommande d'étendre le délit d'entrave à la pratique légale des IVG aux pressions, menaces et actes d'intimidation exercés à l'encontre de l'entourage des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans les établissements mentionnés à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique.

EXAMEN DU RAPPORT PAR LA DÉLÉGATION

*Sous la présidence de **Mme Dinah Derycke**, la Délégation a examiné, le mardi 23 janvier 2001, le rapport d'information de **Mme Odette Terrade**, sur le projet de loi n° 120 (2000-2001), adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif à l'**interruption volontaire de grossesse** et à la **contraception**.*

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

***M. Francis Giraud**, rapporteur pour la commission des affaires sociales, a dit que s'il partageait un certain nombre d'analyses du rapport, il ne parvenait pas aux mêmes conclusions que le rapporteur. Précisant qu'il ne se référait à aucune considération éthique, et qu'il ne s'agissait nullement, pour la majorité sénatoriale, de remettre en cause les acquis importants de la loi Veil, il a porté des appréciations différentes sur plusieurs des conséquences du projet de loi, citant notamment la délivrance des contraceptifs aux mineures sans autorisation parentale, la suppression de la prescription médicale pour la délivrance des contraceptifs hormonaux et intra-utérins, l'augmentation du délai légal de l'IVG de deux semaines et l'articulation entre IVG et IMG, notamment au regard des conséquences de l'échographie de la onzième semaine de grossesse, les difficultés techniques et médicales de la pratique de l'IVG au-delà de la dixième semaine, ou encore l'aménagement de l'obligation de l'autorisation parentale pour les IVG demandées par des mineures. **M. Francis Giraud**, rapporteur pour la commission des affaires sociales, a considéré que si l'application des lois de 1967 et de 1975 suscitait aujourd'hui un certain nombre de questions, les dispositions du projet de loi n'y répondaient pas de manière satisfaisante. Aussi, même si certains points d'accord pouvaient être trouvés et même si le texte présentait quelques aspects positifs, il ne pouvait approuver l'analyse générale du projet de rapport d'information.*

*Une discussion a alors eu lieu entre **Mme Dinah Derycke**, présidente, **Mme Odette Terrade**, rapporteur, et **M. Francis Giraud**, rapporteur pour la commission des affaires sociales, sur les conséquences pratiques de l'application du droit commun du médicament aux contraceptifs hormonaux et intra-utérins, ainsi que sur une nouvelle articulation entre IVG et IMG comme terme alternatif à l'augmentation du délai légal de l'IVG.*

Puis après avoir préconisé un développement de la contraception ainsi qu'une meilleure information de nos concitoyens en la matière, et rappelé que l'IVG ne pouvait être considérée autrement que comme un dernier

recours, **Mme Hélène Luc** a souhaité que soit favorisée l'utilisation du préservatif féminin, notamment par des campagnes de promotion, estimant que ce moyen contraceptif offrait aux femmes une liberté supplémentaire. Par ailleurs, ayant observé que la prolongation du délai légal de l'IVG était en réalité déjà entrée dans les faits, que l'IVG au-delà de la dixième semaine de grossesse soit subie par certaines Françaises à l'étranger ou qu'elle soit illégalement pratiquée en France, **Mme Hélène Luc** s'est déclarée favorable au rapport d'information.

A **Mme Gisèle Printz**, qui, après avoir également soutenu les conclusions du rapport, évoquait le rôle des conseils généraux dans le financement des centres d'IVG et insistait sur la nécessité d'un renforcement des effectifs des médecins scolaires et des assistantes sociales et l'utilité d'associer des professionnels extérieurs aux séquences d'éducation à la sexualité organisées dans les collèges, **Mme Odette Terrade, rapporteur**, a répondu que son rapport recommandait une meilleure association des médecins généralistes aux campagnes en faveur de la contraception et que la question des effectifs des personnels médicaux et infirmiers dans les établissements scolaires, comme celle de l'association des professionnels aux séquences d'éducation à la sexualité, avaient déjà fait l'objet de recommandations de la délégation dans le rapport de Mme Janine Bardou sur la proposition de loi relative à la contraception d'urgence.

Enfin, **Mme Dinah Derycke, présidente**, a fait état des différences de principe qui fondaient les oppositions sur le projet de loi, relevant qu'elles s'appuyaient sur des visions divergentes de l'intérêt des femmes. Se déclarant pour sa part convaincue de la nécessité que la femme soit actrice de sa vie, sans être dépendante de pouvoirs extérieurs, tel le pouvoir médical, elle a souhaité que tous les moyens soient donnés aux femmes pour faciliter leur accès à la contraception et, en particulier, que celle-ci soit gratuite pour les mineures. Elle a insisté sur le caractère volontaire de la démarche qui conduit à une IVG, relevant que les médecins avaient pour fonction de soigner des malades et que les femmes qui demandaient une IVG n'étaient pas malades. Sans contester ces propos, **M. Francis Giraud, rapporteur pour la commission des affaires sociales**, a toutefois estimé qu'il était impossible de nier certaines réalités et que le législateur avait le devoir de s'interroger sur les conséquences des décisions qu'il prenait.

