

N° 362

SÉNAT

SECONDE SESSION EXTRAORDINAIRE DE 1980-1981

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 septembre 1981.

PROPOSITION DE LOI

tendant à modifier les lois n° 75-17 du 17 janvier 1975 et n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relatives à l'interruption volontaire de grossesse.

PRÉSENTÉE

Par M. Henri CAILLAVET,

Sénateur.

(Renvoyée à la commission des Affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

Avortement. — Clause de conscience médicale - Information sexuelle - Sécurité sociale - Code de la famille et de l'aide sociale - Code de la santé publique.

MESDAMES, MESSIEURS,

« Rien que la loi, toute la loi »... Mais la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, revue et corrigée en 1979, est-elle suffisamment humaine et répond-elle à l'invitation de l'Assemblée européenne de Strasbourg : « rendre superflus ces voyages qui empêchent toute assistance sociale et conduisent à une commercialisation inacceptable et pour que toute femme en difficulté puisse être assurée d'obtenir l'assistance nécessaire dans son propre pays ? »

Non assurément, la loi de 1975 révisée en 1979 n'est pas satisfaisante parce qu'elle n'est ni lucide, ni généreuse...

Les défenseurs de l'intégrisme et les porte-parole d'un discours qui se veut une leçon de morale fustigent les défenseurs de l'avortement et les abolitionnistes de la peine de mort. Curieux langage tenu par des réactionnaires acharnés à la vie, qui, paradoxalement, n'hésitent pas à consentir à l'auto-défense.

La polémique doit faire place néanmoins à la tolérance, même si l'auteur de la présente proposition déplore les dernières condamnations vaticanes et la lutte de l'épiscopat français contre l'avortement par des « moyens positifs ».

La réalité dépasse-t-elle la fiction ? De la clandestinité d'avant 1974, nous sommes parfois entrés dans l'illégalité nécessitée par les carences nées d'une loi qui oublie la compréhension quotidienne, source de solidarité et d'humanisme.

La liste est lourde depuis octobre 1979 : des grèves, des procès d'éthique médicale, des procès en diffamation, ont suivi cette remise à jour de la loi de 1975. Pouvait-on l'éviter ? Oui, en révisant cette loi en 1979 dans le sens précisément dénoncé au cours de ces procès. Que désormais les fermetures de cliniques, les interdictions professionnelles, les privations de libertés, nous montrent au moins où se trouvent les vrais problèmes et aident le législateur à faire une loi qui ne conduisent plus à l'illégalité.

L'un des grands problèmes majeurs de la loi sur l'avortement est d'abord l'appréhension sérieuse de l'information sexuelle.

Ensuite la volonté d'arrêter les filières étrangères, la vérité sur la clause de conscience médicale et le besoin justifié du remboursement par la Sécurité sociale.

I. — INFORMATION SEXUELLE ET CONTRACEPTION

La loi de 1975 ne voulait s'en tenir qu'à l'interruption volontaire de grossesse. La réforme intervenue en 1979 se veut plus « informative », mais en fait, cette information va dans un sens nataliste et, si l'on regarde de près le texte en vigueur, tout est prédisposé pour que l'interruption volontaire de grossesse n'ait pas lieu.

Par exemple le médecin doit informer la femme des risques médicaux pour elle-même et ses maternités futures ; la remise d'un dossier-guide comportant l'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux mères célibataires ou non, aux familles et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes pour l'adoption d'un enfant à naître.

Faut-il rappeler qu'en 1979 l'article premier de la loi de 1975 a été complété par une disposition pour le moins peu convaincante lorsqu'une femme a décidé d'interrompre sa grossesse : « l'information sur les problèmes de la vie et de la démographie nationale et internationale, l'éducation à la responsabilité, l'accueil de l'enfant dans la société et la politique familiale sont des obligations nationales... ».

Sans oublier, bien sûr, l'« entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés, en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant... ».

Les parlementaires, eux-mêmes, participent à cette duperie puisqu'une délégation parlementaire pour les problèmes démographiques existe et qu'une de ses missions est d'informer les Assemblées des « résultats de la politique menée en faveur de la natalité ».

Ainsi la présente proposition de loi tient à rétablir les faits, c'est-à-dire considérer la femme désirant interrompre sa grossesse comme une femme responsable et non comme un objet de soumission, voire de persuasion par les sirènes natalistes, d'autant que l'accroissement des I.V.G. n'est pas une cause profonde d'un abaissement démographique.

A cette fin et dans cet esprit de responsabilité personnelle, il est souhaitable de supprimer la notion de détresse (art. L. 162-1). La détresse présentée actuellement est un jugement de société sur une femme qui ne veut pas participer à la politique « d'agrandissement

familial ». Seule la femme connaît la dimension et le poids de cette détresse. Laissons-lui, avec respect et sans autrui, dans des moments de responsabilité volontaire, l'intimité de la douleur personnelle.

De même doivent être supprimées, à l'article L. 162-4, deuxième alinéa, les dispositions créées par la loi de 1979.

Enfin si l'on peut maintenir le principe d'une délégation parlementaire, celle-ci doit pouvoir (III de l'article 13 de la loi du 31 décembre 1979) informer au plan des statistiques en matière démographique et non plus seulement en faveur de la natalité.

Ce toilettage aboutit par contre à une meilleure information en matière de contraception et d'information sexuelle.

Si nous liions la contraception et l'information sexuelle au phénomène d'interruption volontaire de grossesse, que constate-t-on ?

Trois mille enfants naissent de mères de moins de seize ans ; 20 % des filles entre quinze et dix-huit ans disent avoir eu des relations sexuelles avant seize ans étant précisé que 43 % de ces dernières n'ont eu recours à aucun moyen contraceptif !

La vérité est hélas ! dans ces chiffres et non dans une morale de l'I.V.G. Il est plus important de réfléchir sur les 3.000 enfants précités que sur les 6.700 avortements durant les neuf premiers mois de l'année 1980. La contraception est mal connue ; elle est aussi paradoxalement saturante et opprimante. La femme est désormais à la merci de l'homme dans ses rapports sexuels depuis la mise en œuvre de la contraception. La peur de l'enfant à naître freine les relations sexuelles ; la contraception ne les freine plus et par contre, l'I.V.G. devient un acte de libération chez la femme face à l'homme comme le fut la contraception à ses débuts.

La recherche scientifique doit pouvoir limiter les contraintes et faire apparaître une vraie liberté du couple.

Mais : attendant cet effort généreux des chercheurs, nous devons cerner avec audace et courage l'information sexuelle : 89 % des femmes contraintes à avorter à l'étranger n'utilisent pas de contraceptifs.

Tout en ayant proposé de modifier l'intitulé du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de santé publique, il faut que dans chaque département, au moins deux établissements soient chargés de l'information sexuelle et de la contraception et que ces établissements disposent d'antennes mobiles. Il faut aussi que l'Education nationale s'adresse à ces établissements pour « occuper » le contingent d'heures destinées au cours de l'année scolaire à l'information sexuelle. Enfin, la programmation d'émissions télévisées régionales relatives à la sexualité, la contraception et l'I.V.G. peut être prévue dans les missions de ces établissements.

Aurons-nous pour autant résolu le problème de l'avortement ? Sans doute pas mais au moins nous aurons amélioré une responsabilité humaine.

L'actuel souverain pontife qualifiait en 1962, dans « Amour et Responsabilité », l'I.V.G. comme « névrogène au plus haut degré »... Peut-on expliquer à une femme responsable ou à une mineure dans le désarroi que son recours est névrogène au plus haut degré !

Faut-il laisser une mineure de moins de seize ans sous l'autorité du consentement parental ou du représentant légal pour pratiquer une interruption de grossesse ?

Certes, 54 % des Français (enquête S.O.F.R.E.S. de juillet 1980), étaient d'accord pour qu'une jeune fille mineure puisse prendre la pilule, mais combien seraient-ils qui refuseraient de donner ce consentement actuellement obligatoire pour qu'une mineure de moins de seize ans se fasse avorter ?

Dans cette perspective l'article L. 162-7 doit prévoir le non-consentement et confier dans ce cas la responsabilité de la demande à la jeune fille, sur demande écrite. Cette interruption de grossesse sera à cette fin considérée comme devant être pratiquée pour « motif thérapeutique ».

II. — LES FILIÈRES ÉTRANGÈRES

La loi de 1975 avait certes légalisé l'avortement, mais avait de plus permis de mettre fin aux voyages vers l'Angleterre et les Pays-Bas particulièrement.