Puis la délégation a procédé à l'examen du projet de recommandations présenté par **Mme Odette Terrade, rapporteur**.

A la majorité d'une voix, elle s'est déclarée favorable au dispositif du projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, ayant déjà exprimé, à l'occasion de l'examen de la proposition de loi relative à la contraception d'urgence, son soutien de principe à toute mesure de nature à diminuer le nombre des grossesses non désirées et, par conséquent, celui des IVG, qui demeure encore considérable. Elle a estimé en

particulier indispensable de promouvoir une véritable politique publique en faveur de la contraception qui, à terme, devrait permettre de ramener la France à un niveau "acceptable" d'IVG, comparable à celui de ses principaux partenaires européens.

A l'unanimité, elle s'est félicitée des engagements pris en faveur de la pérennisation des campagnes publiques d'information sur la contraception et des efforts entrepris par le ministère de l'éducation nationale pour assurer aux adolescents des séquences d'éducation à la sexualité tout au long de leur scolarité, mais elle a relevé que des moyens suffisants devront être dégagés pour garantir l'efficacité de ces méthodes de sensibilisation.

Elle a observé, à l'unanimité, que cette information et cette éducation, qui concernent tout autant les hommes que les femmes, pourraient être mieux relayées auprès de ces dernières par le corps médical, et tout spécialement les médecins généralistes, qui crédibiliseraient ainsi le discours public. Elle a ainsi recommandé un renforcement et une amélioration de la formation des étudiants en médecine sur la contraception et ses méthodes, et sur les façons d'aborder ces questions avec leurs patientes.

S'agissant plus particulièrement du projet de loi, la délégation, à la majorité d'une voix, a considéré que ses dispositions étaient propres à faciliter l'accès à la contraception, s'est déclarée favorable à la légalisation de la stérilisation volontaire à visée contraceptive ainsi qu'à la suppression de l'accord parental pour la délivrance aux mineures de méthodes et de traitements contraceptifs, en s'interrogeant cependant sur les financements qui devraient accompagner ces mesures pour les rendre pleinement effectives et en recommandant la prise en charge totale des opérations de stérilisation par la sécurité sociale ainsi que l'institution d'un dispositif de gratuité pour la contraception des mineures, à l'instar de celui mis en place, à l'initiative du Sénat, pour la contraception d'urgence.

La délégation a, à la même majorité, considéré comme indispensable que les pouvoirs publics œuvrent, par tous les moyens dont ils disposent, à favoriser les progrès de la recherche en matière de techniques contraceptives, notamment en termes de sûreté et d'allègement des contraintes, et pour les rendre accessibles à toutes et à tous par leur remboursement total par la sécurité sociale. Elle a estimé que loin de susciter des dépenses supplémentaires, une telle politique serait au contraire globalement économe des deniers publics et sociaux, la charge collective, directe et induite, du recours important à l'IVG devant en effet être grâce à elle rapidement réduite.

En ce qui concerne l'IVG, la délégation a été, toujours à la majorité d'une voix, favorable à la prolongation de deux semaines du délai légal d'intervention, qui devrait permettre de diminuer le nombre des femmes contraintes de se rendre à l'étranger ou de poursuivre une grossesse qu'elles ne désirent pas.

A l'unanimité, la délégation a toutefois recommandé :

– d'accroître les moyens humains, matériels et financiers des centres d'orthogénie, d'améliorer le statut des personnels médicaux et non médicaux et de renforcer leur formation afin de favoriser un meilleur accueil des patientes, de parvenir à une réduction générale des délais d'intervention et d'organiser les interruptions de grossesse au-delà de la dixième semaine dans des conditions de sécurité maximales ;

– d'instituer, dans chaque département, des "numéros verts" offrant des renseignements pratiques (adresses, coordonnées téléphoniques, horaires d'ouverture) sur les centres de planification, les centres d'orthogénie et les associations susceptibles de recevoir et de délivrer aux femmes, en particulier aux adolescentes, des informations sur la contraception, sur l'IVG et sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles ;

– d'apprécier le motif médical susceptible de permettre une interruption médicale de grossesse au-delà de la douzième semaine de grossesse conformément aux prescriptions de l'Organisation mondiale de la santé, qui définit la santé comme un "état de bien-être physique, mental et social".

A la majorité d'une voix, la délégation a également recommandé d'accélérer, sur le fondement de la disposition du projet de loi donnant une base légale au développement des IVG en médecine ambulatoire, la mise en œuvre de l'engagement du Gouvernement de favoriser, au cours des cinq premières semaines de la grossesse, le recours aux méthodes médicamenteuses d'interruption de la grossesse.