De 1975 à 1979, la régression de ces visites éclairs des cliniques londoniennes était certaine. Depuis la reconduction en 1979 de cette loi, on constate une recrudescence de ces voyages. Pourquoi donc un retour à la situation antérieure à 1975 ? Plusieurs explications sont possibles.

Tout d'abord, il faut connaître parfaitement le type de clientèle française des cliniques anglaises ou hollandaises : des mineures cachant leur grossesse, des étrangères à faible revenu, des femmes ayant dépassé volontairement le délai de dix semaines, et enfin des femmes qui ont aussi dépassé ce délai de dix semaines, mais involontairement.

Le problème des mineures et des étrangères a été partiellement évoqué et tenté d'être résolu par la modification présentée ci-dessus des articles L. 162-7 et L. 162-11.

Par contre, le problème du délai de dix semaines imposé par la loi française implique deux considérants. Le délai est trop court et il contraint les intéressées à prendre rapidement une décision. Bien souvent, lorsque la décision est prise, les patientes sont renvoyées de service en service faute de place, jusqu'à la date limite. Les centres hospitaliers régionaux et généraux (416) ont bien souvent des équipements insuffisants et orientent vers le secteur privé (24 %), étranger (15 %), le planning familial (10 %). Des hôpitaux (30 %) n'avortent plus après six semaines (Guéret, Lyon, Orsay, Bondy), sept semaines (Metz, Givors), huit semaines (Laval, Nanterre, Saint-Dizier). Dans le département du Finistère, sur dix hôpitaux publics, deux seulement pratiquent l'I.V.G.

Ces considérations obligent par conséquent de nombreuses personnes à choisir la filière anglaise : trois cliniques anglaises particulièrement reçoivent 70 Françaises par semaine, et l'une d'elles (Parkview Clinic) pratique le démarchage en France, sous forme d'agence spécialisée auprès du corps médical.

Les propositions anglaises et hollandaises sont effectivement audacieuses : avortement jusqu'à vingt-quatre semaines en Angleterre (antérieurement vingt-huit semaines), et jusqu'à vingt et une semaines aux Pays-Bas.

Faut-il savoir néanmoins que les prix varient de 1.082 F (onze semaines) à 2.500 F (vingt-trois semaines).

Posons la question : est-il besoin d'augmenter le nombre de semaines tolérées ? Le corps médical est unanime à reconnaître que jusqu'à dix semaines, l'intervention reste bénigne. Des propositions tendaient à repousser le délai limite jusqu'à quatorze semaines. Ceci vraisemblablement, porterait le nombre de demandes d'avortement tardif à un millier. Quant au délai de vingt semaines, il serait une incitation aux avortements tardifs et dangereux, augmentant les risques d'hémorragies graves, déchirures, perforations et infections.

Si le délai de dix semaines apparaît cependant comme un peu trop court, particulièrement en tenant compte, d'une part, de la date exacte de l'état de grossesse pour la femme, et en retenant d'autre part un délai de réflexion parfaitement admissible, la présente proposition retient de modifier le sixième alinéa de l'article 317 du Code pénal et L. 162-1 du Code de santé publique, en portant ce délai à douze semaines.

Certes, une telle amélioration serait encore perturbée par quelques consultations ou délais à respecter superflus ou trop longs. Telle démarche, aujourd'hui obligatoire auprès d'un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé, devrait au contraire être rendue facultative auprès des services médicaux d'information sexuelle, de consultation prénatale et de contraception. La consultation obligatoire n'apporte, dans le contexte actuel, aucune information de type médical supplémentaire. Il faut laisser au médecin consultant l'entière compétence de l'information clinique, psychologique, sociale, « humaine », le médecin lui-même étant dans la majorité des cas l'homme de confiance.

Pour ces raisons, il est utile de rendre facultatives les dispositions de l'article L. 162-4 et d'harmoniser en conséquence la fin du deuxième alinéa de l'article L. 162-6.

Une autre mesure indispensable est de réduire le délai entre la première visite et la seconde. Celui-ci est d'une semaine au moins actuellement, avec un délai de quinze jours maximum entre les deux. En portant amélioration aux conditions facultatives et non plus obligatoires de l'article L. 162-4, il est donc raisonnable de ramener dans l'article L. 162-5 le délai d'une semaine à cinq jours et le seuil maximum du quinzième au dixième jour.