S'agissant des jeunes filles mineures, la délégation a observé, à la majorité d'une voix, que le dispositif du projet de loi institué pour leur permettre, si le consentement des parents n'a pas pu être recherché ou obtenu, de subir une IVG dans le secret, devra, pour être applicable, être précisé en ce qui concerne la responsabilité tant du corps médical que de l'adulte référent. Cette majorité a en outre souligné l'attention toute particulière qu'il conviendra de porter à l'accompagnement post-IVG de ces jeunes filles en détresse, lorsqu'elles ne pourront compter sur le soutien affectif de leur famille.

Enfin, la délégation a recommandé, à la majorité d'une voix, d'étendre le délit d'entrave à la pratique légale des IVG aux pressions, menaces et actes d'intimidation exercés à l'encontre de l'entourage des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans les établissements mentionnés à l'article L. 2212-2 du Code de la santé publique.

Puis à la majorité d'une voix, la délégation a adopté le projet de rapport d'information présenté par Mme Odette Terrade, rapporteur.

ANNEXES

- **Annexe n° 1** : Lettre de saisine du président de la commission des affaires sociales.

- **Annexe n° 2** : Liste des personnalités entendues dans le cadre des auditions organisées par la Commission des affaires sociales.

- **Annexe n° 3** : Compte rendu de l'audition organisée par la Délégation.

**ANNEXE N° 1 : LETTRE DE SAISINE DU PRÉSIDENT DE LA
COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES**

Madame Dinah DERYCKE
Président de la délégation parlementaire
aux droits des femmes et à l'égalité
des chances entre les hommes et les femmes
PALAIS DU LUXEMBOURG

Paris, le 6 décembre 2000

Réf. : S/2000.856.1

Madame la Présidente,

Suite à votre lettre du 5 décembre, j'ai l'honneur de vous confirmer qu'au cours de sa réunion du mercredi 6 décembre, la commission des Affaires sociales a décidé de saisir la délégation aux droits des femmes et à l'égalité professionnelle sur le projet de loi n° 120 (2000-2001), adopté par l'Assemblée nationale, relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Aussi, conformément aux dispositions du paragraphe III de l'article 6 septies de l'ordonnance n° 58-11000 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, sans préjudice des compétences de la commission des Affaires sociales saisie au fond de ce projet de loi, la commission souhaite-t-elle recueillir votre avis sur les conséquences de ce texte sur les droits des femmes et sur l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

Je vous indique que ce projet de loi devrait être inscrit par le Gouvernement à l'ordre du jour prioritaire des travaux du Sénat les 6 et 7 février 2001 et examiné par la commission des Affaires sociales, le mercredi 31 janvier 2001.

Je vous prie d'accepter, Madame la Présidente, l'hommage de ma meilleure considération.

Jean DELANEAU

**ANNEXE N° 2 : LISTE DES PERSONNALITÉS ENTENDUES
DANS LE CADRE DES AUDITIONS ORGANISÉES PAR LA
COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES**

Votre Rapporteur a participé à la série d'auditions publiques organisée par la Commission des affaires sociales le mercredi 20 décembre 2000 pour préparer son examen du projet de loi. En outre, aimablement conviée par M. Jean Delaneau, Président de la Commission des affaires sociales, à assister aux autres auditions organisées par la Commission, elle a participé à sa réunion du mercredi 17 janvier, ainsi qu'à celle du mardi 23 janvier.

La liste des personnalités entendues au cours de ces trois séries d'audition est la suivante :

Mercredi 20 décembre 2000

- **M. Israël Nisand**, chef du service de gynécologie obstétrique au SIHCUS-CMCO de Strasbourg, auteur du rapport *"L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes"* (février 1999).
- **Mme Chantal Lebatard**, administrateur à l'Union nationale des associations familiales (UNAF), et **Mme Monique Sassier**, directrice des études politiques.
- **M. René Frydman**, chef du service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Antoine Bécclère de Clamart.
- **Mme Danielle Gaudry**, présidente de la Confédération du mouvement français pour le planning familial, et **Mme Martine Leroy**, responsable de la commission IVG.
- **M. Bernard Glorion**, président du Conseil national de l'Ordre des médecins.
- **M. Michel Tournaire**, chef du service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Paris, président du groupe de travail de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) sur l'IVG.
- **M. Claude Sureau**, président de l'Académie nationale de médecine.
- **M. Didier Sicard**, président du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE).

Mercredi 17 janvier 2001

- **M. Bernard Maria**, président du Collège national des gynécologues obstétriciens français.
- **M. Paul Cesbron**, président de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC), et **Mme Chantal Birman**, vice-présidente.
- **M. Marc Zaffran**, *alias* **M. Martin Winckler**, médecin et écrivain.

- **M. Bernard Bourreau**, gynécologue obstétricien dans le service de maternité-gynécologie de l'hôpital général de Blois, **Mme Sylvette Desroches**, médecin, **Mme Christine Claval**, infirmière du centre IVG, et **Mme Micheline Dupont**, conseillère conjugale du centre de planification.

Mardi 23 janvier

- **Mme Elisabeth Guigou**, ministre de l'emploi et de la solidarité.

**ANNEXE N° 3 : COMPTE RENDU DE L'AUDITION
ORGANISÉE PAR LA DÉLÉGATION**

Mardi 9 janvier 2001 - Présidence de Mme Dinah Derycke, présidente.

La Délégation a procédé à l'audition des **docteurs Jacques Milliez**, gynécologue-obstétricien, chef du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, **Clara Pélissier**, gynécologue médicale, présidente de la Société française de gynécologie, **André Podevin**, sexologue-andrologue, directeur du centre de planification de l'hôpital d'Arras, et **Daniel Prévost**, praticien hospitalier au centre d'orthogénie de l'hôpital de Roubaix.

Après s'être présentée comme une clinicienne davantage concernée, professionnellement, par le problème de la contraception que par celui de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), le **docteur Clara Pélissier** a estimé le projet de loi utile en ce qu'il attirait l'attention sur le fait qu'aujourd'hui, compte tenu du nombre et de la qualité des techniques contraceptives, les femmes ne devraient plus subir de grossesses non désirées. A cet égard, elle a jugé que le droit à la contraception devrait être plus étendu et mieux expliqué, notamment aux jeunes, et s'est félicitée de la récente adoption de la proposition de loi relative à la contraception d'urgence.

S'agissant de l'IVG, le **docteur Clara Pélissier** a considéré que la question de l'augmentation de deux semaines du délai légal d'intervention n'était pas fondamentale, des IVG au-delà du délai actuel étant déjà régulièrement pratiquées et une limite devant en tout état de cause être fixée. Toutefois, les techniques d'intervention pouvant être différentes selon l'état d'avancement de la grossesse, elle a indiqué que la fixation du délai à douze semaines de grossesse devrait nécessairement s'accompagner d'un aménagement technique de la plupart des centres d'IVG et d'une formation adaptée de leurs personnels médicaux et non-médicaux. Elle a suggéré en outre que des améliorations soient apportées à la rémunération et au statut de ces personnels.

Le **docteur André Podevin** a expliqué qu'en tant que vacataire en centre de gynécologie-obstétrique et directeur du centre de planification d'Arras, il était conduit, tout à la fois, à pratiquer des IVG, prévenir les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles et participer aux séquences d'éducation à la sexualité et à la parentalité dans les collèges. Observant qu'il n'était pas possible d'isoler la question de l'IVG de celles de la contraception et de l'éducation à la sexualité, il a indiqué que l'équipe qu'il dirigeait avait, depuis longtemps et de manière pluridisciplinaire (médecins, infirmières, conseillères conjugales, secrétaires), réfléchi aux procédures et pratiques à instituer pour, dans le respect de la loi, accueillir au

mieux et le plus rapidement possible les femmes confrontées à cet "accident de la vie" qu'est une grossesse non désirée. Il a souligné que, grâce à ce travail d'équipe, le centre d'Arras, qui effectue 550 IVG par an, pouvait s'enorgueillir d'éviter toute anesthésie générale et de répondre en moins de trois jours, voire dans la journée pour les situations d'urgence, aux demandes de rendez-vous, y compris pendant les vacances scolaires.

Insistant sur le fait qu'il s'exprimait à titre personnel mais aussi au nom de tous les membres de son équipe, le **docteur André Podevin** a ensuite considéré que les dispositions du projet de loi relatives à l'allongement du délai légal, à l'aménagement de l'autorisation parentale pour les mineures et à la suppression du caractère obligatoire de l'entretien préalable avec une conseillère conjugale étaient autant de réponses inappropriées aux véritables problèmes que sont les difficultés d'accueil rapide des femmes dans les centres d'IVG, le soutien familial à certaines jeunes filles, les effectifs et la formation à l'écoute des femmes des conseillères conjugales. Il a estimé que ces dispositions étaient en réalité destinées à éviter aux pouvoirs publics d'accorder davantage de moyens humains et financiers pour améliorer le fonctionnement des centres d'IVG, alors même que le renforcement des moyens suffirait à répondre à la plupart des problèmes posés. Il a dit craindre, en outre, qu'elles conduisent à une banalisation de l'IVG, alors que celle-ci est loin de constituer un événement anodin dans la vie des femmes qui la subissent.