III. — LA CLAUSE DE CONSCIENCE MÉDICALE

L'article L. 162-8 du Code de santé, stipule la liberté du médecin consultant de ne pas pratiquer une interruption volontaire de grossesse. Bien évidemment, il faut conserver cette liberté professionnelle. Néanmoins, la rédaction actuelle laisse entendre que tout médecin n'est pas tenu de pratiquer une I.V.G., tout en ayant naturellement prévenu l'intéressée lors de la première visite. S'il est précisé depuis 1979 que ce médecin est « tenu de se conformer aux obligations mentionnées aux articles L. 162-3 et L. 162-5 », il n'est pas spécifiquement entendu qu'il s'agisse du médecin consultant.

Ainsi, en modifiant l'alinéa premier de l'article L. 162-8 de sorte que le « médecin consulté dans le cadre de l'article L. 162-3 et L. 162-5 n'est pas tenu de pratiquer l'interruption de grossesse », tout en ayant informé de son refus l'intéressée dès sa première visite, il est indirectement rendu obligatoire pour tous les médecins des centres hospitaliers pratiquant l'I.V.G. de ne pas pouvoir s'opposer à l'intervention chirurgicale.

De même, la loi actuelle laisse la possibilité à une sage-femme, un infirmier ou auxiliaire médical de « ne pas concourir à une interruption de grossesse ». Le personnel médical d'un service public ou participant à un service hospitalier dont une des fonctions est l'I.V.G. doit au contraire être considéré comme lié à l'obligation du service.

Aurait-on proposé pour les greffes d'organes, par exemple, une dérogation pour quelque cause qu'elle soit, à un personnel d'un service de transplantation ou anatopathologie de ne pas concourir à l'intervention !

Enfin, s'il est aussi admissible qu'un médecin chef de service d'un établissement hospitalier public refuse de pratiquer personnellement une I.V.G. il ne peut et ne doit en aucun cas s'opposer à ce que les autres médecins dudit service procèdent à ces interruptions.

Tel est le sens de l'amélioration proposée à la rédaction de l'alinéa 7 de l'article L. 162-8.

Il faut par ailleurs « discipliner » la règle de l'exécution du service public. Actuellement, des établissements d'hospitalisation privés, mais qui participent à l'exécution du service public hospitalier et qui ont un contrat de concession (loi du 31 décembre 1970), peuvent se dispenser de la pratique de l'I.V.G. « si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux ».

La présente proposition tend à reconnaître, dans une rédaction nouvelle des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 162-8, que les établissements privés restent libres, mais que ceux, au contraire, qui participent à l'exécution du service public hospitalier ou qui ont un contrat de concession, ne peuvent refuser que l'I.V.G. soit pratiquée dans leurs locaux.

Enfin, le cinquième alinéa de l'article L. 162-8 devrait être modifié de sorte qu'il soit précisé qu'au moins deux établissements hospitaliers publics par département soient tenus de mettre à la disposition des médecins pratiquant des I.V.G. les moyens nécessaires à la réalisation de ces interventions.

IV. — L'AVORTEMENT A-T-IL UN PRIX :

LE REMBOURSEMENT PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Récemment, la Cour suprême des Etats-Unis décidait que les avortements, à l'exception des cas thérapeutiques, viol ou inceste, ne seraient plus remboursés par l'aide médicale.

Voici donc un grand Etat qui pratique une politique rétrograde, qui recule alors même que le problème du remboursement par la Sécurité sociale en France a été abordé à l'occasion de la contraception en 1962 et de l'avortement en 1974 et 1979. La réponse négative fut confirmée à chaque débat.

Il faut d'abord noter que dans certaines banlieues limitrophes de Paris, un quart des I.V.G. est pris en charge par l'aide médicale gratuite. Par ailleurs, il est inadmissible qu'il y ait un avortement du riche et un avortement du pauvre. Il est, par ailleurs, déplorable que certaines cliniques ayant dépassé le seuil de 25 % des actes, pratiquent des I.V.G. dissimulées sous l'appellation d'actes codifiés, permettant un remboursement par la Sécurité sociale.