En conclusion de son propos, le **docteur André Podevin** a contesté l'idée d'un droit à l'avortement, considérant qu'il n'existait qu'un droit à la vie, susceptible, parfois, de subir quelques transgressions. Il a estimé que les véritables droits des femmes étaient le droit à la contraception, qui devrait être rendu plus facile d'accès, au besoin par une gratuité intégrale, le droit de ne pas être enceintes lorsqu'elles ne le veulent pas et le droit d'être accompagnées tout au long de leurs démarches d'IVG.

"Généraliste entré dans l'IVG", selon ses propres termes, le **docteur Daniel Prévost** a signalé que son approche se nourrissait également de son expérience à l'hôpital de Roubaix, qui a effectué 1 365 IVG l'an dernier, d'une réflexion collective menée avec ses collègues et d'échanges avec de nombreuses équipes médicales étrangères, notamment de Belgique, de Suisse, des Pays-Bas et du Québec.

S'agissant du délai légal de l'IVG, le **docteur Daniel Prévost** a relevé que l'observation des législations et des pratiques étrangères devait conduire à beaucoup de modestie. Indiquant que 80 % des clientes d'une clinique hollandaise qu'il avait visitée étaient françaises, il a affirmé qu'une femme décidée à aller jusqu'au bout de son IVG le faisait, ce qui expliquait le phénomène, bien connu, des départs à l'étranger. Il a par conséquent estimé que l'allongement de deux semaines du délai répondait à une nécessité et qu'il permettrait de résoudre l'essentiel des difficultés, puisque la majorité des

situations de délai dit "dépassé" se situait entre la dixième et la douzième semaine de grossesse. Il a ajouté que, sur le plan technique, cette disposition ne poserait pas de problème dès lors que les équipes seraient correctement entraînées et formées, et qu'en réalité, de nombreuses interventions avaient d'ores et déjà lieu au-delà de la dixième semaine.

En ce qui concerne les mineures, le **docteur Daniel Prévost** a rappelé que plus les populations étaient défavorisées, plus les problèmes de grossesse non désirée étaient aigus et plus les difficultés de dialogue intra-familial étaient grandes. Observant que dans certains milieux, en particulier ceux issus de l'immigration, la question de l'IVG ne pouvait pas être abordée par les jeunes filles mineures avec leurs parents, il a estimé que le dispositif institué par le projet de loi était opportun, s'élevant au passage contre l'idée d'une "banalisation de l'avortement" qui ne lui paraissait devoir reposer sur aucune réalité. Quant à l'entretien social, dont il a précisé qu'il n'était pas supprimé mais simplement rendu facultatif, il a considéré qu'il alourdissait parfois le parcours de certaines femmes, par exemple durant les mois d'été, et qu'il s'agissait aussi, pour nombre d'entre elles, d'une démarche inutile.

Au-delà du contenu du projet de loi, le **docteur Daniel Prévost** a voulu insister sur les problèmes rencontrés par les équipes pratiquant l'IVG. Relevant que 20 % des praticiens étaient des généralistes, pour l'essentiel militants de la cause des femmes, et que cette activité, peu considérée, mal payée, était négligée par les jeunes médecins, il s'est inquiété du renouvellement des générations d'intervenants dans les centres d'IVG. Il a par ailleurs dénoncé la profonde disparité de ces centres selon les régions et selon leur régime juridique, préconisant à cet égard un fonctionnement organisé en réseaux, à l'instar de ce qui se pratique en Wallonie. Il a également souhaité que la formation des médecins exerçant dans les centres d'IVG soit mieux assurée et facilitée, s'agissant notamment du recours aux nouvelles techniques médicales. Il a enfin fait état des grandes difficultés de fonctionnement des centres de planification résultant du partage actuel des responsabilités, et donc des financements, entre l'Etat, dont relève l'IVG, et le conseil général, dont dépend la planification.

Gynécologue-obstétricien, le **docteur Jacques Milliez** s'est déclaré favorable au projet de loi, signalant toutefois que s'il acceptait l'avortement, il n'y était pour autant pas favorable puisqu'il constituait une triple transgression, à la "loi médicale", à la "loi humaine" et, de son point de vue, à la "loi religieuse". Estimant qu'aucune femme ne demandait une IVG par caprice, il a fait valoir que si des femmes recouraient à cette dernière, c'est qu'elles y étaient forcées, que ce soit par ignorance, par échec de contraception, ou simplement parce que la poursuite de leur grossesse était devenue impossible.

Lorsque ces femmes en état de détresse ont dépassé le délai légal, le **docteur Jacques Milliez** a considéré qu'il revenait au médecin de leur donner une réponse qui, selon lui, ne pouvait être ni le désintéret, incompatible avec le

serment médical, ni le conseil de poursuivre la grossesse et d'abandonner l'enfant, aucune femme n'acceptant ce qu'il a qualifié de "chantage", ni la suggestion d'aller se faire avorter à l'étranger, qui opère une insupportable discrimination par l'argent. Observant que, s'agissant de l'état de détresse, il n'était pas possible de faire une distinction entre celui d'une femme à neuf semaines de grossesse et celui d'une femme à onze semaines, il a affirmé que beaucoup de médecins, dont lui-même, pratiquaient aujourd'hui des IVG au-delà du délai de dix semaines, sous leur propre responsabilité, pour aider les femmes placées dans une impasse. Il s'est donc réjoui de ce que le projet de loi légalise une situation de fait en augmentant le délai légal de deux semaines.

A cet égard, le **docteur Jacques Milliez** a reconnu que toutes les situations de dépassement du délai n'étaient pas couvertes par le texte et que le seuil de douze semaines de grossesse était arbitraire à bien des égards. Il a toutefois considéré qu'en matière médicale comme dans d'autres, beaucoup de règles avaient leur part d'arbitraire, que l'existence de seuils était nécessaire et qu'en l'espèce, celui de douze semaines était préférable à celui de dix semaines pour aider les femmes en détresse. Il a ajouté que le risque, parfois évoqué, d'encouragement à l'avortement que constituerait cet allongement du délai légal ne lui paraissait pas crédible dès lors que le nombre des personnes concernées représente environ 2 % du total des IVG pratiquées chaque année en France. Il a également contesté l'argument d'un risque d'eugénisme, relevant qu'aucune différence ne distinguait la structure des tissus entre la dixième et la douzième semaine de grossesse à l'exception du sexe, et que, sur ce point, l'amélioration des techniques rendait l'information disponible de manière de plus en plus précoce (désormais, dès la sixième semaine, par analyse du sang de la mère), renvoyant ainsi la question de l'éventuel eugénisme à un autre débat que celui de l'allongement du délai légal de l'IVG.

S'agissant des dangers thérapeutiques des interventions entre la dixième et la douzième semaine, le **docteur Jacques Milliez** est convenu que le risque augmentait avec le terme de la grossesse. Observant toutefois que, médicalement, ce risque pouvait être considéré comme acceptable, comme en témoignaient les exemples étrangers, il a considéré qu'avec la formation des personnels, la définition de protocoles précis et le recours à des méthodes plus modernes d'intervention, par exemple médicamenteuses, la légère technicité supplémentaire demandée par ces interruptions de grossesse plus tardives serait aisément intégrée. Il a conclu son intervention relative à l'augmentation du délai légal en relevant qu'aucun argument en contestant le bien-fondé ne pouvait ainsi être retenu.

En ce qui concerne les deux autres questions principales soulevées par le projet de loi, le **docteur Jacques Milliez** a approuvé la suppression du caractère obligatoire de l'entretien social, estimant qu'il devait être simplement proposé systématiquement aux femmes, ainsi que l'aménagement porté à la nécessité du consentement parental pour les mineures, observant que, dans

certaines communautés culturelles, le dialogue familial sur la sexualité de la jeune fille, et donc sur l'IVG, était absolument impossible.

Après avoir estimé que l'IVG pouvait être revendiquée par certaines personnes comme un droit, qu'au demeurant la récente jurisprudence de la Cour de cassation semblait avoir consacré avec l'arrêt Perruche, le **docteur Jacques Milliez** a conclu son propos en indiquant qu'il approuvait le projet de loi, même avec ses imperfections et ses limites.

Un débat s'est ensuite instauré.

A **Mme Odette Terrade, rapporteur**, qui souhaitait que des précisions soient apportées sur les risques de dérive "eugénique", le **docteur Clara Pélissier** a fait part de ses réserves sur l'augmentation du délai légal d'intervention, observant que l'échographie de la onzième ou de la douzième semaines révélait la grossesse gémellaire ou diverses malformations de l'embryon, telle que le rein manquant. Après avoir affirmé avoir déjà été confronté à une demande d'IVG à raison du sexe de l'embryon, le **docteur André Podevin** a toutefois réaffirmé que, de son point de vue, la question primordiale n'était pas le problème de l'eugénisme ou le passage du délai à la douzième semaine de grossesse, mais les conditions d'accueil réservées aux femmes qui demandent à subir une IVG. Relevant que le nombre de femmes recourant à des IVG répétées était en augmentation, il a estimé à cet égard l'entretien social indispensable. De même, soulignant que toutes les adolescentes affirment, lors de leur demande d'IVG, que le consentement parental n'est pas possible, alors qu'il est en réalité obtenu dans l'immense majorité des cas et qu'il permet l'établissement d'un dialogue intra-familial très fructueux et utile pour la jeune fille, il a considéré que la suppression du caractère obligatoire de l'entretien était très regrettable puisqu'elle empêchera dorénavant de nouer ou de renouer le dialogue. Après que le **docteur Jacques Milliez** eut, pour sa part, estimé nécessaire d'homogénéiser les législations relatives au délai légal et aux pratiques dans l'espace européen, le **docteur Daniel Prévost** a souligné l'importance de la dimension culturelle dans la question de l'IVG, en opposant notamment notre tradition catholique à celle, protestante, des pays anglo-saxons, et estimé qu'il convenait de ne pas confondre morale personnelle et éthique collective.