Que constate-t-on ? Que telle patiente fortunée ira en clinique en « surnombre » pour être remboursée, que telle autre acceptera un prix élevé parce qu'elle dispose des moyens financiers le permettant. A côté de cela, des femmes ayant peu de ressources seront contraintes aux avortements à bas tarif ou « tarif économique » qui, hélas, comme le confirment de nombreux témoignages, obligent ces femmes à retourner, au lendemain des interventions, à l'hôpital pour faire soigner des infections multiples.

Peut-on, en effet, fournir une statistique précise du nombre de patientes hospitalisées, dont le diagnostic révèle une complication infectieuse due à un avortement récent ?

Peut-on aussi vérifier dans les services spécialisés le nombre d'utilisations de la « boîte de curetage », en principe réservée à une seule intervention ?

Il faut donc, devant ces constats et ces interrogations, accorder le remboursement par la Sécurité sociale. Dans cette perspective, l'article 8 de la loi de 1975 doit être supprimé et l'article L. 181-2 du Code de la santé modifié. Néanmoins, il peut arriver que des mutuelles s'opposent au remboursement du complément de frais. Cette

faculté d'ordre professionnel et donc de solidarité interne à une profession doit être respectée puisqu'au niveau d'une mutuelle, elle n'engage pas la solidarité nationale.

Enfin, le seuil de 25 % du total des actes toléré comme taux maximum d'avortements pratiqués doit être porté à 35 %. En ce sens est modifié l'article L. 128-1 du Code de la santé.

L'avortement est, comme quelques grandes mesures médicales, de dimension plus humaine que d'autres, c'est-à-dire placé dans une dimension de responsabilité du corps qui n'appartient qu'à soi et non pas aux autres.

La liberté oscille entre cette responsabilité impartagée du corps et la responsabilité médicale. L'auteur de la présente proposition de loi, ayant lui-même déposé une proposition de loi sur l'avortement en 1971, a su convaincre le Parlement pour légiférer en matière de greffes d'organes.

Il ose donc espérer un aménagement plus généreux et réaliste de la loi portant sur l'interruption volontaire de grossesse.

PROPOSITION DE LOI

Article premier.

Le chapitre III *bis* du titre premier du Livre II du Code de la santé publique est ainsi intitulé :

« Diffusion des méthodes de contraception, de l'interruption volontaire de grossesse et de l'information sexuelle. »

Art. 2.

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

« Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la douzième semaine. »

Art. 3.

L'article premier de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, complétée par la loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 est complété par le nouvel alinéa suivant :

« Il est créé dans au moins deux établissements hospitaliers de chaque département un service médical d'information sexuelle, de consultation prénatale et de contraception.

« Ce service est habilité à pratiquer l'I.V.G. Le personnel médical et paramédical est seul compétent pour exercer dans ces services hospitaliers et agit sous la responsabilité du directeur de l'hôpital.

« Ces services hospitaliers sont pourvus d'antennes mobiles au sein du département pour assurer l'information sexuelle et pratiquer éventuellement les consultations prévues dans leur mission.

« Les établissements scolaires, en accord avec le ministère de l'Education nationale, celui de la Santé et celui des Droits de la femme, s'adresseront à ces services pour réserver un contingent d'heures destinées, au cours de l'année scolaire, à l'information sexuelle.

« Les associations et entreprises qui souhaiteraient disposer d'une information relative à la sexualité, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse s'adresseront à ce service médical départemental.

« En liaison avec les centres régionaux de la société de programmes F.R. 3, les services médicaux d'information sexuelle, de consultation prénatale et de contraception assureront dans le respect du cahier des charges de la société une émission régionale tous les deux mois.

« Ces services médicaux départementaux seront tenus de faire connaître, tous les ans aux ministères de la Santé, de l'Education nationale et des Droits de la femme le nombre d'interruptions volontaires de grossesses pratiquées et devront une fois par semestre, dans le cadre de l'émission télévisée régionale qui leur est réservée, rendre compte des mêmes statistiques départementales semestrielles. »

Art. 4.

Le sixième alinéa de l'article 317 du Code pénal est ainsi modifié :

« Les dispositions des quatre premiers alinéas du présent article...
Articles L. 162-12 du Code de la santé publique, soit avant la fin de la douzième semaine, ... »

Art. 5.

L'article L. 162-1 du Code de la santé publique est ainsi modifié :

« La femme enceinte peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse. »

Art. 6.

Supprimer au a) 2° de l'article L. 162-3 le membre de phrase :

« qui limite l'interruption de la grossesse ... une situation de détresse. »

Art. 7.

L'alinéa premier de l'article L. 162-4 du Code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 peut, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un service médical d'information sexuelle, de consultation prénatale et de contraception, un centre de planification ou d'éducation familiale, qui devra lui délivrer une attestation de consultation. »

Art. 8.

Au deuxième alinéa de l'article L. 162-4 du Code de la santé publique, supprimer à la fin de la première phrase le membre de phrase suivant : « en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant », ainsi que la seconde phrase.

Art. 9.

Les deuxième et troisième phrases de l'article L. 162-5 du Code de la santé publique sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai de cinq jours suivant la première demande de la femme ; le médecin doit recevoir la demanderesse au plus tard le dixième jour suivant la première demande. »

Art. 10.

La fin du deuxième alinéa de l'article L. 162-6 du Code de la santé publique est ainsi rédigée :

« ... aux articles L. 162-3 et L. 162-5. »

Art. 11.

L'article L. 162-7 est ainsi rédigé :

« Si la femme est mineure célibataire de moins de seize ans, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis. Néanmoins, faute de consentement, mais sur demande écrite de la femme mineure de moins de seize ans, l'interruption volontaire de grossesse peut être pratiquée pour motif thérapeutique dans les conditions définies à l'article L. 162-12. »

Art. 12.

L'alinéa 1 de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Un médecin consulté dans le cadre de l'article L. 162-3 et L. 162-5 n'est pas tenu de pratiquer l'interruption de grossesse : il doit dans ce cas informer dès la première visite, l'intéressée de son refus. »

Art. 13.

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-8 est supprimé.

Art. 14.

Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 162-8 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les établissements d'hospitalisation privés, à l'exception de ceux ayant demandé à participer à l'exécution du service public ou ayant conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, peuvent refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans leurs locaux. »

Art. 15.

Le cinquième alinéa de l'article L. 162-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de grossesses sont fixées par décret. Au moins deux établissements hospitaliers publics par département sont tenus de mettre à la disposition des médecins pratiquant les I.V.G. les moyens nécessaires à la réalisation de ces interventions. »

Art. 16.

L'alinéa 7 de l'article L. 162-8 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le médecin chef de service d'un établissement hospitalier, qui refuse de pratiquer personnellement des I.V.G., ne peut s'opposer à ce qu'il soit procédé à ces interventions dans son service par les autres médecins dudit service. Dans ce cas, il est déchargé des responsabilités qui lui incombent en vertu de l'article L. 798 du présent Code. »

Art. 17.

Le début du deuxième alinéa de l'article L. 162-11 est ainsi modifié :

« Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de seize ans doivent ... »

Art. 18.

L'article 8 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 est abrogé.

Art. 19.

L'article L. 181-2 du Code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse sont pris en charge par la Sécurité sociale dans les conditions fixées par décret. Néanmoins, les mutuelles professionnelles auront la faculté de ne pas rembourser les compléments de frais des soins et d'hospitalisation en cas d'interruption volontaire de grossesse, dans le cadre de l'article L. 162-1 du Code de santé publique. »

Art. 20.

Au premier alinéa de l'article L. 128-1 du Code de la santé publique, l'expression « au quart du total des actes » est remplacée par « trente-cinq pour cent du total des actes ».

Art. 21.

L'article 44-1 du Code de la famille et de l'aide sociale est abrogé.

Art. 22.

Le I de l'article 13 de la loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 est ainsi modifié :

« Il est constitué une délégation parlementaire pour les problèmes de contraception, d'information sexuelle et d'interruption volontaire de grossesse. »

Art. 23.

Le III de l'article 13 de la loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 est modifié ainsi :

« La délégation parlementaire pour les problèmes... a pour mission d'informer les Assemblées :

« a) des statistiques en matière démographique.

« b) ...

« c) ... »

Art. 24.

Les dépenses résultant de l'application de la présente loi seront financées par une majoration à due concurrence de la redevance de sûreté prélevée sur chaque passager aérien embarquant dans un aéroport français de métropole ou d'outre-mer.