Mme Odette Terrade, rapporteur, s'est ensuite interrogée sur le développement des techniques médicamenteuses d'intervention et sur les risques que faisaient courir à ce développement les dispositions de l'article 11 *bis* du projet de loi, qui incriminent, sans autre précision, "*le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même*". En réponse, le **docteur Daniel Prévost** a précisé qu'avec le RU 486, la base actuelle des IVG était médicamenteuse, autrement dit que des médicaments étaient utilisés dans pratiquement tous les types d'IVG, et qu'aujourd'hui de nombreuses IVG étaient exclusivement médicamenteuses, ce taux atteignant par exemple 45 % des interventions

réalisées à Roubaix. Observant que cette évolution des techniques avait permis de faire passer la proportion des anesthésies générales d'environ 40 % il y a dix ans à moins de 5 % aujourd'hui, il a ajouté qu'elle autorisait également le développement de l'ambulation, méthode qui est couramment pratiquée, jusqu'à parfois dix semaines de grossesse, en Belgique, dans le canton de Genève ou au Québec, où l'hospitalisation des femmes pour l'IVG n'est plus majoritaire. Avec ses collègues, le **docteur Daniel Prévost** est convenu que la rédaction actuelle de l'article 11 *bis* du projet de loi risquait d'interdire le recours à l'IVG ambulatoire, au détriment des nombreuses femmes pour lesquelles cette pratique présente des avantages.

S'agissant de la situation des jeunes filles mineures et de l'aménagement porté à l'obligation d'obtenir l'autorisation parentale préalablement à l'IVG, le **docteur Jacques Milliez** a répondu à **Mme Odette Terrade, rapporteur**, que le choix par la mineure d'un adulte référent était une bonne solution et qu'il fallait en tout état de cause écarter absolument le recours à la justice, car le nécessaire respect des procédures propres à cette dernière, en particulier l'information des parents, aboutissait à des catastrophes pour les intéressées. Approuvant les propos de son confrère, le **docteur Daniel Prévost** a ajouté qu'actuellement de nombreux médecins et anesthésistes acceptaient, à titre "d'autorisation parentale", des documents signés dont le caractère apocryphe était manifeste. Il s'est par ailleurs réjoui que l'obligation de résidence de trois mois au moins des patientes étrangères ait été supprimée l'an dernier.

A propos de la stérilisation volontaire à visée contraceptive et de son éventuelle prise en charge par la sécurité sociale, abordées par **Mme Odette Terrade, rapporteur**, le **docteur Jacques Milliez** a supposé que son remboursement interviendrait comme pour tout acte chirurgical, tandis que le **docteur Clara Pélissier** a estimé que la gamme des méthodes et produits contraceptifs existant aujourd'hui en France ne rendait pas utile cette stérilisation volontaire.

M. Francis Giraud, rapporteur du projet de loi pour la commission des affaires sociales, est ensuite intervenu. Rappelant sa très grande proximité de pensée avec le Professeur Jean-François Mattéi, avec lequel il a travaillé notamment sur les questions de bioéthique, **M. Francis Giraud** a fait état des difficultés d'appréciation pour le législateur des opinions très diverses exprimées par les praticiens et de leurs manières d'envisager les principales questions relatives à l'IVG. Ainsi, s'agissant des incidences médicales du passage du délai légal de dix à douze semaines, il a relevé que les avis étaient très partagés, les techniques étant différentes selon les uns, pratiquement identiques selon les autres. De même, s'agissant des statistiques actuelles concernant les dépassements de délai, il s'est interrogé sur la réalité des chiffres avancés. Il a également abordé les différences d'appréciation concernant la suppression du caractère obligatoire de l'entretien social. Il a

toutefois observé que la nécessité d'un renforcement de la formation des praticiens de l'IVG, d'une amélioration de leur situation et d'une suppression de la diversité régionale entre les centres d'IVG faisaient l'unanimité. Puis **M. Francis Giraud, rapporteur du projet de loi pour la commission des affaires sociales**, a fait part de ses interrogations sur la notion de "risque médical acceptable", qui ne lui paraît pas pertinente, sur la responsabilité civile et pénale de l'adulte référent choisi par la mineure, sur la délivrance de médicaments et d'appareils contraceptifs aux mineures sans autorisation parentale, et sur la suppression de la prescription médicale pour la délivrance de contraceptifs hormonaux.

Sur ce dernier point, **Mme Dinah Derycke, présidente**, a précisé que le projet de loi ne procédait qu'à un toilettage technique du code de la santé publique, qui ne remettait nullement en cause que, à l'exception du NorLevo, et sur le fondement d'une directive européenne du 31 mars 1992, les contraceptifs hormonaux demeuraient soumis à prescription médicale.

A **Mme Gisèle Printz**, qui s'inquiétait du caractère anonyme de l'accueil des femmes qui demandent une IVG et de la prise en charge de l'acte par la sécurité sociale, **Mme Dinah Derycke, présidente**, et les **docteurs Jacques Milliez** et **Daniel Prévost** ont confirmé que les procédures, notamment de codification des actes, étaient telles que cet anonymat était assuré et que, s'agissant des mineures, soit les équipes médico-sociales elles-mêmes, soit une collaboration entre l'hôpital et la caisse primaire d'assurance-maladie, garantissaient d'ores et déjà leur anonymat, lequel serait en outre explicitement prévu dorénavant, en application de l'article 15 du projet de loi.

Mme Claire-Lise Campion - que la Délégation avait autorisée à assister aux auditions à la demande de Mme Dinah Derycke, présidente - a demandé si le délai de réflexion de deux mois prévu dans le cadre de la stérilisation volontaire à visée contraceptive était suffisant. Après l'avoir jugé satisfaisant, le **docteur Jacques Milliez** a précisé que les réticences du corps médical à l'égard de la stérilisation contraceptive s'expliquaient par l'existence de remords chez de nombreuses personnes qui l'ont subie. Le **docteur André Podevin** a estimé que ce type de demande était chargé de sens et qu'il fallait du temps pour mûrir sa décision, et un accompagnement par des conseillères conjugales. Le **docteur Clara Péliissier** a considéré qu'il faudrait interdire la stérilisation volontaire pour les jeunes femmes en raison des risques de regrets, et qu'il fallait responsabiliser les jeunes filles très tôt à la contraception en les informant qu'il existe toujours, tout au long de la vie féconde, une méthode adaptée.

A cet égard, le **docteur Daniel Prévost** a estimé la connaissance des méthodes contraceptives satisfaisante en France, puisqu'à la fin de leur vie féconde, deux-tiers des femmes françaises ont, d'après les statistiques, suivi une contraception, ce qui place notre pays dans la moyenne des Etats comparables. Ajoutant que toute mineure peut d'ores et déjà se faire délivrer

un traitement contraceptif dans le secret dès lors qu'elle s'adresse à un centre de planification, il a jugé opportun l'article du projet de loi généralisant cette faculté à la médecine de ville. Le **docteur André Podevin** ayant réagi à ces propos en considérant que le fait qu'une femme sur deux soit confrontée une fois dans sa vie à une IVG indiquait au contraire que les pratiques contraceptives n'étaient pas suffisamment ni correctement mises en œuvre par les Françaises, le **docteur Daniel Prévost** a estimé qu'il convenait d'être prudent dans le maniement des statistiques globales, les situations étant très variables selon les régions ou la condition différente des femmes ; par exemple, les femmes célibataires seraient toutes confrontées à une situation de grossesse non désirée au moins une fois dans leur vie alors que la proportion ne serait que de 40 % pour les femmes mariées.

Mme Gisèle Printz s'est étonnée que la place et le rôle de l'homme n'aient pas été abordés au cours des interventions, et a observé qu'ils ne l'étaient au demeurant presque jamais en matière d'IVG. Le **docteur Clara Pélissier** lui a répondu que les gynécologues médicaux rencontraient effectivement très rarement les couples, sauf dans les cas d'infécondité ou de stérilité. Se fondant sur des études menées par des psychanalystes, le **docteur Daniel Prévost** a toutefois signalé que les hommes étaient plus présents qu'il n'y paraissait dans les situations d'IVG, mais qu'il fallait opérer une lecture délicate de celles-ci pour le relever. Après avoir précisé qu'en tout état de cause, quand l'homme refuse l'IVG, c'est l'avis de la femme qui prévaut, comme le prévoit la loi, le **docteur Jacques Milliez** a approuvé les dispositions du projet de loi concernant la stérilisation des personnes handicapées, avec les précautions de procédure qui lui sont attachées, relevé qu'au Japon, des contraceptifs œstro-progestatifs étaient déjà délivrés sans prescription médicale, et considéré qu'aucun problème de responsabilité pénale ou civile ne pourrait se poser pour les adultes référents choisis par les mineures désirant bénéficier d'une IVG dans le secret, ce dernier point étant confirmé par **Mme Dinah Derycke, présidente**.

*

* *

En outre, le **mardi 23 janvier 2001**, **Mme Odette Terrade, rapporteur**, a entendu **Mme Maya Surduts**, secrétaire générale de la Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC).