

N° 210

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2000-2001

Annexe au procès-verbal de la séance du 31 janvier 2001

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (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 M. Francis GIRAUD,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean Delaneau, *président* ; Jacques Bimbenet, Louis Boyer, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Guy Fischer, Jean-Louis Lorrain, Louis Souvet, *vice-présidents* ; Mme Annick Bocandé, MM. Charles Descours, Alain Gournac, Roland Huguot, *secrétaires* ; Henri d'Attilio, François Autain, Jean-Yves Autexier, Paul Blanc, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Gilbert Chabroux, Jean Chérioux, Philippe Darniche, Claude Domeizel, Jacques Dominati, Michel Esneu, Alfred Foy, Serge Franchis, Francis Giraud, Alain Hethener, Claude Huriet, André Jourdain, Roger Lagorsse, Dominique Larifla, Henri Le Breton, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Jacques Machet, Max Marest, Georges Mouly, Roland Muzeau, Lucien Neuwirth, Philippe Nogrix, Mme Nelly Olin, MM. Lylian Payet, André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Bernard Seillier, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vezinhet, Guy Vissac.

Voir les numéros :

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

Sénat : 120 (2000-2001)

Vie, médecine et biologie.

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS.....	6
I. CONTRACEPTION ET IVG EN FRANCE : LE CONSTAT D'UN ÉCHEC COLLECTIF	8
A. DES IVG ENCORE TROP NOMBREUSES	8
B. LES CARENCES DE L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ ET DE L'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION.....	10
C. UN ACCÈS À L'IVG SOUVENT DIFFICILE.....	13
II. L'ALLONGEMENT DU DÉLAI LÉGAL DE L'IVG : LA FUITE EN AVANT	16
A. UNE RÉPONSE INADAPTÉE	16
B. DES RISQUES GRAVES	18
III. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES : LA PRIORITÉ DONNÉE A L'IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE	24
A. SE DOTER DES MOYENS D'APPLIQUER CORRECTEMENT LES LOIS EXISTANTES	24
B. PERMETTRE LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS LES PLUS DOULOUREUSES DANS LE CADRE DE L'INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE	26
C. MAINTENIR LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE DE L'ENTRETIEN SOCIAL PRÉALABLE.....	27
D. ENTOURER DE GARANTIES LA DIFFICILE QUESTION DE L'ACCÈS DES MINEURES À L'IVG.....	28
E. RÉAFFIRMER LA NÉCESSITÉ D'UN SUIVI MÉDICAL DE LA CONTRACEPTION	29
F. ENCADRER LA PRATIQUE DE LA STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE	30
EXAMEN DES ARTICLES.....	31
• <i>Article additionnel avant le titre premier</i> Mise en place d'une politique d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception.	31
TITRE PREMIER - INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	32
• <i>Article premier</i> Modification de l'intitulé du chapitre sur l'interruption de grossesse	32
• <i>Art. 2 (art. L. 2212-1 du code de la santé publique)</i> Allongement du délai légal.	33
• <i>Art. 3 (art. L. 2212-2 du code de la santé publique)</i> Interruption volontaire de grossesse en médecine ambulatoire	35

•Art. 3 bis (nouveau) (art. L. 2212-3 du code de la santé publique) Informations délivrées à la femme lors de la première consultation médicale	38
•Art. 4 (art. L. 2212-4 du code de la santé publique) Suppression du caractère obligatoire de la consultation sociale	41
•Art. 5 (art. L. 2212-5 du code de la santé publique) Mesure de coordination avec l’allongement du délai à douze semaines	43
•Art. 6 (art. L. 2212-7 du code de la santé publique) Aménagement de l’obligation d’autorisation parentale pour les mineures	45
•Art. 7 (art. L. 2212-8 du code de la santé publique) Clause de conscience.....	53
•Art. 7 bis (nouveau) (art. L. 2322-1 et L. 2322-4 du code de la santé publique) Suppression du contingentement du nombre d’IVG dans les établissements de santé privés	55
•Art. 8 Modification des termes de l’intitulé d’un chapitre désormais consacré à l’interruption de grossesse pratiquée pour motif médical.....	56
•Art. 8 bis (nouveau) (art. L. 2213-1 du code de la santé publique) Modification de la procédure préalable à la décision de pratiquer une interruption médicale de grossesse	57
•Art. 9 (art. L. 2213-2 du code de la santé publique) Disposition de coordination relative à l’interruption de grossesse pour un motif médical.....	60
•Art. 10 (art. L. 5135-1 et L. 5435-1 du code de la santé publique) Interdiction et sanctions de la vente à des personnes n’appartenant pas au corps médical de dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse.....	60
•Art. 11 (art. 223-11 du code pénal, art. L. 2222-2 du code de la santé publique) Transfert dans le code de la santé publique des dispositions du code pénal relatives à la pratique illégale de l’IVG	63
•Art. 11 bis (nouveau) (art. 223-12 du code pénal, art. L. 2222-4 du code de la santé publique) Transfert dans le code de la santé publique des dispositions du code pénal relatives au fait de fournir à une femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même	66
•Art. 12 (art. L. 2221-1 du code de la santé publique et art. 84, 85, 86 et 89 du décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises) Abrogation de dispositions sur la propagande en faveur de l’interruption volontaire de grossesse et de dispositions obsolètes.....	67
•Art. 12 bis (nouveau) (art. L. 2223-2 du code de la santé publique) Renforcement du délit d’entrave à la pratique légale des interruptions de grossesse	70
•Art. 13 (art. L. 2412-1, L. 2412-2 et L. 2412-3 du code de la santé publique, art. 723-2 du code pénal) Application à la collectivité territoriale de Mayotte	71
•Art. 14 (art. L. 2212-1 et L. 2212-7 du code de la santé publique art. 713-2 du code pénal) Application aux territoires d’outre-mer et à la Nouvelle-Calédonie.....	72
•Art. 15 (art. L. 132-1 du code de la sécurité sociale) Prise en charge intégrale par l’Etat des dépenses nécessaires aux interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des femmes mineures non émancipées n’ayant pas obtenu le consentement parental.....	74
TITRE II - CONTRACEPTION.....	76
•Art. 16 (art. L. 2311-4 du code de la santé publique) Délivrance des contraceptifs dans les centres de planification familiale	76
•Art. 16 bis (art. L. 312-16 du code de l’éducation) Education sexuelle dans les établissements scolaires	77
•Art. 17 (art. L. 5134-1 du code de la santé publique) Délivrance et prescription des contraceptifs.....	78
•Art. 18 (art. L. 5434-2 du code de la santé publique) Mise à jour de dispositions pénales relatives aux contraceptifs	83

• <i>Art. 19 (nouveau) (art. L. 2123-1 du code de la santé publique)</i> Stérilisation à visée contraceptive	84
• <i>Art. 20 (nouveau) (art. L. 2123-2 nouveau du code de la santé publique)</i> Stérilisation à visée contraceptive des personnes incapables majeures	87
TRAVAUX DE LA COMMISSION	90
I. AUDITION DU MINISTRE	90
II. EXAMEN DU RAPPORT	98
ANNEXE N° 1 - LISTE DES PERSONNES ET ORGANISATIONS AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	116
ANNEXE N° 2 - FICHE D'ÉTUDE D'IMPACT	118
TABLEAU COMPARATIF	123
Auditions	152

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Un quart de siècle après le vote de la loi du 17 janvier 1975, le Parlement se trouve conduit à réexaminer le cadre juridique régissant l'interruption volontaire de grossesse.

Il est heureux que le débat se déroule aujourd'hui dans un climat moins passionné que celui de l'époque. Chacun s'accorde à reconnaître que la loi Veil était nécessaire et qu'elle a atteint son objectif : elle a permis de mettre fin à cette honte collective que constituaient les décès de ces femmes victimes d'avortements clandestins. Elle s'est traduite, de ce point de vue, par un incontestable progrès.

Le projet de loi qui nous est aujourd'hui soumis propose d'allonger de deux semaines le délai légal pour pratiquer une IVG afin de porter celui-ci à dix semaines de grossesse ou douze semaines d'aménorrhée.

Votre commission a considéré que cette question devait être abordée de manière sereine, hors de toute considération morale, philosophique ou idéologique, en gardant à l'esprit qu'il s'agit pour le législateur de trouver une solution concrète à des situations humaines toujours douloureuses.

Le problème éthique que constitue l'avortement a été abordé au fond et largement débattu par notre société lors du vote de la loi de 1975, puis de son réexamen en 1979. De ce point de vue, il n'y a, à l'évidence, aucune différence entre un avortement réalisé à huit, dix ou douze semaines de grossesse.

L'allongement du délai légal soulève néanmoins des questions délicates. Votre commission regrette à cet égard la déclaration d'urgence dont le Gouvernement, d'emblée, a assorti la discussion du projet de loi. Un tel sujet aurait nécessité réflexion et concertation entre les deux assemblées.

Votre commission a souhaité recueillir l'avis d'un certain nombre de personnalités susceptibles d'éclairer sa réflexion : ces auditions, dont le compte rendu intégral est publié dans le tome II du présent rapport, ont donné lieu à des débats extrêmement riches qui témoignent d'une très grande diversité d'approches.

Au terme de son analyse, votre commission a tout d'abord formulé le constat d'un triple échec :

- le nombre d'IVG n'a pas significativement diminué depuis 1976 ;
- notre pays ne s'est pas doté d'une véritable politique d'information sur la sexualité et la contraception ;
- notre pays ne s'est pas davantage donné les moyens d'appliquer correctement la loi Veil.

Analysant la disposition essentielle de ce projet de loi -l'allongement du délai légal pour l'IVG-, votre commission, dans sa majorité, a constaté que cette proposition, outre qu'elle n'apportait pas de réponse au problème posé -le départ à l'étranger des femmes hors délais- comportait de surcroît des risques inquiétants.

Donnant la priorité à l'impératif de santé publique, votre commission a donc fait le choix de s'opposer à l'allongement du délai légal et de formuler parallèlement un certain nombre de propositions de nature à apporter une solution effective aux difficultés rencontrées.

Elle a ainsi jugé qu'il convenait de se doter des moyens d'appliquer correctement les lois existantes, de permettre la prise en charge des situations les plus douloureuses dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse, de maintenir le caractère obligatoire de l'entretien social préalable, d'entourer de garanties la difficile question de l'accès des mineures à l'IVG, de réaffirmer la nécessité d'un suivi médical de la contraception et d'encadrer la pratique de la stérilisation à visée contraceptive.

Enfin, à titre symbolique, votre commission a exprimé le regret que ce projet de loi « *relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* » traite en premier lieu -c'est l'objet du titre premier- de l'IVG et qu'il relègue en fin de texte, dans le titre II, le volet contraception.

Votre commission considère, en toute logique, que l'accent devait d'abord porter sur la contraception, dont l'échec éventuel conduit à l'IVG.

I. CONTRACEPTION ET IVG EN FRANCE : LE CONSTAT D'UN ÉCHEC COLLECTIF

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été autorisée en France sous certaines conditions, de façon temporaire par la loi du 17 janvier 1975, puis de façon définitive par la loi du 31 décembre 1979. Son remboursement, pris en charge par l'Etat, a été mis en œuvre en 1983.

L'article L. 2212-1 du code de la santé publique précise que l'interruption de la grossesse peut 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 qui rappelle 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 deuxième consultation médicale, qui doit avoir lieu au plus tôt deux jours après l'entretien, elle doit remettre au médecin l'attestation d'entretien et la confirmation écrite de sa demande d'interruption de grossesse.

Lorsque l'interruption de grossesse est pratiquée pour **motif thérapeutique**, elle peut avoir lieu **au-delà du délai de dix semaines**, le diagnostic prénatal étant prévu par la loi.

Pour les **mineures** célibataires, l'article L. 2212-7 du code de la santé publique rend obligatoire **l'autorisation d'un des parents** ou du représentant légal. En revanche, les mineures mariées n'ont pas besoin d'une telle autorisation.

A. *DES IVG ENCORE TROP NOMBREUSES*

Le nombre d'IVG n'a pas significativement diminué depuis 25 ans.

Ce constat accablant est aussi celui d'un échec collectif dont la responsabilité est partagée par toutes les majorités politiques qui se sont succédé pendant cette période.

En 1976, il y avait 250.000 IVG par an dans notre pays. En 1998, 214.000 IVG ont encore été pratiquées¹ : en un quart de siècle, le nombre des IVG n'a donc que très faiblement diminué (-14 %).

Le nombre d'IVG avait plutôt légèrement diminué de 1990 à 1995 pour atteindre 199.000. Il a augmenté deux fois, en 1996 et en 1998, sans que l'on puisse discerner les raisons de ces variations.

Selon le rapport du professeur Nisand, que votre commission a auditionné le 20 décembre 2000, chaque femme connaît en moyenne dans sa vie une grossesse accidentelle et, une fois sur deux, elle décide de l'interrompre.

Pour la très grande majorité des femmes, -les 5/6ème- le recours à l'avortement est accidentel et unique. L'IVG en France n'est donc pas un moyen de contraception, même pour les femmes qui y ont recours plusieurs fois dans leur vie.

La France se situe à une place moyenne en Europe : on y avorte plus qu'en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, mais moins qu'en Italie et qu'en Europe de l'Est.

La légère croissance du taux d'IVG chez les plus jeunes femmes constitue un phénomène particulièrement préoccupant.

Rapporté au nombre de femmes considérées habituellement comme étant en âge de procréer (c'est-à-dire les femmes de 15 à 49 ans), le nombre d'IVG pour 1.000 femmes a évolué à la baisse, de 13,6 en 1990 à 13,3 en 1997. Toutefois, il faut noter qu'à partir de 1991, les femmes nées dans les années d'après-guerre arrivent dans la tranche d'âge des 45 à 49 ans au sein de laquelle les IVG sont rares (0,7 ‰). L'augmentation importante du nombre de femmes dans cette tranche d'âge (700.000 entre 1990 et 1997) exerce, à cet égard, un effet mécanique à la baisse².

Si, en revanche, on ne prend en compte que les femmes âgées de 15 à 44 ans le taux d'IVG apparaît plutôt en légère progression, de 15,0 ‰ en 1990 à 15,4 ‰ en 1997.

En fait, ce taux a plutôt crû pour les jeunes et très jeunes femmes, ce qui révèle peut-être un changement de comportement. Ainsi, de 1990 à 1997, le recours à l'IVG est plutôt stable au-delà de 25-26 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes. Les taux les plus élevés concernent les femmes de 20 à

¹ Ce chiffre comprend les 3.000 interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG) déclarées pour des motifs médicaux.

² Cf. DREES, « Les IVG en 1998 », dans Etudes et Résultats, n° 69, juin 2000.

24 ans (24 % en 1997, 21 % en 1990), **mais la plus forte augmentation est le fait des 18-19 ans : 19 % contre 15 % sept ans auparavant.**

Pour les très jeunes femmes, âgées de 15 à moins de 18 ans, le taux atteint près de 7 % en 1997 (6 % en 1990). Cette évolution, certes limitée par rapport à celle constatée pour les femmes un peu plus âgées, illustre l'importance d'une information précoce sur les moyens contraceptifs et d'un accès facilité aux jeunes.

L'augmentation du taux d'IVG chez les jeunes femmes peut donner lieu à plusieurs hypothèses, encore difficiles à confirmer. L'évolution des modes de vie dans un contexte parfois marqué par la précarité économique pourrait apporter des éléments d'explication.

Une fraction significative des jeunes femmes d'aujourd'hui a, en effet, été confrontée à des situations prolongées de chômage, pour elles-mêmes ou leurs proches. Ceci a, entre autres, pour effet de conduire à des installations en couples plus tardives, avec ou sans mariage, et donc à un nombre croissant de jeunes femmes seules ou n'ayant pas de situation professionnelle et familiale stable. Celles-ci pourraient avoir plus de difficultés, souvent en raison de leur situation matérielle, à recourir à une contraception efficace et, en cas de grossesse accidentelle, ne pas se sentir en mesure de l'assumer.

L'accent mis sur la prévention contre le Sida et l'usage du préservatif a pu aussi faire ressentir la contraception comme un élément secondaire au regard de la protection contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et ne pas inciter à des pratiques contraceptives plus systématiques ou plus sûres que le seul préservatif.

B. LES CARENCES DE L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ ET DE L'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

Notre pays ne s'est pas doté d'une véritable politique d'information sur la sexualité et la contraception.

La persistance d'un nombre élevé d'IVG révèle les carences des politiques menées à cet égard depuis trente ans et les lacunes de l'enseignement médical concernant la contraception.

Votre commission partage à cet égard l'analyse du Comité consultatif national d'éthique qui, dans sa réponse à la saisine du Président du Sénat, relevait :

« Le nombre et la proportion de femmes qui recourent à l'IVG dans notre pays sont supérieurs à ceux d'autres pays d'Europe (nombre estimé à plus de 200.000 par an, dont 170.000 déclarés, soit près d'une grossesse sur cinq), ce qui est

inacceptable et blesse tant l'esprit que la lettre de la loi de 1975. Une politique de santé publique responsable ne saurait donc s'exonérer à bon compte de la question posée par la détresse vécue par des milliers de femmes chaque année. Ce n'est pas en érigeant des interdictions temporelles ou des barrières légales que la question sera résolue, mais plutôt en faisant tout pour faciliter, dans un cadre éducatif institutionnel ou associatif, l'accès à la connaissance de la vie affective et sexuelle, du sens de la relation, de la maternité et de la paternité. C'est sur cette base que devrait être dispensée l'information sur la contraception pré et post-rapport sexuel et sur les risques psychologiques et organiques d'une IVG.

« Le recours excessif à l'IVG 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. (...)

« Il y va de la responsabilité de la société et des pouvoirs publics de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour informer les jeunes femmes, mais aussi les jeunes hommes, du risque de grossesse non désirée et de ses conséquences. »

Le législateur ne peut à l'évidence se satisfaire de la persistance d'un nombre aussi élevé d'IVG. Certes, même s'il existait une politique plus volontariste de prévention des grossesses non désirées, il persisterait toujours des demandes d'IVG parce que les méthodes contraceptives ne sont jamais parfaitement efficaces et qu'il existe une différence réelle entre désir de grossesse et désir d'enfant.

Toutefois, votre commission a la conviction que des efforts importants peuvent encore être menés afin de favoriser une utilisation bien comprise de la contraception. Si la contraception est aujourd'hui largement répandue dans notre pays, elle n'est pas suffisamment maîtrisée. En outre, les inégalités sociales sont manifestes : le taux de recours à la contraception et le degré d'information restent liés au niveau d'insertion sociale.

Certes, notre pays se caractérise par une utilisation de la contraception relativement large¹ : deux femmes âgées de 20 à 44 ans sur trois y ont recours. 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

¹ Ces éléments statistiques sont repris du rapport de notre collègue Janine Bardou, fait au nom de la Délégation aux droits des femmes, sur la proposition de loi relative à la contraception d'urgence (Sénat, n° 43 (2000-2001)).

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.

Cependant, ces statistiques cachent des réalités plus préoccupantes, qui concernent le plus souvent les adolescentes. **La méconnaissance des mécanismes élémentaires de la transmission de la vie reste encore grande, particulièrement chez les jeunes.**

L'enquête réalisée par la SOFRES pour Sida Info service¹ confirme largement ce fait : les principaux canaux d'information des jeunes de 15-24 ans en matière de sexualité sont les pairs (amis, frères et soeurs pour 65 % d'entre eux), loin devant les médias (45 % pour la télévision, 36 % pour la presse écrite, 19 % pour la radio) et, **très loin devant, les médecins, qui précèdent eux-mêmes les parents (26 %).**

L'institut de sondage commentait d'ailleurs : « *la sexualité est une préoccupation majeure et reste un sujet sensible, difficile à aborder au sein de la cellule familiale* ».

En France, l'âge médian du premier rapport sexuel est situé à 17 ans pour les femmes comme pour les garçons -une donnée qui n'a pas varié depuis plusieurs décennies. Parmi les jeunes sexuellement actifs, 87 % déclarent avoir utilisé un préservatif la première fois. En revanche, le préservatif a été nettement moins utilisé lors de la dernière relation sexuelle en date (80 % pour les garçons et 53 % pour les filles). Les jeunes vivant avec leurs parents de naissance ou « d'adoption » utilisent plus le préservatif (89 %) que les jeunes issus de familles monoparentales (83 %) ou recomposées (82 %), et déclarent avoir eu moins de rapports sexuels que ces derniers. On peut donc dire que l'éducation pour la santé se fait principalement dans le milieu familial où peut se produire un échange sur les règles de vie.

Les données statistiques concernant les jeunes adultes et les mineures adolescentes ne sont guère satisfaisantes :

- 30 % des IVG concernent les moins de 25 ans ;

- 10 % concernent les moins de 20 ans : 6.000 IVG chez les moins de 18 ans, 10.000 chez les 18-20 ans ;

- la proportion des mineures enceintes recourant à l'IVG augmente fortement : elle était de 59,7 % en 1985, de 64 % en 1990 et de 71,8 % en 1995 ;

¹ Sida Info Service, Les 15-24 ans face au sida et à la sexualité, étude réalisée à partir des appels reçus à S.I.S. et d'un sondage SOFRES sur un échantillon de 500 personnes, 1^{er} décembre 1999.

- les adolescentes sont trois fois plus nombreuses que les adultes à n'utiliser aucune contraception : c'est le cas de 10 % d'entre elles environ.

L'ensemble des données disponibles attestent une vulnérabilité forte et même grandissante des mineurs adolescents du point de vue de l'accès à la contraception. Si ces derniers ont, dans leur grande majorité, bien intégré les messages de santé publique en matière de protection lors des rapports sexuels, une proportion non négligeable (de l'ordre de un sur dix ?) a des rapports sexuels sans 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.

En outre, le contexte actuel de relâchement de la vigilance à l'égard de la transmission sexuelle du Sida comporte un risque accru de grossesse non désirée.

Un effort particulier doit donc être fait en direction des jeunes. L'exemple des Pays-Bas montre précisément qu'une politique d'éducation sexuelle précoce permet de réduire significativement le nombre des IVG.

C. UN ACCÈS À L'IVG SOUVENT DIFFICILE

Notre pays ne s'est pas davantage donné les moyens d'appliquer correctement la loi Veil.

Les nombreuses auditions auxquelles la commission a procédé ont révélé les dysfonctionnements que connaissent les structures chargées d'accueillir les femmes et de pratiquer les IVG : manque de personnels médicaux et paramédicaux en raison des difficultés de recrutement, moyens insuffisants, accueil parfois inadapté des femmes...

Ces dysfonctionnements ne sont pas étrangers aux difficultés fréquemment rencontrées par les femmes pour accéder à l'IVG dans les délais légaux. Force est de constater que la loi de 1975 n'est pas correctement appliquée : certaines femmes sont renvoyées de structure en structure et se retrouvent donc hors délai au motif que les équipes sont débordées, particulièrement à certaines périodes de l'année.

Comme l'a souligné le Professeur Nisand, lors de son audition par la commission le 20 décembre 2000¹, « *Des difficultés sérieuses voire graves apparaissent dans certaines grandes villes en ce qui concerne la continuité du service public, en particulier en été où les femmes dans notre pays se trouvent confrontées à des difficultés parfois insurmontables. On peut dire que c'est parfois la maltraitance au quotidien qui les attend lorsqu'elles sont dans une démarche d'IVG.* »

Cette situation a été confirmée par le Professeur Frydman² : « *il y a un hiatus important entre les moyens, la disponibilité du service public et la demande. Dans ce hiatus, je vois une cause importante du retard et du fait que les femmes viennent pour une prise en charge tardive, ce qui a suscité tout le débat sur la prise en charge au-delà des douze semaines d'aménorrhée. (...) Au-delà de douze semaines d'aménorrhée, cette prise en charge est due, pour un grand nombre, soit à l'ambivalence de la grossesse, soit à un manque de rapidité des rendez-vous médicaux que tout le monde a pu constater dans les interviews et enquêtes qui ont été faites.* »

Ces dysfonctionnements structurels se manifestent par les difficultés de recrutement des personnels médicaux et paramédicaux et par un accueil souvent inadapté des femmes concernées.

L'activité d'IVG est en effet peu valorisée aux yeux des médecins. Ces derniers rencontrent de surcroît des problèmes de statut dans les hôpitaux où les activités « nobles » sont faites par les hospitaliers plein temps souvent peu nombreux pour les tâches qu'ils assument.

Les IVG sont souvent reléguées à des vacataires dont c'est la seule fonction hospitalière. L'activité d'IVG est donc marginalisée.

La faible considération de la pratique des IVG aux yeux des médecins oblige certains hôpitaux à rémunérer trois vacations pour une seule effectivement réalisée pour que cette activité puisse se poursuivre.

Cette organisation rend compte en partie des problèmes rencontrés par les hôpitaux en été où les vacataires prennent leurs vacances et ne sont pas remplacés.

L'accueil des femmes souhaitant accéder à une IVG est souvent peu satisfaisant et conduit certaines femmes à se retrouver hors délais. Le rapport du Professeur Nisand signale ainsi l'existence, dans certaines structures, d'un contingentement des IVG acceptées par un service en fonction d'un nombre de

¹ Cf. tome II du présent rapport, p. 4.

² Id. p. 29.

lits dédié arbitrairement à cette activité ou encore en fonction d'un bloc opératoire saturé.

Ce contingentement se traduit par un accroissement des délais de rendez-vous et par la réalisation plus tardive des IVG, ce qui en accroît la morbidité physique et le risque psychique. L'accroissement des délais de prise en charge entraîne aussi un report sur les établissements privés où la prise en charge est souvent plus rapide.

Trop nombreuses sont les femmes mal accueillies ou ayant reçu un accueil culpabilisant, des informations erronées, des rendez-vous tardifs qui parfois font dépasser les délais. Le manque d'empressement à pratiquer des IVG est parfois masqué par des attitudes moralisatrices dont la plus fréquente est le refus de prise en charge des patientes qui ont eu une IVG dans leurs antécédents.

Certes, le système hospitalier public étant tenu de par la loi de répondre aux demandes d'interruption de grossesse, les hôpitaux publics prennent en charge les deux tiers environ des IVG réalisées sur l'ensemble du territoire.

Mais les difficultés rencontrées par les femmes dans le secteur public les obligent parfois à recourir au secteur privé. Les établissements privés sont donc les relais naturels d'un secteur public insuffisant. Les difficultés qu'ils rencontrent à répondre dans l'urgence aux demandes non prises en compte par les hôpitaux publics tendent à mettre les femmes dans une situation de non-choix. Les structures privées sont de fait très inégales dans l'accueil de ces femmes et le rapport du Professeur Nisand constate qu'un certain nombre d'anomalies y ont pu être relevées.

II. L'ALLONGEMENT DU DÉLAI LÉGAL DE L'IVG : LA FUITE EN AVANT

A. UNE RÉPONSE INADAPTÉE

La disposition essentielle de ce projet de loi est l'allongement de deux semaines, soit de dix à douze semaines de grossesse, du délai légal pour pratiquer une IVG.

Cette modification de la loi Veil est jugée nécessaire par le Gouvernement pour répondre à la situation de femmes, dont le nombre est estimé à 5.000 par an, qui, ayant dépassé le terme des dix semaines de grossesse, sont contraintes de se rendre à l'étranger pour obtenir une IVG dans des pays où le terme légal est plus éloigné.

L'étude d'impact du projet de loi, dont le contenu est particulièrement étique¹, précise que cette mesure « *ferait diminuer de plus de 80 % le nombre de femmes se rendant à l'étranger pour une IVG (5.000) et irait dans le sens d'une harmonisation des législations européennes sur ce plan.* »

Nul ne peut naturellement rester insensible à la détresse de ces femmes et chacun s'accordera à considérer que cette situation est véritablement inacceptable.

On notera cependant que ces 5.000 femmes ne représentent que 2,3 % du nombre des IVG pratiquées chaque année en France. Le législateur s'interroge nécessairement sur le bien-fondé de la modification d'une règle générale, adaptée pour 98 % des femmes concernées, pour tenter de traiter des situations certes dramatiques mais qui n'en concernent que 2 %.

On pourrait toutefois concevoir une modification des principes définis en 1975 si cet allongement du délai était de nature à résoudre les problèmes évoqués. Ce n'est malheureusement pas le cas.

En effet, en pratique seule la moitié, 2.000 à 3.000 selon les estimations les plus fiables, serait susceptible de bénéficier de ces deux

¹ Cette étude d'impact est publiée en annexe du présent rapport.

semaines supplémentaires¹. L'autre moitié dépasse de toute façon le délai de douze semaines de grossesse. Dans l'immédiat, qu'advient-il de ces femmes enceintes ? Le projet de loi reste muet sur ce point : pour elles, ce sera donc, comme aujourd'hui, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne ou l'Espagne ! Comment s'en satisfaire ?

Un allongement du délai conduira inévitablement un certain nombre de femmes, de manière bien compréhensible s'agissant d'une décision aussi douloureuse, à attendre davantage qu'elles ne font aujourd'hui.

Il y a fort à craindre que, demain, ce soit 5.000 femmes et non plus 2.000 ou 3.000 qui se trouvent au-delà du délai légal de douze semaines de grossesse. Faudra-t-il alors changer encore la loi pour passer à quatorze semaines, puis à seize semaines de grossesse ?

Le Gouvernement n'a pas essayé d'analyser les raisons pour lesquelles un certain nombre de femmes sont contraintes de partir à l'étranger. Il répugne à formuler une analyse qui conclurait à la carence des politiques publiques.

Ces raisons sont en effet de trois ordres.

- Il y a tout d'abord l'insuffisante formation de nos concitoyens sur les mécanismes de la transmission de la vie. Il n'est pas normal que des jeunes filles se retrouvent hors délai tout simplement parce que personne ne leur a expliqué qu'elles pouvaient être enceintes.

- Il y a ensuite les fréquentes difficultés rencontrées par les femmes pour accéder à l'IVG dans les délais légaux, difficultés qui ont été évoquées plus haut.

- Il y a enfin des situations particulières de détresse extrême qui conduisent à un dépassement des délais. Il s'agit souvent de femmes isolées, en situation de précarité, parfois victimes de viols, voire d'incestes.

A toutes ces difficultés, le Gouvernement répond par un allongement du délai légal qui :

- ne portera pas remède à l'ignorance de certains de nos concitoyens sur les mécanismes essentiels de la transmission de la vie ;

¹ Mme Martine Leroy, de la Confédération du Mouvement français pour le planning familial, a ainsi indiqué, lors de son audition devant la commission le 20 décembre 2000 : « Nous avons expliqué que ce délai (de deux semaines supplémentaires) ne couvrirait pas les demandes de 80 % des situations comme il a été dit parfois. Ce seront 40 % des situations qui seront réglées. Par conséquent, 60 % partiront à l'étranger s'il n'y a pas de solution proposée en France. »

- n'améliorera pas le fonctionnement quotidien du service public de l'IVG ;

- enfin, ne résoudra en rien les situations particulières de détresse évoquées à l'instant.

Votre commission, dans sa majorité, partage à cet égard l'analyse formulée par le Professeur Nisand, lors de son audition le 20 décembre 2000¹, « *Il me semble, en tant que citoyen qu'il eût été préférable, plutôt que de voter deux semaines maintenant, de trouver une configuration qui permît de régler définitivement ce problème.*

« Toujours dans le domaine du droit de la femme, ce sont les plus défavorisées et les plus jeunes qui dépassent le plus le délai. Les plus jeunes sont souvent dans des situations de sollicitation sexuelle intra-familiale, nous sommes dans du Zola. Il n'y aura nul mal à démontrer d'ici trois ans que l'ajout de deux semaines, apporté en 2001, est insuffisant. Ce sera à nouveau les 3.000 femmes les plus défavorisées qui seront dans la « panade » la plus complète et nous ne pourrons à nouveau ne pas écouter cette très grande misère et cette très grande difficulté. Je peux vous prédire que si nous laissons le texte tel qu'il est actuellement, nous y reviendrons encore et encore. Je ne trouve cela ni astucieux ni élégant sur le plan de la logique parlementaire. »

B. DES RISQUES GRAVES

Outre qu'il n'apporte aucune solution au problème posé, l'allongement du délai comporte un certain nombre de risques qui sont loin d'être négligeables.

1. Un changement de nature de l'acte médical

L'allongement du délai de deux semaines a des conséquences médicales que l'on ne peut occulter. Comme votre commission a pu s'en rendre compte lors des auditions auxquelles elle a procédé, cette question est cependant pour le moins controversée.

Certains des médecins auditionnés ont expliqué que, d'un point de vue technique et médical, une interruption de grossesse à douze semaines n'était pas différente d'une interruption pratiquée à dix semaines.

D'autres ont insisté sur les modifications physiologiques de l'embryon, qui commence à s'ossifier après dix semaines, et sur les nécessités

¹ Cf. tome II du présent rapport, p. 5-6.

techniques qui imposent en conséquence un environnement et une compétence différentes que ceux nécessaires pour les IVG pratiquées avant 10 semaines.

Ainsi le Professeur Nisand a indiqué : « *Jusqu'à dix semaines, et sans vous abreuver de détails techniques, l'IVG est un geste relativement facile sur le plan technique et sur le plan psychologique. Je dis bien relativement, car sont venus à notre aide des moyens médicaux qui nous permettent de faire une IVG, j'allais dire un peu sans y toucher, en tout cas pas de manière chirurgicale pour les jeunes IVG. Lorsque nous sommes obligés de le faire de manière chirurgicale, le geste est rapide et relativement facile.*

« *Lorsque l'embryon devient un fœtus, au-delà de dix semaines, il s'ossifie et les choses se gâtent sur le plan technique, c'est-à-dire que le geste devient difficile, non pas seulement sur le plan technique, et je vous passe les détails, mais également sur le plan psychologique. Les médecins ne sont pas des automates et des techniciens, ils sont comme vous, ils ont une âme. Les difficultés techniques vont s'aggravant avec l'âge gestationnel. Il faut donc entendre les médecins lorsqu'ils vous disent que cela est difficile.* »

Pour votre rapporteur, ce débat médical a été arbitré par l'analyse formulée conjointement par l'Académie nationale de médecine et l'Ordre national des médecins (cf. encadré ci-après).

S'appuyant sur cette synthèse autorisée des points de vue médicaux, votre rapporteur estime que l'intervention devient plus difficile tant d'un point de vue technique que psychologique entre la dixième et la douzième semaine de grossesse. Deux semaines supplémentaires changent la nature de l'acte médical : elles impliquent un effort considérable de formation et la mise en place de moyens techniques garantissant la sécurité des interventions.

***Communiqué de l'Académie nationale de médecine
au nom d'un groupe de travail à propos du projet de loi
sur l'interruption volontaire de grossesse et la contraception***

L'Académie nationale de médecine et l'Ordre national des médecins ont pris connaissance du projet de loi n° 2605 du 6 octobre 2000 relatif à l'interruption volontaire de grossesse et la contraception.

1. Ce projet de loi vise à prolonger le délai de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse, chez une femme en état de détresse psychologique ou sociale et en dehors de toute indication médicale.

Ayant pour unique objectif la sécurité et la quantité des soins et après avoir pris l'avis du Collège national des gynécologues obstétriciens français, l'Académie nationale de médecine et l'Ordre national des médecins rappellent que plus on s'éloigne des premières semaines de grossesse, plus le risque de complications devient grand.

Dans l'intérêt de la santé des femmes, ils demandent que toutes les précautions médicales requises dans cette éventualité soient mises en place. Celles-ci devront être différentes de celles jusqu'alors utilisées dans les centres d'orthogénie : les moyens devront être intégrés dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical ; ils devront concerner non seulement les équipements et les locaux, mais aussi la compétence des intervenants et le recours habituel à la discipline d'anesthésie réanimation.

En outre, l'interruption volontaire de grossesse devra être précédée d'une information complète sur les risques que l'intéressée pourrait encourir pendant et après l'opération.

2. L'Académie nationale de médecine et l'Ordre national des médecins rappellent que l'interruption volontaire de grossesse n'est pas un moyen de contraception.

Une information concernant celle-ci, mieux développée, mieux comprise et mieux acceptée permettrait de diminuer le nombre des interruptions volontaires de grossesse, ainsi que l'incidence des maladies sexuellement transmissibles.

A condition d'être l'objet d'un suivi médical, la contraception ne comporte que de très faibles risques pour la santé.

3. Les soins médicaux aux mineures réclament actuellement l'autorisation légale des parents. Des modifications législatives particulières seront nécessaires dans l'intérêt des jeunes et pour mettre l'exercice de la médecine en conformité avec la loi.

4. Enfin, l'Académie nationale de médecine rappelle les termes de son rapport sur l'éducation à la vie affective et sexuelle dans les établissements d'enseignement, adopté le 23 juin 1998.

2. Une dégradation probable des conditions d'accès à l'IVG

L'allongement du délai risque ainsi de dégrader encore le fonctionnement quotidien du service public. Il est probable que l'accès à l'IVG restera toujours aussi difficile pour certaines femmes et il est à craindre que ces difficultés soient encore accrues.

A la lassitude d'une génération « militante » qui s'est mobilisée en 1975, viendront s'ajouter les réticences croissantes de nombreux médecins à pratiquer des IVG au-delà des dix semaines de grossesse. Ces réticences sont d'ailleurs partagées par l'ensemble des personnels de santé qui travaillent dans les centres d'orthogénie.

Ainsi, comme le soulignait le Professeur Frydman, lors de son audition par la commission, le 20 décembre 2000¹, « *Après douze semaines d'aménorrhée, il y a là une étape sur laquelle nombre de praticiens qui « pratiquent » -j'ai entendu beaucoup d'interventions de praticiens qui n'en ont jamais fait- sont d'accord : il y a un changement dans la réalisation de*

¹ Cf. tome II du présent rapport, p. 30.

l'acte et donc dans l'engagement que cela implique pour le médecin. Cela ne veut pas dire que le bien-fondé ou le « mal-fondé » sont régis par la technique. Mais cela entraîne un changement de technique, au point qu'une grande majorité des médecins généralistes et les quelques médecins spécialistes qui participent à l'activité d'IVG se refusent pour la prise en charge entre douze et quatorze semaines et bien sûr au-delà.

« Il est d'ailleurs dommage que l'on n'ait pas fait d'enquête sur ce sujet. C'est le cas en particulier dans mon service, qui n'est pas le plus rétrograde sur cette thématique, où les sept médecins encore vacataires refusent aujourd'hui de prendre en charge après douze semaines parce que cela nécessite que l'on passe au bloc opératoire, sous anesthésie générale. Il s'agit d'une intervention beaucoup plus chirurgicale que précédemment. »

Pour sa part, M. Bernard Maria, Président du Collège national des gynécologues obstétriciens français indiquait, lors de son audition par la commission, le 17 janvier 2001¹, « Pour revenir à la question qui m'était posée portant sur la réticence de certains praticiens, nous avons effectivement été saisis par un certain nombre de nos collègues, de toutes origines et de tous statuts, disant que nous avons une bonne pratique des IVG par aspiration jusqu'à dix semaines de grossesse. Ils étaient embarrassés pour deux raisons. Le problème ne se situe pas uniquement au niveau des nouvelles techniques qu'ils ne maîtriseraient pas. En effet, nous leur répondrions alors qu'il existe bien d'autres techniques récentes qu'ils ne maîtrisent pas encore. L'interruption volontaire de grossesse n'est pas une opération chirurgicale standard. Il ne s'agit pas d'un acte anodin, ni pour les médecins ni pour les femmes. Il s'agit en effet de faire disparaître un embryon ou un fœtus. Au-delà des considérations strictement idéologiques ou éthiques, il faut reconnaître qu'il s'agit d'un acte particulier.

« Une aspiration à huit ou neuf semaines concerne un embryon qui mesure 25 à 30 millimètres de longueur dont l'apparence est relativement floue. En revanche, plus le terme avance, plus l'embryon est gros, plus il est difficile à faire sortir, et plus l'apparence est déterminée. C'est pour cette raison que certains médecins sont réticents. En effet, en allant de plus en plus loin, les professionnels risquent de se retrouver à cette frontière ténue et non écrite. Certes, la femme est enceinte. Toutefois, nous sommes à un stade où la décision de la continuité appartient à la patiente. En revanche, lorsque la grossesse se poursuit, les choses sont différentes. Il est nécessaire de faire la déclaration de grossesse avant quatorze semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire avant la douzième semaine de grossesse.

¹ Cf. tome II du présent rapport, p. 78-79.

« Nous arrivons alors à la frontière où la grossesse acquiert une identité sociale. Je crois que psychologiquement, c'est à ce niveau que se situe la préoccupation principale des médecins. »

3. Les risques de pratiques individuelles de sélection des fœtus

Enfin, si l'on ne peut pas parler d'eugénisme, le risque existe de pratiques individuelles de sélection du fœtus au vu des éléments du diagnostic prénatal.

En effet, comme la souligné le Professeur Nisand¹, « *le diagnostic prénatal (DPN) est très développé dans notre pays, au point que la France est le pays au monde où les DPN sont les plus répandus et les plus précoces. (...) Dans les grandes villes, 98 % des femmes ont une échographie très détaillée à onze semaines de grossesse. Or 5 % des échographies se terminent par un doute. Près de 40.000 femmes sortent de cette échographie avec un doute qui peut porter sur l'épaisseur de la nuque, sur la position d'un pied ou sur la vitalité de l'enfant. Je tiens pour mortifère le croisement de deux délais : le délai de l'IVG et celui du DPN. On peut se le cacher et dire que cela n'existera pas, mais cela existe déjà. J'ai des chiffres à la disposition de ceux que cela intéresse.*

« Le corps médical doit gérer un entrecroisement difficile entre des informations qu'il n'a pas le droit de taire sur le DPN et ses doutes, et la possibilité pour la femme de faire une IVG. Souvent, il s'agit d'une grossesse totalement désirée qui, du fait de la parole médicale, ne l'est plus, car rien n'est pire que le doute. Je vous rappelle que les médecins sont désormais contraints d'exposer tous les résultats de leurs examens jusque, y compris, les risques exceptionnels. Talonnés par le monde judiciaire, ils le feront. Il est juste de dire que ce ne sont pas les mêmes femmes qui demandent une IVG ou une IMG pour malformation. (...)

« Concernant la phase progressiviste dans l'évolution du fœtus, il y en a effectivement une (différence) très importante. Jusqu'à dix semaines, l'embryologie n'est pas terminée. Nous sommes capables de faire un diagnostic avant dix semaines : il s'agit de l'anencéphalie. Nous ne faisons pas de DPN industriel avant dix semaines. En revanche, à onze semaines, tout a changé, tous les organes sont en place et ils peuvent être examinés. Ce qui différencie la demande à dix semaines de celle à onze semaines, c'est que, dans le premier cas, la femme peut me dire qu'elle ne veut pas de la grossesse, ce que je peux entendre, alors que, dans le deuxième cas, elle risque de dire qu'elle ne veut pas de cette grossesse, ce qui me pose problème. »

¹ Cf. tome II du présent rapport, p. 8-9.

Votre rapporteur partage cette inquiétude exprimée par le Professeur Nisand. La vérité impose de tenir compte de ces progrès médicaux. Comment réagira une femme enceinte de onze semaines à qui l'on apprend qu'une légère modification de la nuque de son fœtus nécessite, à la 18^{ème} semaine, d'autres examens pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une trisomie 21 ? Acceptera-t-elle ce risque ou cette incertitude alors qu'elle peut avorter légalement sans justification jusqu'à douze semaines ?

Mû par une inquiétude similaire, M. Christian Poncelet, Président du Sénat, a saisi le 4 octobre 2000, le Comité consultatif national d'éthique sur le point de savoir si l'allongement de dix à douze semaines du délai légal de l'IVG comportait un risque de dérive eugénique.

Par lettre en date du 23 novembre 2000, le Comité consultatif national d'éthique a apporté une réponse quelque peu tautologique au regard de la définition qu'il retient de l'eugénisme.

Extraits de l'avis du Comité consultatif national d'éthique

« Peut être qualifiée d'« eugénique » toute pratique collective institutionnalisée qui vise à favoriser l'apparition de certains caractères ou à éliminer d'autres jugés négatifs. A l'échelle de notre pays, rien ne permet d'étayer la menace d'un comportement eugénique, et si cette question se trouve posée dans nombre de débats actuels, elle est surtout une façon d'exprimer une inquiétude. Une pratique eugénique sélective, appuyée sur des connaissances génétiques et s'inscrivant dans un projet global, serait discriminatoire et contraire à la dignité humaine, et par là même condamnable. L'IVG ne répond à aucun de ces critères. Une pratique qui se limite à faire droit à des demandes individuelles ne relève donc pas de l'eugénisme. »

« Cependant, la grossesse est de plus en plus médicalisée dans notre société (avec par exemple le développement de l'échographie vaginale). La multiplication et les performances accrues des examens de dépistage prénatal peuvent donner lieu, en cas d'annonce d'un risque ou de découverte d'un handicap grave, à des conduites d'interruption de grossesse de plus en plus facilement acceptées par notre société. Ces manières de faire, considérées dans leur ensemble, pourraient à la limite être considérées comme une sorte d'eugénisme, mais aucune étude statistique ou épidémiologique ne montre, à ce jour, que le nombre d'IVG ait augmenté en raison de la découverte « d'anomalies ».

« L'hypothèse selon laquelle le désir des couples d'avoir « l'enfant parfait » pourrait motiver un accroissement du nombre des interruptions volontaires de grossesse ne repose actuellement sur aucune évaluation chiffrée. Il convient néanmoins de rester vigilant à ce sujet. »

Comme le comité consultatif, votre commission, dans sa majorité, considère qu'il « convient de rester vigilant ».

III. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES : LA PRIORITÉ DONNÉE A L'IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE

En définitive, l'allongement du délai légal constitue une réponse inadaptée à un problème réel. **Cette mesure est une fuite en avant qui revient à déplacer les frontières de l'échec.**

Elle est certes plus facile à prendre que la mise en place des moyens nécessaires au bon fonctionnement du service public de l'IVG ou que de définir une politique ambitieuse d'éducation responsable à la sexualité et à l'information sur la contraception

Cette analyse a conduit votre commission à formuler six propositions qui s'inscrivent toutes dans une préoccupation de santé publique.

A. SE Doter des moyens d'appliquer correctement les lois existantes

Votre commission ne peut que rappeler qu'il est aujourd'hui de la responsabilité du Gouvernement de mettre enfin en place les moyens nécessaires au bon fonctionnement du service public de l'IVG.

Si ces moyens en personnels formés et disponibles, en structures proches et accessibles, avaient pu être dégagés ou pouvaient l'être aujourd'hui, le projet de loi perdrait sa raison d'être dans ses dispositions essentielles.

De même est-il également de la responsabilité du Gouvernement de définir une politique ambitieuse d'éducation responsable à la sexualité et d'information sur la contraception, qui mobilise autant le corps enseignant que le corps médical et ouvre le dialogue au sein des familles.

Dans ce contexte, votre rapporteur ne peut que se féliciter que le Gouvernement ait choisi, le 12 janvier 2000, de lancer une campagne d'information sur la contraception.

Cette campagne était nécessaire. La dernière campagne de communication sur la contraception remontait à 1992 et mettait principalement l'accent sur le préservatif.

La communication sur la contraception n'est pas une chose facile. Tous les publics, dans leur diversité sociale, ethnique ou culturelle doivent pouvoir se reconnaître dans un message unique. Et le sujet lui même est sensible, tant il touche à la sphère de l'intime.

Un certain nombre d'écueils doivent être évités :

- les différents moyens de contraception doivent être présentés sans risquer d'induire des comportements normatifs ;

- les messages sur la contraception ne doivent pas obérer les messages de prévention du Sida, ni pour autant créer de confusion sur le sens de la campagne ;

- contraception et grossesse ne doivent pas être opposées. L'objectif est au contraire de montrer qu'une contraception bien maîtrisée favorise le choix d'une grossesse désirée ;

- la contraception d'urgence doit être abordée, mais en soulignant son caractère d'urgence ;

- enfin, parler de contraception aux adolescents ne signifie pas hâter ou banaliser le premier rapport sexuel, mais plutôt de les responsabiliser.

Comme le souligne le Professeur Nisand dans son rapport, il y a schématiquement quatre acteurs qui peuvent jouer un rôle dans l'information des jeunes sur ces sujets :

- les parents ;

- les enseignants ;

- le corps médical ;

- et les structures sociales de prévention.

Il est aisé de démontrer que, pour des raisons psychologiques évidentes, ni les parents, ni les enseignants désignés par les parents pour éduquer leurs enfants ne sont bien placés pour aborder aisément et au bon moment, c'est-à-dire avant les premières expériences sexuelles, les conseils élémentaires et les précautions qui permettent d'éviter les grossesses non désirées.

C'est donc le corps médical au sens large qui doit remplir ce rôle. Or, le médecin de famille, connu par l'enfant, est rarement consulté dans ce contexte et ce, pour trois raisons :

- les jeunes ignorent l'existence du secret professionnel et redoutent que le médecin de famille parle aux parents de leur sexualité naissante ;

- les jeunes ne peuvent disposer de l'argent nécessaire pour payer une consultation médicale, si modique soit-elle ;

- les jeunes redoutent par-dessus tout l'examen gynécologique malheureusement souvent imposé par des médecins insuffisamment préparés à la contraception de cette classe d'âge.

Au total, ces interventions sont donc complexes et nécessitent une réelle formation pour ceux ou celles qui ont le goût d'informer et ne se sentent pas gênés de parler de sexualité devant des classes d'adolescents et de répondre à des questions parfois délicates.

Enfin, une attention particulière devra être portée à la question du coût de la contraception, qui constitue souvent un obstacle à son utilisation. Dans notre pays, un certain nombre de pilules contraceptives sont remboursées à 65 % ainsi que les examens complémentaires générés par la surveillance médicale de cette thérapeutique.

Certaines pilules récentes, les pilules dosées à 20 microgrammes par exemple, ne sont pas remboursées du tout, alors qu'elles constituent souvent des solutions médicales particulièrement adaptées à certaines situations cliniques. Le dispositif intra-utérin est également remboursé à 65 %, mais sur la base d'un tarif forfaitaire bien inférieur au tarif réel.

Des efforts devront donc être menés pour améliorer le remboursement de ces contraceptifs.

B. PERMETTRE LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS LES PLUS DOULOUREUSES DANS LE CADRE DE L'INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE

Pour votre commission, l'allongement du délai légal de l'IVG n'est pas une réponse adaptée.

Aussi propose-t-elle de maintenir le délai légal de l'IVG à dix semaines de grossesse qui reste pour elle la date charnière au-delà de laquelle il ne saurait y avoir un droit automatique à l'IVG. Pour autant, il lui paraît

indispensable d'apporter une réponse à la détresse des femmes qui dépassent le délai légal.

Elle propose que ces situations puissent être prises en charge dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse (IMG). Chaque cas serait alors examiné par une commission pluridisciplinaire comprenant un médecin choisi par la femme, un médecin gynécologue-obstétricien et une personne qualifiée non médecin qui pourrait être une conseillère conjugale, une psychologue, une assistante sociale... Cela représenterait en moyenne un cas par département et par semaine : notre pays a, à l'évidence, les moyens d'organiser une telle prise en charge.

L'IMG, comme le prévoit la loi Veil, peut être pratiquée à tout moment si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

La commission propose que la référence à la santé de la femme inclue sa santé psychique, appréciée notamment au regard de risques avérés de suicide ou d'un état de détresse consécutif à un viol ou un inceste. Cette précision permettrait la prise en charge des situations les plus douloureuses, qui constituent souvent l'essentiel des cas de dépassement de délais.

C. MAINTENIR LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE DE L'ENTRETIEN SOCIAL PRÉALABLE

La commission souhaite maintenir le caractère obligatoire de l'entretien social préalable à l'IVG, supprimé par l'Assemblée nationale.

Cet entretien est aujourd'hui l'occasion pour la femme d'exposer ses difficultés personnelles, conjugales, familiales, d'être informée des aides et soutiens dont elle peut bénéficier, de parler de la contraception et de préparer ainsi l'avenir.

Contrairement à ce que semblent croire les députés, « obligatoire » ne signifie pas « dissuasif ». S'il est exact que la grande majorité des femmes qui demandent une IVG ont déjà arrêté leur décision, en quoi cet entretien serait-il préjudiciable ? La femme serait-elle moins libre parce que mieux informée ?

Rendre cet entretien facultatif aboutira à ce qu'un bon nombre de femmes n'en bénéficient pas, surtout celles pour lesquelles il pourrait être le plus utile.

D. ENTOURER DE GARANTIES LA DIFFICILE QUESTION DE L'ACCÈS DES MINEURES À L'IVG

Si le projet de loi réaffirme que l'autorisation parentale reste la règle en matière d'IVG des mineures, il ouvre cependant une possibilité de dérogation à ce principe.

Si la jeune fille persiste dans son souhait de garder le secret ou si, malgré son souhait, elle ne peut obtenir le consentement de ses parents, elle pourra finalement prendre, seule, la décision de demander une IVG. Elle choisira alors une personne majeure pour l'accompagner dans sa démarche.

Chacun comprendra que cette disposition législative est symboliquement lourde et que ses conséquences juridiques sont graves. Après avoir longuement réfléchi, votre commission vous propose cependant d'en accepter le principe. En effet, si dans la très grande majorité des cas, la mineure obtient l'accord de l'un de ses deux parents, il est des situations où le consentement parental paraît impossible à obtenir, soit pour des raisons culturelles, soit pour des raisons simplement matérielles. Il est des cas où la simple annonce d'une grossesse mettrait en danger la vie de la jeune fille. Le recours au juge des enfants paraît alors inadapté.

Si la commission propose d'accepter cette dérogation, elle souhaite entourer cette possibilité d'un certain nombre de garanties : il n'est pas envisageable, en effet, que la mineure puisse être livrée à elle-même ou qu'elle soit, comme le propose le projet de loi, simplement « accompagnée » par une personne de son choix qui pourrait être n'importe qui.

Elle propose par conséquent que cette personne ne se limite pas à accompagner cette mineure, concept qui n'a aucune signification juridique, mais l'assiste, par référence aux dispositions du code civil qui prévoient, dans certaines situations, l'assistance d'un mineur par une personne adulte. Cette modification terminologique a naturellement des conséquences juridiques puisqu'elle suppose l'exercice d'une responsabilité à l'égard de la mineure. La responsabilité de la personne référente ne pourrait cependant pas être mise en cause par les parents de la mineure puisque la loi lui confie cette mission.

Votre rapporteur avait en outre envisagé de proposer que l'adulte référent soit une *personne qualifiée*, c'est-à-dire une personne compétente et formée à ce type de mission (conseillère conjugale, assistante sociale, psychologue...) que la mineure choisirait dans des conditions fixées par décret.

A l'issue d'un large débat, la commission a finalement décidé de maintenir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale qui fait référence à « une personne majeure de son choix ». Sans pour autant se résoudre à

considérer que la personne majeure peut être « *n'importe qui* », elle a ainsi entendu préserver la possibilité pour la jeune fille de choisir par exemple un membre de sa famille, tel qu'une sœur, une tante ou une grand-mère.

E. RÉAFFIRMER LA NÉCESSITÉ D'UN SUIVI MÉDICAL DE LA CONTRACEPTION

Le projet de loi supprime l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance de contraceptifs hormonaux, obligation qui résulte de la loi Neuwirth de 1967. Ces contraceptifs pourraient ainsi être mis en vente libre si l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé jugeait qu'ils ne présentent aucun danger.

Le Gouvernement fait valoir que la modification qu'il propose ne changera rien dans la pratique puisqu'aucun contraceptif hormonal, à l'exception du NorLevo, contraceptif d'urgence, ne remplit aujourd'hui les conditions pour être mis en vente libre.

La modification proposée vise donc à modifier le droit actuel pour préparer un avenir hypothétique : celui où apparaîtraient sur le marché des contraceptifs hormonaux qui ne présenteraient absolument aucun danger pour la santé.

Favorable à tout ce qui peut développer la contraception, qui est le meilleur garant de la diminution des IVG, la commission s'oppose pourtant à cette disposition, en particulier en ce qui concerne la première prescription.

En effet, une information sur la contraception mieux développée, mieux comprise et mieux acceptée permettrait de diminuer sensiblement le nombre des IVG. Or, la diffusion d'une contraception bien comprise suppose un accompagnement médical. Comme l'a souligné l'Académie nationale de médecine : « *A condition d'être l'objet d'un suivi médical, la contraception ne comporte que de très faibles risques pour la santé* ».

En effet, l'obligation de prescription permet un bilan et un suivi médical de la femme et un dépistage précoce de certaines pathologies. Le dialogue entre le médecin et la femme est indispensable pour assurer une bonne compréhension et un bon usage d'une contraception efficace ; il assure en outre le choix d'une contraception adaptée à la situation de chaque femme.

Au regard des impératifs de santé publique, et quand bien même apparaîtraient des contraceptifs hormonaux sans danger pour la santé, il paraît nécessaire à votre commission de maintenir l'obligation de prescription médicale pour ces contraceptifs.

F. ENCADRER LA PRATIQUE DE LA STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE

Votre commission regrette que l'Assemblée nationale ait cru bon d'introduire dans ce projet de loi, par voie d'amendement et de manière un peu précipitée, un important volet relatif à la stérilisation à visée contraceptive, comportant deux articles additionnels.

La stérilisation constitue, à l'évidence, un acte grave qui méritait à tout le moins une réflexion préalable approfondie et un véritable débat.

Si votre commission reconnaît la nécessité de donner un cadre légal à la pratique de la stérilisation à visée contraceptive, elle a souhaité encadrer cette possibilité afin de protéger la santé des personnes et d'éviter que des excès ne puissent être commis. Il serait en effet dommageable que la loi puisse par exemple autoriser une stérilisation sur une femme âgée de 25 ans, sans descendance et sans contre-indication à la contraception.

Elle vous propose par conséquent de n'autoriser la stérilisation à visée contraceptive que dans deux cas : si la personne est âgée de trente ans au moins, cet âge pouvant naturellement donner lieu à débat, ou lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. La personne doit en outre être informée du caractère généralement définitif de cette opération.

S'agissant de la stérilisation des majeurs sous tutelle, elle vous propose de prévoir qu'elle ne peut être pratiquée qu'à la demande des parents ou du représentant légal de la personne concernée et que si la personne concernée est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

EXAMEN DES ARTICLES

Article additionnel avant le titre premier

Mise en place d'une politique d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception.

Lors de l'exposé général, votre rapporteur a exprimé le regret que ce projet de loi « *relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* » traite en premier lieu -c'est l'objet du titre premier- de l'IVG et qu'il relègue en fin de texte, dans le titre II, le volet contraception.

Votre commission considère, en toute logique, que l'accent devait d'abord porter sur la contraception, dont l'échec éventuel conduit à l'IVG.

Elle juge, pour sa part, que la persistance d'un nombre élevé d'IVG révèle les carences des politiques menées depuis trente ans en faveur de l'éducation à la sexualité et de l'information sur la contraception. Si la contraception est aujourd'hui largement répandue dans notre pays, elle n'est pas suffisamment maîtrisée. La méconnaissance des mécanismes élémentaires de la transmission de la vie reste encore grande, particulièrement chez les jeunes.

Votre commission estime dans ces conditions qu'il est de la responsabilité du Gouvernement de définir une politique ambitieuse d'éducation responsable à la sexualité et d'information sur la contraception, qui mobilise autant le corps enseignant que le corps médical et ouvre le dialogue au sein des familles.

Votre commission vous propose par conséquent d'adopter, avant le titre premier du projet de loi, un amendement de principe tendant à insérer un article additionnel qui prévoit que la réduction du nombre des interruptions volontaires de grossesse est une priorité de santé publique et que le Gouvernement mettra en œuvre à cette fin les moyens nécessaires à la conduite d'une véritable politique d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception.

Elle vous propose d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

TITRE PREMIER

-

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Article premier

Modification de l'intitulé du chapitre sur l'interruption de grossesse

Cet article modifie l'intitulé du chapitre II du titre premier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique afin d'intégrer l'allongement à douze semaines de grossesse du délai légal pour une IVG.

I - Le dispositif proposé

Cet article modifie l'intitulé du chapitre II du titre premier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique, relatif à l'« *interruption pratiquée avant la fin de la dixième semaine en cas de situation de détresse* », tel qu'il résulte de l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique.

Cette ordonnance a en effet modifié la structure du corps de dispositions relatives à l'IVG.

Dans l'ancien code de la santé publique, ces dispositions faisaient l'objet d'un chapitre III bis du titre premier (Protection maternelle et infantile) du livre II (Action sanitaire et médico-sociale en faveur de la famille, de l'enfance et de la jeunesse).

Désormais, l'IVG est traitée dans un livre spécifique -le livre II- de la deuxième partie (Santé de la famille, de la mère et de l'enfant). Ce livre comporte deux titres : le titre premier qui comprend les dispositions générales et le titre II relatif aux dispositions pénales.

Le titre premier est composé de quatre chapitres :

- chapitre premier : principe général ;
- chapitre II : interruption pratiquée avant la fin de la dixième semaine en cas de situation de détresse ;
- chapitre III : interruption pratiquée pour motif thérapeutique ;
- chapitre IV : dispositions communes.

Le titre II regroupe trois chapitres :

- chapitre premier : provocation à l'interruption de grossesse ;
- chapitre II : interruption illégale de grossesse ;
- chapitre III : entrave à l'interruption légale de grossesse.

La modification de l'intitulé du chapitre II du titre premier proposée par le présent article :

- intègre l'allongement du délai légal de dix à douze semaines de grossesse, qui fait l'objet de l'article 2 du projet de loi ;

- supprime les mots : « *en cas de situation de détresse* », introduits par l'ordonnance du 15 juin 2000 et qui ne figuraient pas dans la section 1 du chapitre III bis de l'ancien code de la santé publique, à laquelle le chapitre II s'est substitué.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Par coordination avec la position qu'elle exprime à l'article 2, c'est-à-dire le rejet de l'allongement de dix à douze semaines du délai légal pour pratiquer une IVG, **votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.**

Art. 2

(art. L. 2212-1 du code de la santé publique)

Allongement du délai légal

Cet article fixe à douze semaines de grossesse le délai autorisé pour pratiquer une IVG.

I - Le dispositif proposé

Cet article, qui modifie l'article L. 2212-1 du code de la santé publique, allonge de deux semaines le délai légal pour une IVG.

L'article L. 2212-1 prévoit aujourd'hui que « *la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin*

l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse ».

Le présent article porte ce terme à douze semaines de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Cette disposition, qui constitue véritablement le « cœur » du projet de loi, a été longuement analysée dans l'exposé général du présent rapport¹.

Votre rapporteur a souligné à cette occasion que l'allongement du délai légal ne constituait pas une réponse adaptée au problème posé par la situation des quelque 5.000 femmes qui, chaque année, sont contraintes de se rendre à l'étranger pour obtenir une IVG dans des pays où le terme légal est plus éloigné.

En effet, cette disposition n'apporte aucune solution pour les 2.000 à 3.000 femmes qui dépassent le délai de douze semaines de grossesse. En outre, l'allongement du délai conduira inévitablement un certain nombre de femmes, de manière bien compréhensible s'agissant d'une décision aussi douloureuse, à attendre davantage qu'elles ne font aujourd'hui. Il y a fort à craindre que, demain, ce soit 5.000 femmes et non plus 2.000 ou 3.000 qui se trouvent au-delà du délai de douze semaines de grossesse. Faudra-t-il alors changer encore la loi pour passer à quatorze semaines, puis à seize semaines de grossesse ?

Il y a enfin des situations particulières de détresse extrême qui conduisent à un dépassement des délais. Il s'agit souvent de femmes isolées, en situation de précarité, parfois victimes de viols, voire d'incestes. Un allongement de deux semaines du délai ne résoudra en rien ces situations dramatiques.

L'allongement du délai légal comporte en revanche des risques graves. L'intervention devient plus difficile tant d'un point de vue technique que psychologique entre la dixième et la douzième semaine de grossesse. Deux semaines supplémentaires changent la nature de l'acte médical : elles impliquent un effort considérable de formation et la mise en place de moyens techniques garantissant la sécurité des interventions.

L'allongement du délai risque ainsi de dégrader encore le fonctionnement quotidien du service public. Il est probable que l'accès à

¹ Cf. *exposé général, partie II.*

l'IVG restera toujours aussi difficile pour certaines femmes et il est à craindre que ces difficultés soient encore accrues. A la lassitude d'une génération « militante » qui s'est mobilisée en 1975, viendront s'ajouter les réticences croissantes de nombreux médecins à pratiquer des IVG au-delà des dix semaines de grossesse.

Enfin, si l'on ne peut pas parler d'eugénisme, le risque existe de pratiques individuelles de sélection du fœtus au vu des éléments du diagnostic prénatal.

Pour l'ensemble de ces raisons, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 3

(art. L. 2212-2 du code de la santé publique)

Interruption volontaire de grossesse en médecine ambulatoire

Cet article autorise la pratique d'une IVG dans le cadre de la médecine ambulatoire.

I - Le dispositif proposé

Cet article complète le second alinéa de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique qui prévoit qu'une IVG ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, satisfaisant aux dispositions de l'article L. 2322-1, c'est-à-dire ayant obtenu l'autorisation préalable du représentant de l'Etat dans le département. Les IVG ne peuvent donc être pratiquées aujourd'hui que dans un établissement public de santé ou dans un établissement privé ayant reçu autorisation pour recevoir des femmes enceintes.

L'article 3 du projet de loi complète cette disposition en prévoyant la possibilité d'une IVG en médecine ambulatoire, « *dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.* »

Cette disposition répond au développement de l'IVG par mode médicamenteux, qui ne nécessite pas toujours d'hospitalisation.

L'IVG peut en effet être pratiquée selon deux méthodes :

- la méthode chirurgicale, qui comporte une dilatation du col et une aspiration ;

- la méthode médicale, qui correspond à la prise d'un anti-progestérone, le RU 486 ou Mifépristone, puis 36 ou 48 heures après, par l'administration d'une prostaglandine particulière, essentiellement du Misoprostol.

Selon le rapport du professeur Nisand¹, l'IVG médicamenteuse est réalisable jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (cinq semaines de grossesse) avec une bonne efficacité.

Au-delà, cette méthode est encore utilisable mais donne lieu à des échecs plus fréquents nécessitant alors un geste chirurgical d'aspiration. Les avantages de la méthode médicamenteuse sont l'innocuité plus grande et l'absence de geste chirurgical.

Ses inconvénients tiennent à la nécessité d'un suivi plus délicat pour vérifier l'efficacité de la méthode et à des douleurs parfois importantes jusqu'à l'expulsion de l'œuf nécessitant presque toujours un traitement antalgique.

L'utilisation de l'IVG par mode médicamenteux se développe progressivement² : 14 % des IVG en 1990, 20 % en 1998. Cette technique est plus souvent utilisée au sein des établissements du secteur public (23 % des IVG en 1998) contre 16 % pour les cliniques soumises à l'objectif quantifié national (OQN) et 13 % pour les établissements privés sous budget global. 17 % des établissements publics et 60 % des établissements privés ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuses.

La méthode médicale a fait l'objet d'un certain nombre de recommandations par l'ANAES. Comme l'a indiqué, lors de son audition par votre commission le 20 décembre 2000, le professeur Michel Tournaire, chef de service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, président du groupe de travail de l'ANAES sur l'IVG, « *l'ANAES considère, et c'est une option assez nette et nouvelle, que jusqu'à cinq semaines de grossesse, donc au tout début de la grossesse, l'hospitalisation qui était jusque-là systématique et même obligatoire, n'apparaît pas indispensable. Cependant, pour que cette technique soit employée à domicile, il faut impérativement des précautions qui sont : le choix laissé à l'intéressée entre l'hospitalisation ou le domicile, qu'il y ait une distance limitée entre l'hôpital et le domicile, qu'il y ait la possibilité de contacter cet hôpital ou de s'y rendre vingt-quatre heures sur vingt-quatre, il faut une évaluation sur le plan médico-psychosocial pour savoir quelles patientes sont éligibles pour cette*

¹ *Op. cit.* p. 39.

² DREES, *Etudes et Résultats*, n° 69, juin 2000, « les IVG en France, p. 2.

méthode. Je rappellerai que, dans le cadre actuel, il y a une obligation d'hospitalisation.

« Comment se passent les choses en réalité ? L'anti-progestérone, le RU, est donné et il y a quarante-huit heures plus tard une hospitalisation de quelques heures. On donne à l'arrivée un deuxième médicament, les prostaglandines, qui aboutissent dans un certain nombre de cas à la fausse couche en hospitalisation et, dans un grand nombre de cas, il ne se passe rien, si l'on peut dire, et la fausse couche a lieu à domicile. Cette hospitalisation ne paraît pas très justifiée, du moins au tout début de la grossesse. En revanche, pour la période suivante, c'est-à-dire pour la sixième et la septième semaines de grossesse, on laisse le choix entre méthode médicamenteuse et méthode chirurgicale. L'ANAES considère que, pour des raisons entre autres de complications un peu plus fréquentes, de douleurs plus intenses, d'hémorragies plus fréquentes, il est nécessaire qu'il y ait, comme jusqu'à maintenant pour cette période-là, une hospitalisation. »

En première lecture, l'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

L'IVG par voie médicamenteuse apporte désormais la possibilité de recourir à une technique moins invasive et moins traumatisante qu'un acte chirurgical.

Compte tenu de l'avis émis par l'ANAES, votre commission est favorable au développement de cette technique dans le cadre de la médecine ambulatoire, qui permet d'éviter l'hospitalisation. Une telle mesure est de nature à faciliter l'accès à l'IVG et à favoriser la pratique d'IVG plus précoces.

Toutefois, la pratique des IVG hors du cadre hospitalier suppose le respect d'un certain nombre de précautions -définies par l'ANAES- qui devront impérativement être reprises dans le décret en Conseil d'Etat prévu par le présent article.

Il conviendra notamment de préciser que, pendant la durée du suivi, la femme doit rester proche du centre référent et doit pouvoir contacter à tout moment un médecin compétent. La possibilité d'effectuer une aspiration endo-utérine en urgence en cas de métrorragies¹ trop abondantes après prise de Misoprostol doit être prévue.

¹ Hémorragies utérines.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 3 bis (nouveau)
(art. L. 2212-3 du code de la santé publique)

**Informations délivrées à la femme
lors de la première consultation médicale**

Cet article supprime, dans le contenu du dossier-guide qui doit être remis à la femme lors de la première consultation médicale pré-IVG, l'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître, et la liste des organismes susceptibles de lui apporter une aide morale ou matérielle.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, résulte d'un amendement présenté par Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales.

Il modifie l'article L. 2212-3 du code de la santé publique relatif à la première consultation médicale préalable à l'IVG.

L'article L. 2212-3 précise que :

Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite :

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

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

a) le rappel des dispositions de l'article L. 2211-1, qui reprend les termes de l'article premier de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 figurant désormais à l'article 16 du code civil (« *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de*

l'être humain dès le commencement de sa vie »), ainsi que des dispositions de l'article L. 2212-1 qui limite l'interruption de la grossesse au cas où la femme enceinte se trouve placée par son état dans une situation de détresse ;

b) 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 ;

c) la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4, c'est-à-dire les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, les centres de planification ou d'éducation familiale, les services sociaux ou autres organismes agréés qui doivent délivrer à la femme l'attestation de consultation, ainsi que des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux intéressés ;

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

Dans la nouvelle rédaction de l'article L. 2212-3 proposée par l'article 3 bis du projet de loi, le médecin devrait, dès la première consultation médicale, informer la femme des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

Il lui remettrait un dossier-guide dont le contenu serait profondément modifié :

- il n'est plus fait référence à l'article premier de la loi de 1975 ;

- il est désormais fait mention des dispositions de l'article L. 2212-2, lequel prévoit que l'interruption volontaire de grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin et dans un établissement de santé, ou en médecine ambulatoire, dans les conditions introduites par l'article 3 du projet de loi ;

- enfin, et il s'agit là de la modification la plus importante, le dossier-guide ne comporte plus :

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

- la liste et les adresses des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux femmes concernées.

Défendant cet article additionnel, Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure, a indiqué à l'Assemblée nationale¹ que la commission avait

¹ JO Débats AN, 3^{ème} séance du mercredi 29 novembre 2000, p. 9585.

« reformulé le contenu du dossier-guide afin de lui donner un caractère impartial. Nous avons souhaité qu'il ne comporte des informations que sur l'IVG, le cadre législatif, les établissements ainsi que la liste des organismes qui sont susceptibles d'accompagner et d'aider les femmes si elles en sentent la nécessité ».

II - La position de votre commission

Votre commission considère que cet article remet en question une disposition extrêmement équilibrée de la loi de 1975, modifiée par la loi de 1979.

Le texte aujourd'hui en vigueur comporte le rappel des droits de la mère, si elle décide de garder l'enfant, et la liste des associations et organismes susceptibles de l'aider.

Votre commission regrette que l'Assemblée nationale ait supprimé ces éléments du dossier-guide *« au motif -pour reprendre les mots de la rapporteure- que la femme a déjà effectué son choix au moment où elle entame sa démarche ».*

Elle note que le rapport du Professeur Nisand proposait une modification du dossier-guide pour y inclure un chapitre éthique dont la rédaction serait proposée au Comité consultatif national d'éthique. Ce rapport suggérait en outre de prévoir une ligne budgétaire pour l'édition annuelle de 250.000 dossiers-guides pour que les DDAS puissent disposer d'une réserve prévisionnelle. Il recommandait également la mise en œuvre d'une information correcte à l'égard des médecins (généralistes et spécialistes) sur l'importance qu'il y avait à remettre ce dossier dès la première consultation et soulignait que ce dossier-guide devrait être accessible chez tous les médecins généralistes.

Votre commission observe de surcroît qu'aucune des personnes auditionnées n'a jugé nécessaire de remettre fondamentalement en question le contenu de ce dossier-guide et qu'aucune n'a estimé que ce contenu était devenu inadapté.

Elle s'interroge, dans ces conditions, sur les motivations exactes de cet article.

Elle estime pour sa part que les éléments du dossier-guide que l'Assemblée nationale a souhaité supprimer peuvent s'avérer extrêmement utiles pour certaines femmes, notamment pour celles qui sont encore indécises.

Contrairement à ce que semble croire l'Assemblée nationale, ces éléments n'ont pas pour vocation de dissuader la femme de recourir à l'IVG

mais simplement de s'assurer qu'elle prend sa décision en toute connaissance de cause et en disposant de l'information la plus complète possible.

Pour ces raisons, votre commission vous propose de revenir au texte de la loi de 1975 et d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 4

(art. L. 2212-4 du code de la santé publique)

Suppression du caractère obligatoire de la consultation sociale

Cet article supprime le caractère obligatoire de la consultation sociale préalable à l'IVG.

I - Le dispositif proposé

Cet article modifie l'article L. 2212-4 du code de la santé publique relatif à la consultation sociale préalable à l'IVG.

L'article L. 2212-4 prévoit qu'une femme désirant obtenir une IVG doit, après la première consultation médicale, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui doit lui délivrer une attestation de consultation.

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

A cette occasion, lui sont communiqués les noms et adresses des personnes qui, soit à titre individuel, soit au nom d'un organisme, d'un service ou d'une association, seraient susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux femmes et aux couples confrontés aux problèmes de l'accueil de l'enfant.

Dans sa rédaction initiale, cet article complétait le deuxième alinéa de l'article L. 2212-4 afin de préciser que, si une femme est mineure non émancipée, et si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale, ou de son représentant légal, elle doit être conseillée, lors de cet entretien, sur le choix de la personne majeure susceptible de

l'accompagner dans sa démarche, c'est-à-dire de l'adulte référent prévu à l'article 6.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, modifié par un sous-amendement présenté par M. Bertrand Charles et les membres du groupe socialiste.

L'article 4 ainsi modifié comporte une nouvelle rédaction des deux premiers alinéas de l'article L. 2212-4.

Le premier alinéa de cet article prévoit qu'il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec 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 autre organisme agréé. Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Le deuxième alinéa de cet article maintient le caractère obligatoire de la consultation pour les mineures.

Cette nouvelle rédaction a deux conséquences :

- la consultation sociale n'est plus obligatoire pour les femmes majeures : elle est simplement « proposée » ;

- une nouvelle consultation est désormais proposée après l'interruption de grossesse.

II - La position de votre commission

A l'évidence, cette disposition, au caractère très idéologique, est inspirée par le même état d'esprit que celui qui a conduit à l'adoption de l'article 3 bis : il s'agit de tout faire pour supprimer les procédures d'information et de dialogue qui auraient pu conduire certaines femmes à changer d'avis et à renoncer à une IVG.

On notera d'ailleurs que cette disposition, comme celle prévue à l'article 3 bis modifiant le contenu du dossier-guide, ne figurait pas dans le texte du Gouvernement, c'est-à-dire dans le projet de loi initial.

Pour votre commission, cet entretien social est fondamentalement utile : il est un temps de dialogue indispensable. Il est aujourd'hui l'occasion pour la femme d'exposer ses difficultés personnelles, conjugales, familiales, d'être informée des aides et soutiens dont elle peut bénéficier, de parler de la contraception, de préparer ainsi l'avenir et d'éviter notamment des IVG ultérieures.

Contrairement à ce que semblent croire les députés, ce n'est pas parce qu'un entretien est « obligatoire » qu'il est nécessairement dissuasif ou culpabilisant pour la femme. Votre commission se demande en quoi cet entretien serait préjudiciable : la femme serait-elle moins libre parce que mieux informée ? L'Assemblée nationale craint-elle que certaines femmes renoncent à leur décision d'IVG à la suite de cet entretien ?

Rendre cet entretien facultatif aboutira à ce qu'un bon nombre de femmes n'en bénéficient pas, surtout celles pour lesquelles il pourrait être le plus utile.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission souhaite maintenir le caractère obligatoire de l'entretien social préalable à l'IVG. Elle approuve par ailleurs l'idée de proposer systématiquement une consultation après l'IVG.

Elle vous propose par conséquent d'adopter un amendement tendant à :

- maintenir, pour toutes les femmes, le caractère obligatoire de l'entretien social préalable à l'IVG ;

- prévoir qu'une deuxième consultation, ayant notamment pour but l'information sur la contraception, est systématiquement proposée après l'interruption de grossesse.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 5

(art. L. 2212-5 du code de la santé publique)

Mesure de coordination avec l'allongement du délai à douze semaines

Par coordination avec la disposition prévue à l'article 2, cet article modifie, dans l'article L. 2212-5 du code de la santé publique, le terme du délai légal.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique prévoit que, si la femme renouvelle sa demande d'interruption de grossesse après les consultations médicale et sociale, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, « *sauf au cas où le terme de dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision* ».

L'article 5 du projet de loi :

- porte le terme du délai légal à douze semaines, par coordination avec la modification proposée à l'article 2 ;

- supprime les mots : « *le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision* ».

L'exposé des motifs du projet de loi estime que « *cette précision va de soi (...). Il apparaît donc inutile de la conserver* ».

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission n'est pas convaincue de la nécessité de supprimer le membre de phrase rappelant que le médecin est seul juge de l'opportunité de sa décision. Une telle suppression pourrait en effet signifier que ce n'est plus le cas. Elle vous propose donc de maintenir cette disposition dans l'article L. 2212-5 du code de la santé publique.

Par coordination avec la position qu'elle exprime à l'article 2, elle vous propose de rejeter l'allongement à douze semaines du délai légal.

Votre commission vous propose par conséquent d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 6

(art. L. 2212-7 du code de la santé publique)

Aménagement de l'obligation d'autorisation parentale pour les mineures

Cet article prévoit une possibilité de déroger à l'obligation d'une autorisation parentale pour pratiquer une IVG sur une mineure.

I - Le dispositif proposé

L'autorité parentale est une règle générale en matière de soins, qui découle de l'article 371-2 du code civil et de l'incapacité juridique du mineur. L'article 371-2 du code civil prévoit ainsi que ;

« L'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité.

« Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation. »

Comme le rappelle Domitille Duval-Arnould¹, l'enfant a des droits sur son corps, comme toute personne, mais, en principe, il ne les exerce pas lui-même, durant sa minorité, en raison de son incapacité juridique ; ce sont ses parents ou son représentant légal, considérés comme ses premiers protecteurs, qui consentent aux atteintes qui lui sont portées le plus souvent dans un but thérapeutique.

Mais des nuances ont été progressivement apportées à cette incapacité et l'autorité parentale ne constitue plus un pouvoir absolu. Il est maintenant acquis, d'une part, que différents professionnels ont le devoir d'intervenir auprès de mineurs en danger et, d'autre part, que l'enfant doit pouvoir faire entendre sa volonté lors de décisions relatives à son corps, en fonction de son discernement, de son âge ou de son développement.

S'agissant de l'IVG, l'article L. 2212-7 prévoit, dans sa rédaction actuelle, que si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exercent l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis. Ce consentement devra être accompagné de celui de la mineure célibataire enceinte, ce dernier étant donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal.

¹ Cf. D. Duval-Arnould, « Minorité et interruption volontaire de grossesse », le recueil Dalloz, 175^e année, 25 novembre 1999, n° 42, p. 471-475, dont sont repris les développements qui suivent.

La loi requiert donc un double consentement :

- le consentement de la mineure donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal, afin qu'elle puisse, dans la mesure du possible, exprimer sa volonté en toute liberté ;

- le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal. Le consentement d'un seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale est suffisant. Ainsi, lorsque les parents exercent tous les deux cette autorité, la mineure peut aviser seulement l'un d'eux qui pourra lui-même choisir de garder le secret à l'égard de l'autre. Il s'agit d'une dérogation notable aux règles relatives à l'autorité parentale conjointe prévoyant le consentement des deux parents dans le cas d'actes graves concernant l'enfant.

Le fait d'avoir visé expressément le titulaire de l'autorité parentale et non pas seulement le père ou la mère de l'enfant devrait impliquer que le médecin vérifie la qualité du parent ayant fourni son consentement. Dans la pratique, les hôpitaux se contentent souvent de celle de père ou de mère, d'autant que le décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux¹, régissant notamment l'admission du mineur et l'autorisation d'opérer, prévoit le consentement des père et mère, sans faire allusion à l'exercice de l'autorité parentale.

Le représentant légal est celui qui exerce l'autorité parentale à la place des parents, en vertu d'une décision de justice faisant suite à l'ouverture d'une tutelle, à une délégation ou à une déchéance d'autorité parentale et non pas la personne chez laquelle la mineure vit, ce qui est donc très restrictif et implique également un minimum de vérifications.

Mais, en pratique, ces distinctions échappent fréquemment aux professionnels que la mineure est amenée à rencontrer lorsqu'elle sollicite une IVG.

L'intervention de l'un des parents a été prévue par le législateur afin que la jeune fille demande conseil et ne décide pas seule, compte tenu des risques médicaux et psychologiques pouvant survenir ultérieurement, d'un acte, dont elle pourrait ne pas mesurer toute la portée.

Si le consentement de la mineure et l'autorisation de l'un des parents exerçant l'autorité parentale ou du représentant légal concordent pour ou contre la poursuite de la grossesse, il n'y a juridiquement aucune difficulté. Il

¹ JO 16 janvier 1974, p. 603.

apparaît d'ailleurs que, dans la majorité des cas, un dialogue peut s'instaurer aboutissant à une prise de décision commune.

Il en va différemment lorsque la mineure veut interrompre sa grossesse, sans pouvoir obtenir d'autorisation parentale. La loi du 17 janvier 1975 ne prévoit pas la possibilité de pallier l'absence de consentement parental, faisant ainsi du droit parental une sorte de droit absolu.

Or l'absence de consentement parental résulte de situations différentes et relativement fréquentes parmi lesquelles des distinctions s'imposent : elle peut être liée à une opposition parentale à la pratique de l'IVG ou à un refus de la mineure d'aviser ses parents.

Les contextes varient également : il peut s'agir de jeunes filles issues de familles dans lesquelles une IVG n'est pas envisageable en raison de leurs cultures ou de leurs religions, de situations de mésentente grave avec les parents, de cas dans lesquels c'est la personne avec laquelle la mineure a eu des relations sexuelles qui empêche tout dialogue (il peut s'agir par exemple d'un membre de la famille ou d'une communauté différente) ou encore d'absence de contacts entre la mineure et ses parents. Cette dernière situation se rencontre souvent dans le cas de mineures confiées à l'Aide sociale à l'enfance ou à des tiers sans qu'une délégation d'autorité parentale ait été prononcée ou encore de mineures d'origine étrangère accueillies chez des membres de la famille sans aucun cadre légal. Enfin, il peut arriver que le parent exerçant l'autorité parentale ne soit même pas en mesure de manifester sa volonté étant, par exemple, hospitalisé en psychiatrie.

Comme le relève Domitille Duval-Arnould, ces silences et incertitudes légales posent en pratique de nombreux problèmes, qui sont actuellement traités de manières différentes et parfois anarchiques selon les cas et les professionnels auxquels les mineures s'adressent : soit le juge des enfants est sollicité, soit des solutions « extra-légales » sont envisagées.

• *L'intervention du juge des enfants*

Aucun texte ne donne de compétence expresse au juge des enfants en matière d'IVG, mais en pratique ce magistrat est très fréquemment saisi du cas de mineures souhaitant interrompre leur grossesse, par le procureur de la République auquel les services sociaux ou toute autre personne ont signalé la situation, par le gardien ou même directement par la mineure elle-même qui a la faculté de saisir ce magistrat par simple lettre.

Le juge des enfants est compétent lorsque, selon l'article 375 du code civil, il existe un danger pour la santé, la sécurité et la moralité d'un mineur ou lorsque ses conditions d'éducation sont gravement compromises. Il doit entendre avant toute décision, sauf urgence particulière, les parents et l'enfant

qui peuvent être assistés d'un avocat. Il a la possibilité d'ordonner des mesures de suivi éducatif, de subordonner le maintien de l'enfant dans sa famille à des obligations particulières, de suspendre certains droits des titulaires de l'autorité parentale tels que celui de consentir à un acte médical ou chirurgical nécessaire à sa santé ou encore de confier l'enfant à l'autre parent, à un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance, à une association habilitée, un établissement ou encore à l'aide sociale à l'enfance.

Mais son intervention en matière d'IVG est très contestée : elle l'est plus particulièrement lorsqu'il existe une opposition parentale, à la différence des cas dans lesquels il est impossible de joindre les parents. Dans ce dernier cas, il semble en effet particulièrement injuste de refuser à une mineure, dont les parents se désintéressent de pouvoir subir une IVG si elle le souhaite fermement.

Certains auteurs remarquent ainsi qu'une IVG ne constitue pas une mesure éducative et ne relève donc pas des attributions du juge des enfants, qu'une grossesse ne compromet pas la santé ou l'intégrité corporelle de la mère (ou alors il s'agit d'une IVG à caractère thérapeutique), que le consentement à l'avortement constitue une prérogative liée à l'autorité parentale dont les parents ne peuvent pas être privés et que le juge des enfants doit donc refuser d'intervenir.

D'autres admettent au contraire que le juge des enfants prenne le relais des parents si la poursuite de la grossesse est de nature à entraîner, avec suffisamment de certitude, un danger pour la santé physique ou mentale de la mineure.

Dans la pratique, les juges des enfants sont partagés, chacun expliquant sa position en fonction de son propre système de valeur et utilisant l'article 375 du code civil soit comme un paravent, soit comme un support. De nombreuses décisions sont rendues chaque année qui ne sont pas publiées et font très rarement l'objet d'un appel, compte tenu des délais limités prévus par la loi pour la pratique des IVG.

Certains juges se déclarent incompétents. D'autres apprécient si le conflit existant entre la mineure et ses parents ou son représentant légal crée un danger pour cette dernière. Pour autoriser une IVG, ils estiment alors le plus souvent que la mineure n'est pas en état de mener à terme sa grossesse sans compromettre son équilibre psychologique ou encore par exemple que la mineure sans ressources, ni domicile, ni famille, ne pouvait envisager de faire naître l'enfant qu'elle serait incapable d'élever. La Cour d'appel de Colmar a récemment relevé l'existence d'un état de détresse profond chez une mineure dont la santé et la sécurité étaient compromises.

Certains juges des enfants ont recours à la notion d'abus de droit dans des espèces où le refus parental est motivé, par exemple, par le désir de punir l'enfant ou lorsque l'autorisation fait l'objet d'un chantage au silence de la mineure quant à l'identité du père. La Cour d'appel de Bordeaux, le 4 décembre 1991, a, par exemple, considéré que « *lorsque le refus des parents de consentir à une IVG dans le cadre des droits de l'autorité parentale n'était pas dicté par le seul intérêt de l'enfant, les parents commettaient un détournement constitutif d'un abus de droit* ».

Mais il est clair qu'actuellement le juge des enfants est dans une situation difficile en raison des situations humaines auxquelles il est confronté et du silence des textes. De plus, la Cour de cassation ne s'est jamais prononcée sur sa compétence en matière d'IVG ; l'exécution provisoire ayant toujours été ordonnée par les juges des enfants ou les cours d'appel, limités par les délais légaux s'imposant à l'IVG.

Dans la pratique, soit le juge autorise directement l'IVG, soit il ordonne une mesure de placement de la mineure dans un établissement ou un service et retire expressément aux parents le droit de consentir à une IVG et délègue à l'établissement ou au service la faculté de consentir à cet acte. Il est certain qu'il ne peut pas, en raison notamment de l'obligation légale d'entendre les parents de l'enfant et de leur notifier toute décision à son sujet, autoriser une mineure à pratiquer une IVG à leur insu. Enfin, il est parfois saisi du cas de mineures subissant des contraintes pour pratiquer une IVG. Il doit alors tenter de leur donner la possibilité de réfléchir et de prendre leur décision librement et, si elles souhaitent garder leur enfant, envisager avec elles, le cas échéant, des mesures éducatives et parfois un placement dans une structure telle qu'un foyer maternel.

• ***Le recours à « des solutions extra-légales »***

Dans la pratique, certaines mineures dépourvues de consentement parental et ayant parfois aussi dépassé le délai légal de dix semaines sont orientées, par les professionnels qui les reçoivent, vers d'autres solutions. Le dépassement du délai légal est lié souvent à une prise de conscience tardive de la grossesse, parfois associée à la crainte de solliciter un consentement parental.

Certains médecins acceptent de pratiquer des IVG en ayant seulement le consentement d'un membre de l'entourage familial chez lequel la mineure se trouve, sans que les parents n'aient été consultés. De même, des IVG dites thérapeutiques sont pratiquées au motif que la poursuite de la grossesse chez une mineure compromet gravement sa santé et son équilibre. C'est parfois le cas lorsque cette dernière déclare avoir subi des relations sexuelles sans y avoir consenti.

Pourtant, il apparaît que le seul fait d'être jeune et souvent démunie ne peut suffire à justifier un avortement thérapeutique et que la notion de santé psychique ne doit pas permettre de satisfaire toutes les demandes d'IVG après dépassement du délai de dix semaines.

Enfin, des mineures partent, avec l'aide de professionnels qui les ont reçues, pour des pays voisins dont les législations sont plus souples quant aux délais et n'exigent ni consentement parental ni résidence sur le territoire. Toutefois, les conditions dans lesquelles ces actes sont parfois pratiqués et insuffisamment surveillés, du fait notamment des courts délais passés dans ces pays, peuvent avoir des conséquences sur la santé des jeunes filles. De plus, il est certain que les travailleurs sociaux, les médecins et plus généralement les professionnels auxquels les mineures se confient engagent leur responsabilité lorsqu'ils les incitent à ce type de solution ou acceptent de pratiquer des IVG hors du cadre légal et notamment sans consentement parental.

Dans ce contexte, l'article 6 du projet de loi procède à une réécriture complète de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique, relatif au cas particulier des IVG pratiquées sur des mineures. Il prévoit une dérogation au principe de l'autorisation parentale : lorsque le dialogue avec la famille s'avère impossible, l'interruption de grossesse pourra être réalisée sur la seule demande de la mineure.

Le premier alinéa de l'article L. 2212-7 nouvellement rédigé stipule que, lorsque le consentement parental est recueilli, il est joint à la demande d'interruption de grossesse que la mineure présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne, c'est-à-dire la confirmation écrite.

Les deuxième et troisième alinéas aménagent l'obligation d'autorisation parentale.

Dans un premier temps -c'est l'objet du deuxième alinéa-, si la mineure désire garder le secret à l'égard de ses parents, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés.

Dans un deuxième temps -c'est l'objet du troisième alinéa-, si la jeune fille persiste dans son souhait de garder le secret ou si elle ne peut obtenir le consentement de ses parents, son seul consentement exprimé librement en tête à tête avec le médecin emporte la décision. Le médecin peut alors pratiquer l'interruption de grossesse à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention -c'est l'objet du quatrième et dernier alinéa-, il sera proposé à la mineure une deuxième consultation médicale, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements à cet article.

A l'initiative de Mme Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, elle a ajouté que le médecin, qui doit s'efforcer de convaincre la mineure d'obtenir le consentement parental, peut se contenter de vérifier que cette démarche a été faite lors de la consultation sociale préalable. L'objectif de cette disposition est de faire en sorte que la mineure ait le choix entre le médecin et la conseillère conjugale pour discuter de la possibilité d'obtenir ou non le consentement parental.

Toujours à l'initiative de Mme Lignières-Cassou, rapporteure, l'Assemblée nationale a précisé qu'outre l'interruption de grossesse, les soins qui lui sont liés sont également pratiqués à la demande de l'intéressé. L'objet de cet amendement est d'apporter une protection juridique aux personnels de santé qui pratiqueraient des soins sur une mineure dans le cadre d'une IVG.

Enfin, elle a adopté un amendement présenté par Mme Marie-Thérèse Boisseau précisant qu'une deuxième consultation serait *obligatoirement* proposée après l'IVG.

III - La position de votre commission

Chacun comprendra que cette disposition législative est symboliquement lourde et que ses conséquences juridiques sont graves. Après avoir longuement réfléchi, votre commission vous propose cependant d'en accepter le principe.

En effet, si, dans la très grande majorité des cas, la mineure obtient l'accord de l'un de ses deux parents, il est des situations où le consentement parental paraît impossible à obtenir, soit pour des raisons culturelles, soit pour des raisons simplement matérielles. Il est des cas où la simple annonce d'une grossesse mettrait en danger la vie de la jeune fille. Le recours au juge des enfants paraît alors inadapté.

Il est apparu dans ces conditions à votre commission qu'une modification du cadre légal régissant la situation particulière des mineures

était souhaitable. Il est important que ces dernières ne soient plus, comme c'est le cas actuellement, dépendantes de la position des professionnels de santé auxquels elles s'adressent et de l'interprétation que font ces derniers des dispositions légales. De même il est nécessaire que ces professionnels, confrontés à des situations humaines difficiles, puissent répondre aux besoins de ces mineures tout en ayant une connaissance précise des conditions de leur intervention et des cas dans lesquels ils peuvent engager leur responsabilité.

Si la commission propose d'accepter la dérogation au principe de l'autorité parentale, elle souhaite néanmoins entourer cette possibilité d'un certain nombre de garanties : il n'est pas envisageable, en effet, que la mineure puisse être livrée à elle-même ou qu'elle soit, comme le propose le projet de loi, simplement « accompagnée » par une personne de son choix qui pourrait être n'importe qui.

Elle propose par conséquent que cette personne ne se limite pas à accompagner cette mineure, concept qui n'a aucune signification juridique, mais l'assiste, par référence aux dispositions du code civil qui prévoient, dans certaines situations, l'assistance d'un mineur par une personne adulte¹. Cette modification terminologique a naturellement des conséquences juridiques puisqu'elle suppose l'exercice d'une responsabilité à l'égard de la mineure. La responsabilité de la personne référente ne pourrait cependant pas être mise en cause par les parents de la mineure puisque la loi lui confie cette mission.

Votre rapporteur avait en outre envisagé de proposer que l'adulte référent soit une *personne qualifiée*, c'est-à-dire une personne compétente et formée à ce type de mission (conseillère conjugale, assistante sociale, psychologue...) que la mineure choisirait dans des conditions fixées par décret.

A l'issue d'un large débat, la commission a finalement décidé de maintenir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale qui fait référence à « *une personne majeure de son choix* ». Sans pour autant se résoudre à considérer que la personne majeure peut être « *n'importe qui* », elle a ainsi entendu préserver la possibilité pour la jeune fille de choisir par exemple un membre de sa famille, tel qu'une sœur, une tante ou une grand-mère.

Votre commission vous propose par conséquent d'adopter cinq amendements à cet article :

- le premier est rédactionnel ;

- le deuxième supprime dans le deuxième alinéa du texte proposé les mots : « *ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4* ». Votre commission n'est en effet pas

¹ Telles que l'assistance éducative, prévue à l'article 375 du code civil.

favorable à ce que se multiplient des démarches parallèles de vérification du consentement parental : il revient au seul médecin, qui a *in fine* la responsabilité médicale de l'acte, de s'efforcer de convaincre la mineure d'obtenir le consentement parental ;

- le troisième complète le troisième alinéa afin de préciser que les actes médicaux liés à l'interruption de grossesse sont également pratiqués à la demande de la mineure. Ainsi, le médecin pratiquant une anesthésie sur une mineure ne saurait voir sa responsabilité engagée du fait de l'absence de consentement parental ;

- le quatrième prévoit, dans le troisième alinéa que la mineure se fait « assister », et non « accompagner » par la personne majeure de son choix ;

- le cinquième supprime la référence à une deuxième consultation après l'IVG, par coordination avec l'amendement proposé à l'article 4, qui a déjà introduit cette consultation dans ledit article.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 7

(art. L. 2212-8 du code de la santé publique)

Clause de conscience

Cet article modifie l'article L. 2212-8 du code de la santé publique, relatif à la clause de conscience dont bénéficient les médecins et les personnels paramédicaux s'agissant de la pratique d'une IVG.

I - Le dispositif proposé

Dans sa rédaction actuelle, le premier alinéa de l'article L. 2212-8 prévoit qu'un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de la grossesse mais qu'il doit, au plus tard lors de la première visite, informer l'intéressée de son refus.

Le présent article procède à une réécriture de cet alinéa. Si le principe du droit du médecin à recourir à la clause de conscience est naturellement maintenu, la nouvelle rédaction proposée par cet article précise que le médecin souhaitant l'invoquer doit en informer la femme sans délai. En outre, il doit

communiquer immédiatement à l'intéressée le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues par la loi.

L'exposé des motifs du projet de loi indique : « *de cette manière, la liberté de refus du médecin ne sera pas de nature à priver la femme de son droit d'accès à l'IVG, dans les meilleurs délais* ».

Le présent article supprime également les deux derniers alinéas de l'article L. 2212-8 du code de la santé publique.

Ces deux alinéas prévoient d'une part, que le conseil d'administration de l'établissement de santé désigne le service dans lequel les interruptions de grossesse seront effectuées, et d'autre part que, si le chef de service concerné refuse d'en assumer la responsabilité, le conseil d'administration doit créer une unité dotée de moyens permettant les IVG.

Sont en effet tenus de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, en application de l'article L. 2212-8 du code de la santé publique :

- les centres hospitaliers régionaux ;
- les centres hospitaliers généraux ;
- les autres établissements d'hospitalisation publics qui comportent une unité pour pratique chirurgicale ou obstétricale, à l'exception des centres hospitaliers spécialisés.

Pour leur part, les établissements privés sont astreints à ne pas dépasser un quota d'IVG égal au quart des actes chirurgicaux ou obstétricaux qu'ils pratiquent.

La suppression des deux derniers alinéas de l'article L. 2212-8 oblige tout chef de service d'un hôpital public à assumer l'organisation de la pratique des IVG, s'il a été décidé par le conseil d'administration de l'établissement, ainsi que le précise la loi hospitalière, que c'est bien à son service que cette mission incombe.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission partage l'objectif visé par le présent article de garantir à la femme qui a pris sa décision un accès rapide à une IVG. Certaines femmes sont aujourd'hui conduites à dépasser le délai légal de dix semaines parce que les carences du service public de l'IVG n'ont pas permis qu'il soit

répondu à leur demande dans les délais. Tout doit être fait pour que de telles situations ne se reproduisent plus.

A l'heure actuelle, un chef de service peut refuser d'organiser des IVG dans son service en invoquant la clause de conscience. Votre commission est attachée à ce que tout médecin ait le droit de refuser de pratiquer personnellement des IVG. Elle considère cependant que, si ce même médecin est responsable d'un service assurant l'organisation d'IVG, il doit assurer les obligations de sa fonction, même s'il ne pratique pas lui-même d'IVG. La pratique des IVG étant une mission de service public, il est normal que les chefs de service ne puissent pas s'opposer à ce que leurs collaborateurs pratiquent des IVG dans leur service.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 7 bis (nouveau)

(art. L. 2322-1 et L. 2322-4 du code de la santé publique)

Suppression du contingentement du nombre d'IVG dans les établissements de santé privés

Cet article additionnel, introduit par l'Assemblée nationale, supprime le contingentement du nombre d'IVG imposé aux établissements de santé privés.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, comporte deux paragraphes : le I résulte d'un amendement présenté par Mme Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, le II d'un sous-amendement déposé par le Gouvernement.

Le I abroge l'article L. 2322-4 du code de la santé publique qui prévoit que, dans les établissements de santé privés, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne peut être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux. Tout dépassement de ce quota entraîne la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récurrence, la fermeture est définitive.

Le II complète l'article L. 2322-1 du code de la santé publique relatif aux dispositions applicables aux établissements de santé privés recevant des femmes enceintes. L'ouverture ou la direction d'un tel établissement est subordonnée à l'autorisation préalable du représentant de l'Etat dans le département. Cet article est complété par un alinéa prévoyant qu'un décret fixe les installations autorisées dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer lorsqu'ils souhaitent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse.

II - La position de votre commission

Le contingentement a été institué dans la loi de 1975 pour éviter que certaines structures privées ne deviennent des cliniques d'avortement. Il témoignait à l'évidence d'une forte méfiance à l'égard du secteur privé. Le législateur a donc confié au secteur public le soin de répondre à la demande d'IVG en tentant de restreindre les IVG réalisées dans le secteur privé. Or, force est de constater que le secteur public n'assume pas complètement cette tâche. Comme le relève dans son rapport le Professeur Nisand, « *Là où le privé est très sollicité, c'est souvent la conséquence d'une grave carence du secteur public.* »

La suppression du contingentement figure parmi les recommandations du Professeur Nisand qui relève qu'un « *rapide calcul permettrait de démontrer qu'une structure qui ne ferait que des IVG ne serait viable sur aucun plan (économique, médical, etc.)* »

Il juge donc « *logique de proposer l'abrogation de quotas qui discriminent de ce point de vue le privé du public, alors que le privé assume près de la moitié des IVG du pays.* ».

Votre commission partage ce sentiment et considère que le maintien du contingentement ne se justifie plus.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 8

Modification des termes de l'intitulé d'un chapitre désormais consacré à l'interruption de grossesse pratiquée pour motif médical

Cet article modifie l'intitulé du chapitre III du titre premier du livre III de la deuxième partie du code de la santé publique.

I - Le dispositif proposé

Le chapitre III du titre premier du livre III de la deuxième partie du code de la santé publique est aujourd'hui consacré à l'interruption de grossesse pratiquée pour motif thérapeutique. L'article 8 substitue au mot « thérapeutique » celui de « médical ».

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à cette modification terminologique. L'interruption d'une grossesse pour motif thérapeutique peut aujourd'hui en effet être pratiquée, en application de l'article L. 2213-1, si la poursuite de la grossesse « *met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic* ».

L'interruption de grossesse pratiquée dans les situations auxquelles l'article L. 2213-1 fait référence n'a nullement un but thérapeutique. Ce sont bien des raisons médicales concernant, soit la femme, soit l'enfant à naître, qui sont à l'origine des interruptions de grossesse nécessaires alors que les délais légaux de l'IVG sont dépassés. Le terme de « médical » englobe mieux la diversité des situations pouvant se présenter, tandis que celui de « thérapeutique » apparaît plus restrictif.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 8 bis (nouveau)

(art. L. 2213-1 du code de la santé publique)

Modification de la procédure préalable à la décision de pratiquer une interruption médicale de grossesse

Cet article additionnel introduit par l'Assemblée nationale modifie l'article L. 2213-1 du code de la santé publique relatif à la procédure applicable aux interruptions de grossesse pour motif médical (IMG).

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel, qui résulte d'un amendement présenté par Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, réforme la procédure de l'IMG.

L'article L. 2213-1 du code de la santé publique prévoit que l'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé autorisé à recevoir des femmes enceintes et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une Cour d'appel. Si l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'un de ces deux médecins doit exercer son activité dans un centre de diagnostic prénatal pluridisciplinaire.

La nouvelle rédaction de l'article L. 2213-1 proposée par l'Assemblée nationale :

- maintient à l'identique les motifs de l'IMG (péril grave pour la santé de la femme ou une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic) ;

- prévoit que la décision de pratiquer l'interruption de grossesse ne peut être prise qu'après que la réalité de l'une ou l'autre de ces situations a été appréciée par une commission pluridisciplinaire. Cette commission comprend au moins trois personnes qui sont une personne qualifiée, un médecin choisi par la femme concernée et un médecin responsable de service de gynécologie obstétrique. Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic prénatal, le deuxième médecin exerce son activité dans un centre de diagnostic

prénatal pluridisciplinaire. Un décret en Conseil d'Etat précise la composition et les modalités de fonctionnement de cette commission ;

- précise que la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par la commission.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve la réforme de la procédure de l'IMG proposée par l'Assemblée nationale.

Cette nouvelle procédure présente l'avantage d'être véritablement collégiale puisque la commission est au moins composée de trois membres.

En outre, la composition de cette commission est « pluridisciplinaire » et non plus exclusivement médicale : la présence d'une personne qualifiée qui pourrait être une conseillère conjugale, une psychologue, une assistante sociale, permettra vraisemblablement une plus grande diversité d'approches.

La nouvelle procédure met fin à l'intervention actuellement obligatoire du médecin inscrit sur la liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une Cour d'appel, intervention qui ne se justifiait plus.

Enfin, elle permet à la femme concernée, ou au couple, de se faire entendre dans une procédure dont elle est paradoxalement absente aujourd'hui

Votre commission vous propose donc d'adopter cet article en le complétant. En effet, si, pour les raisons qui ont été évoquées plus haut, votre commission vous demande de rejeter l'allongement du délai légal de l'IVG, elle juge néanmoins indispensable d'apporter une réponse à la détresse des femmes qui dépassent le délai légal.

Elle propose par conséquent que ces situations puissent être prises en charge dans le cadre de la procédure de l'interruption médicale de grossesse, telle qu'elle est réformée par le présent article.

Elle vous demande ainsi d'adopter deux amendements à cet article.

Le premier complète le premier alinéa du texte proposé afin d'ajouter que la référence à la santé de la femme inclue sa santé psychique, appréciée notamment au regard de risques avérés de suicide ou d'un état de détresse consécutif à un viol ou un inceste. Cette précision permettrait la prise en charge des situations les plus douloureuses, qui constituent souvent l'essentiel des cas de dépassement de délais.

Le second modifie, dans le deuxième alinéa du texte proposé, la composition de la commission pluridisciplinaire afin de prévoir la présence d'un médecin gynécologue-obstétricien, et non plus d'un médecin responsable de service de gynécologie-obstétrique, et de préciser que la personne qualifiée ne doit pas appartenir au corps médical.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 9

(art. L. 2213-2 du code de la santé publique)

**Disposition de coordination relative
à l'interruption de grossesse pour un motif médical**

Cet article modifie l'article L. 2213-2 du code de la santé publique afin de substituer au mot : « thérapeutique » le mot : « médical ».

I - Le dispositif proposé

Par coordination avec le changement de l'intitulé du chapitre III opéré par l'article 8, cet article prévoit qu'à l'article L. 2213-2, qui stipule que les dispositions des articles L. 2212-2 et L. 2212-8 à L. 2212-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique, la référence au motif thérapeutique est remplacée par la référence au motif médical.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Par coordination avec la position qu'elle a exprimée à l'article 8, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Art. 10

(art. L. 5135-1 et L. 5435-1 du code de la santé publique)

Interdiction et sanctions de la vente à des personnes

n'appartenant pas au corps médical de dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse

Cet article actualise les dispositions du code de la santé publique relatives à la vente et de la distribution des dispositifs médicaux utilisés pour les IVG.

I - Le dispositif proposé

Le I de cet article réécrit l'article L. 5135-1 du code de la santé publique qui constitue l'unique article du chapitre V « *Produits aptes à provoquer une interruption de grossesse* » du titre III « *Autres produits et substances pharmaceutiques réglementés* » du livre premier « *Produits pharmaceutiques* » de la cinquième partie du code qui porte sur les produits de santé.

Cet article du code de la santé publique régit les produits et les dispositifs « *susceptibles de provoquer ou de favoriser* » une interruption de grossesse. Il vise, dans les trois premiers alinéas, « *les remèdes et substances, sondes intra-utérines et autres objets analogues* » qui ne peuvent être délivrés que par les pharmaciens, sur prescription médicale « *transcrite sur un registre coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police* ».

Le 1° du I du présent article supprime ces dispositions qui apparaissent obsolètes. En outre, les produits concernés relèvent aujourd'hui du droit commun applicable aux médicaments.

Le dernier alinéa de l'article L. 5135-1 traite des dispositifs médicaux utilisés pour des IVG. Le 2° du I du présent article modifie cet alinéa afin d'actualiser sa rédaction.

En définitive, l'article L. 5135-1 ne comporterait plus qu'un seul alinéa prévoyant d'interdire aux « *fabriquants et négociants en appareils gynécologiques de vendre des dispositifs médicaux utilisables* » pour une IVG à des personnes n'appartenant pas au corps médical. L'objectif demeure la lutte contre les avortements pouvant être pratiqués en dehors du milieu médical grâce à la vente « en parallèle » de dispositifs médicaux destinés en principe exclusivement aux personnels du corps médical.

Le II de cet article procède à une réécriture complète de l'article L. 5435-1 qui constitue l'unique article du chapitre V « *Produits aptes à provoquer une interruption de grossesse* » du titre III du livre IV consacré aux

dispositions pénales au sein de la cinquième partie du code de la santé publique.

Pour lutter plus efficacement encore contre les IVG illégales, il renforce les peines prévues par cet article en cas de non-respect du principe posé par l'article L. 5135-1, c'est-à-dire pour avoir vendu un dispositif médical utilisé pour une IVG à une personne n'appartenant pas au corps médical.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 5435-1 comporte six alinéas. Il énonce d'abord les peines encourues, soit deux ans d'emprisonnement et 30.000 francs d'amende (dans son premier alinéa), puis les faits condamnables (alinéas deux à quatre, soit du 1° au 3°). Le cinquième alinéa pose le principe de la confiscation des instruments saisis ayant été illégalement vendus ou distribués à une personne n'appartenant pas au corps médical. Selon le dernier alinéa, une peine complémentaire est prévue à l'encontre des personnes physiques coupables d'avoir vendu ou distribué des dispositifs médicaux. Celles-ci s'exposent à subir une suspension temporaire ou une interdiction durable d'exercer leur profession habituelle, soit la profession « *à l'occasion de laquelle le délit a été commis* ».

Dans la rédaction proposée par le II du présent article, le premier alinéa de l'article L. 5435-1 durcit les peines encourues. Comme précédemment, la peine est de deux ans d'emprisonnement, mais l'amende est relevée, passant de 30.000 francs à 200.000 francs, selon le quantum habituel du code pénal.

Le deuxième alinéa prévoit que les personnes morales « *peuvent être déclarées pénalement responsables des infractions* » précitées « *dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal* », lequel dispose que « *les personnes morales, à l'exclusion de l'Etat, sont responsables pénalement (...) des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants.* »

Les troisième, quatrième et cinquième alinéas concernent les peines pouvant être communes aux personnes physiques et morales : confiscation des dispositifs médicaux saisis, interdiction, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans, d'exercer la profession ou l'activité à l'occasion de laquelle le délit a été commis.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Les IVG et *a fortiori* les IMG pratiquées sans encadrement médical sont de nature à mettre très gravement en danger la santé et l'intégrité physique des femmes qui pourraient en être les victimes. C'est la raison pour laquelle votre commission approuve pleinement le durcissement des peines prévues en la matière.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 11

(art. 223-11 du code pénal, art. L. 2222-2 du code de la santé publique)

Transfert dans le code de la santé publique des dispositions du code pénal relatives à la pratique illégale de l'IVG

Cet article transfère dans le code de la santé publique les dispositions du code pénal relatives à la pratique illégale de l'IVG.

I - Le dispositif proposé

L'article 223-11 du code pénal prévoit que l'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200.000 francs d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :

1° après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif thérapeutique ;

2° par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;

3° dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi.

Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500.000 francs d'amende si le coupable la pratique habituellement. La tentative de ces délits est punie des mêmes peines.

Dans la rédaction du projet de loi, l'article 11 se bornait à apporter deux modifications à la rédaction de l'article 223-11 du code pénal, par coordination avec d'autres dispositions du texte :

- il substituait au terme : « *thérapeutique* » le terme de « *médical* », par coordination avec les dispositions des articles 8 et 9 ;

- il introduisait la référence à la possibilité d'une IVG pratiquée en médecine ambulatoire, par coordination avec l'article 3.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, qui transfère dans le code de la santé publique les dispositions prévues à l'article 223-11 du code pénal.

L'article 11 ainsi modifié comprend désormais deux paragraphes :

- le I abroge l'article 223-11 du code pénal ;

- le II transfère les dispositions dudit article, incluant les modifications apportées par le présent article dans sa rédaction initiale, dans l'article L. 2222-2 du code de la santé publique qui se limitait auparavant à simplement reproduire les dispositions de l'article 223-11 du code pénal, selon le dispositif dit du « code pilote - code suiveur ».

III - La position de votre commission

L'initiative prise par l'Assemblée nationale doit être examinée dans le cadre du présent article et de l'article 11 *bis* qui procède de manière parallèle au transfert dans l'article L. 2222-4 du code de la santé publique des dispositions de l'article 223-12 du code pénal.

Le code pénal comprend aujourd'hui trois dispositions relatives à l'interruption de grossesse, regroupées dans la section V (« *De l'interruption illégale de grossesse* ») du chapitre III (« *De la mise en danger de la personne* ») du livre deuxième (« *Des crimes et délits contre les personnes* »). Il s'agit de :

- l'article 223-10, qui punit de cinq ans d'emprisonnement et de 500.000 francs d'amende l'interruption de grossesse sans le consentement de l'intéressée ;

- l'article 223-11, qui fait l'objet du présent article ;

- l'article 223-12, qui punit de trois ans d'emprisonnement et de 300.000 francs d'amende le fait de fournir à une femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même ; cet article fait l'objet de l'article 11 *bis* ci-après du projet de loi.

L'Assemblée nationale a choisi de ne transférer dans le code de la santé publique que ces deux derniers articles. Pour justifier cette décision, Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a indiqué en séance publique¹ :

« Nous avons eu, au sein de la commission, une longue discussion relative au positionnement de ces articles. Nous avons conclu qu'il était incontestable de maintenir à sa place l'article 223-10, qui porte sur l'interdiction de pratiquer une IVG sans le consentement de l'intéressée. Il s'agit bien, en effet, d'un cas d'atteinte à l'intégrité de la personne humaine.

« En revanche, pour suivre l'évolution que nous voyons poindre dans les différents codes techniques, il nous a semblé qu'il n'y avait pas lieu de maintenir les articles 223-11 et 223-12 dans le code pénal. Il conviendrait plutôt de les faire basculer, avec les sanctions afférentes, auxquelles nous ne touchons pas, dans le code de la santé publique, qui est le code technique correspondant à notre sujet.

« En résumé, la commission vous propose de laisser dans le code pénal l'article 223-10, qui concerne bien une atteinte à l'intégrité de la personne, et de transférer dans le code technique approprié, c'est-à-dire le code de la santé publique, les deux autres articles 223-11 et 223-12. »

Votre commission comprend mal l'intérêt de ce jeu de passe-passe législatif qui ne modifie rien sur le fond puisque les peines et amendes applicables resteront les mêmes, qu'elles figurent dans le code pénal ou dans le code de la santé publique.

Elle constate d'ailleurs que le Gouvernement a partagé, en séance publique, cette perplexité puisque Mme Nicole Péry, Secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle a indiqué : *« A ce jour, et au nom du Gouvernement, je ne peux soutenir cette analyse. »* Cet avis était d'ailleurs réaffirmé à l'occasion du débat sur l'amendement insérant l'article 11 bis ; Mme Péry déclarait alors² : *« je ne peux approuver cette approche ».*

Elle remarque en outre que l'Assemblée nationale a choisi de distinguer, selon des critères qui apparaissent pour le moins aléatoires, l'article

¹ J.O. Débats A.N. 1^{ère} séance du 30 novembre 2000, p. 9621.

² Op. cit. p. 9623.

qui devait subsister dans le code pénal et ceux qu'il convenait de transférer dans le code de la santé publique.

Désormais, les peines applicables à l'interruption illégale de grossesse figureraient pour certaines dans le code pénal, pour d'autres dans le code de la santé publique. L'accès de nos concitoyens au droit, gage de sa bonne compréhension, serait rendu encore plus malaisé.

Pour l'ensemble de ces raisons, votre commission vous propose d'adopter un amendement tendant à revenir au texte initial du projet de loi et à maintenir dans le code pénal les dispositions qui y figuraient.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 11 bis (nouveau)

(art. 223-12 du code pénal, art. L. 2222-4 du code de la santé publique)

Transfert dans le code de la santé publique des dispositions du code pénal relatives au fait de fournir à une femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même

Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, transfère dans le code de la santé publique les dispositions du code pénal relatives au fait de fournir à une femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'article 223-12 du code pénal prévoit que le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300.000 francs d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500.000 francs d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à insérer dans le projet de loi un article additionnel 11 *bis*, présenté par Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, qui transfère dans le code de la santé publique les dispositions prévues à l'article 223-12 du code pénal.

L'article 11 *bis* comprend deux paragraphes :

- le I abroge l'article 223-12 du code pénal ;

- le II transfère les dispositions dudit article dans un article nouveau du code de la santé publique, l'article L. 2222-4, en les complétant par une phrase prévoyant qu'en aucun cas, « *la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte.* »

II - La position de votre commission

Pour les raisons qui ont été développées dans le commentaire de l'article 11, votre commission s'oppose au transfert de ces dispositions du code pénal vers le code de la santé publique.

Elle vous propose par conséquent d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 12

(art. L. 2221-1 du code de la santé publique et art. 84, 85, 86 et 89 du décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises)

Abrogation de dispositions sur la propagande en faveur de l'interruption volontaire de grossesse et de dispositions obsolètes

Cet article abroge l'article L. 2221-1 du code de la santé publique relatif à la provocation à l'IVG ainsi des dispositions datant du décret-loi du 29 juillet 1939.

I - Le dispositif proposé

Cet article abroge tout d'abord l'article L. 2221-1 du code de la santé publique qui constitue l'unique article du chapitre premier « *Provocation à l'interruption de grossesse* » du titre II « *Dispositions pénales* » du livre II relatif à l'interruption volontaire de grossesse.

Dans son premier alinéa, cet article punit de deux ans d'emprisonnement et de 30.000 francs d'amende « *le fait de provoquer par un moyen quelconque à l'interruption de grossesse* ». Cette condamnation couvre même les cas où les moyens utilisés sont « *licites* » et où cette « *provocation n'est pas suivie d'effet* ». En application de cette disposition, le seul fait d'avoir

incité ou conseillé à une femme d'interrompre sa grossesse serait susceptible d'être sanctionné.

Le deuxième alinéa punit des mêmes peines « *la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, par un moyen quelconque, concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer une interruption de grossesse, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens.* »

Le dernier alinéa porte sur les poursuites pouvant être engagées à l'encontre des personnes ne respectant pas les dispositions précédentes. Si la publicité interdite a été faite par voie de presse, sont condamnables les « *personnes énumérées à l'article 42 de la loi sur la liberté de la presse du 29 juillet 1881* », à savoir les directeurs de publication ou les éditeurs, à leur défaut, les auteurs et les imprimeurs, puis les vendeurs, les distributeurs et afficheurs.

Lorsque la publicité revêt une autre forme, par exemple audiovisuelle, les responsables du délit peuvent être les chefs d'établissement ou directeurs des entreprises à l'origine de la diffusion des informations sur l'IVG.

Le présent article abroge en outre les articles 84, 85, 86 et 89 du décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises, toujours en vigueur à l'heure actuelle malgré leur caractère à l'évidence très daté.

L'article 84 du décret-loi de juillet 1939 prévoit pour un médecin condamné pénalement pour avortement illégal l'interdiction définitive d'exercer dans un établissement pouvant accueillir des femmes enceintes.

L'article 85 prévoit le même type d'interdiction d'exercer toute fonction dans un établissement accueillant des femmes enceintes pour les personnes condamnées par un tribunal étranger.

L'article 86 énonce une peine de deux ans d'emprisonnement et une amende de 60.000 francs pour les personnes contrevenant aux articles 84 et 85, c'est-à-dire les personnes ayant pratiqué des avortements illégaux - à l'époque du décret-loi, toutes les interruptions de grossesse étaient illégales - et exerçant des fonctions dans des établissements pouvant être fréquentés par des femmes enceintes.

L'article 89 permet, enfin, aux syndicats de médecins et aux syndicats de sages-femmes ainsi qu'à « *l'administration de l'assistance publique et aux établissements publics d'assistance* » de se porter partie civile pour faire sanctionner les délits énoncés par le décret-loi.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de pure forme qui inclut dans le champ de l'abrogation l'intitulé du chapitre du code de la santé publique comprenant le seul article L. 2221-1.

II - La position de votre commission

Votre commission accepte l'abrogation de l'article L. 2221-1 du code de la santé publique dans sa rédaction actuelle. Elle considère en effet que le maintien de ces dispositions - qui n'ont d'ailleurs jamais été appliquées - ne se justifie plus. Cet article était en outre susceptible de constituer un obstacle juridique aux actions d'information en direction des femmes souhaitant accéder à l'IVG.

Pour autant, la suppression des sanctions pour l'incitation à l'IVG ne doit pas avoir pour effet de priver la femme enceinte de toute protection contre les personnes qui souhaiteraient la contraindre à l'IVG.

Votre commission vous propose donc d'adopter un amendement comportant une nouvelle rédaction de l'article L. 2221-1 du code de la santé publique afin de protéger la femme enceinte contre toute forme de pression destinée à la contraindre à une interruption de grossesse.

L'amendement prévoit que serait puni de deux ans d'emprisonnement et de 200.000 francs d'amende le fait de contraindre ou de tenter de contraindre une femme à une interruption de grossesse en exerçant sur elle des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation.

La rédaction en est directement inspirée de celle prévue par l'article 12 bis ci-après pour le délit d'entrave à la pratique légale des interruptions de grossesse.

S'agissant des dispositions du décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises, elles sont à l'évidence devenues obsolètes et n'ont d'ailleurs, de fait, pas été appliquées depuis de très nombreuses années.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 12 bis (nouveau)
(art. L. 2223-2 du code de la santé publique)
**Renforcement du délit d'entrave à la pratique légale
des interruptions de grossesse**

Cet article additionnel, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, élargit le champ du délit d'entrave à la pratique des IVG.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article additionnel, qui résulte d'un amendement présenté par Mme Danielle Bousquet, rapporteure de la délégation aux Droits des femmes, modifie l'article L. 2223-2 du code de la santé publique relatif au délit d'entrave à l'IVG.

Cet article punit de deux ans d'emprisonnement et de 30.000 francs d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables à cette IVG :

- soit en perturbant l'accès aux établissements ou la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ;
- soit en exerçant des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements ou des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse.

Le présent article :

- porte l'amende maximale à 200.000 francs,
- élargit la notion de perturbation des établissements en prenant en compte également les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux,
- ajoute la notion de pressions morales et psychologiques aux menaces et actes d'intimidation,
- étend cette protection à l'entourage des femmes concernées.

II - La position de votre commission

Votre commission partage l'objectif visé par cet article : on ne saurait en effet tolérer que puisse être empêchée l'application d'une loi de la République qui garantit aux femmes l'accès à l'IVG.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 13

*(art. L. 2412-1, L. 2412-2 et L. 2412-3 du code de la santé publique,
art. 723-2 du code pénal)*

Application à la collectivité territoriale de Mayotte

Cet article permet l'application à Mayotte des dispositions nouvelles relatives à l'IVG.

I - Le dispositif proposé

Le nouveau code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'ordonnance du 15 juin 2000, comprend désormais dans la deuxième partie « *Santé de la famille, de la mère et de l'enfant* » un livre IV consacré à Mayotte, aux îles Wallis et Futuna, aux Terres australes et antarctiques françaises, à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française.

Les I, II et III du présent article 13 modifient ou abrogent des articles du titre premier, relatif à la collectivité territoriale de Mayotte, de ce livre IV.

Le I procède à une modification de référence dans le premier alinéa de l'article L. 2412-1 du code de la santé publique afin de tenir compte des modifications apportées à l'article L. 2212-8, relatif à la clause de conscience, par l'article 7 du projet de loi.

Le II abroge l'article L. 2412-2 qui prévoit que les dispositions de l'article L. 2212-7 sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte, à l'exception de la première phrase de cet article qui est remplacée par les dispositions suivantes : « *Si la femme est mineure célibataire, le consentement du père ou de la mère ou du représentant légal est requis.* ».

Le III de l'article 13 prévoit que l'article L. 2412-3 actuel devient l'article L. 2412-2, ce dernier article étant supprimé par le II.

Le IV propose une nouvelle rédaction de l'article 723-2 du code pénal, qui adapte à Mayotte le contenu de l'article 223-11 du code pénal, afin de tenir compte de la modification proposée par l'article 3 du projet de loi qui autorise, sous certaines conditions, la pratique d'IVG en médecine ambulatoire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements à cet article : le premier est rédactionnel ; le deuxième, proposé par Mme Martine Lignièrès-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, abroge l'article 723-2 du code pénal et rend applicable à Mayotte l'article L. 2222-2 du code de la santé publique, par coordination avec la position adoptée par l'Assemblée nationale à l'article 11. Le troisième amendement, présenté par le Gouvernement, prévoit que les articles 10 et 12 de la présente loi sont applicables à Mayotte.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 14

*(art. L. 2212-1 et L. 2212-7 du code de la santé publique
art. 713-2 du code pénal)*

Application aux territoires d'outre-mer et à la Nouvelle-Calédonie

Cet article permet l'application aux territoires d'outre-mer et à la Nouvelle-Calédonie de certaines dispositions relatives à l'IVG.

I - Le dispositif proposé

Le I prévoit que les dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-7 du code de la santé publique sont applicables dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie. Il s'agit donc uniquement des dispositions relatives à la définition de l'IVG et au recueil du consentement des parents pour les IVG pratiquées sur des mineures.

Le II modifie l'article 713-2 du code pénal qui adapte aux territoires d'outre-mer l'article 223-11 du code pénal, afin de tenir compte de l'allongement à douze semaines du délai légal et la modification terminologique de l'interruption de grossesse pour motif thérapeutique, qui devient « médical ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement proposé par Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, abrogeant l'article 713-2 du code pénal et rendant applicable aux territoires d'outre-mer et à la Nouvelle-Calédonie l'article L. 2222-2 du code de la santé publique, par coordination avec la position adoptée par l'Assemblée nationale à l'article 11.

III - La position de votre commission

La loi Veil n'étant aujourd'hui pas applicable en Polynésie française et Nouvelle-Calédonie, à l'exception de ses dispositions pénales, votre commission comprend le souci de santé publique qui a conduit le Gouvernement à proposer dans cet article l'application à ces territoires des articles L. 2212-1 et L. 2212-7 du code de la santé publique.

De nombreux professionnels de santé ont souhaité attirer l'attention de votre commission sur le bien fondé de cette disposition.

Il n'en reste pas moins que cette disposition soulève de réelles difficultés juridiques. Aux termes de la loi organique n° 96-303 du 12 avril 1996 portant statut d'autonomie de la Polynésie française, l'Etat n'exerce ses compétences que dans les matières limitativement énumérées où ne figure pas la santé de la famille, de la mère ou de l'enfant. Pour cette raison, notre collègue M. Gaston Flosse, Président du Gouvernement de Polynésie française, estime, dans un courrier qu'il a adressé à votre rapporteur, que les matières traitées par les articles L. 2212-1 et L. 2212-7 du code de la santé publique entrent dans le champ des compétences des autorités polynésiennes et que ces articles ne peuvent donc être rendus applicables à ce territoire par une loi simple.

Pour sa part, le Gouvernement indique, dans l'exposé des motifs du projet de loi, que l'article 14 étend aux territoires d'outre-mer et à la Nouvelle-Calédonie les dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-7, relatives à la définition de l'IVG et au recueil du consentement parental, « *dans la mesure où il s'agit de dispositions relatives au droit des personnes* ».

Il s'agit à l'évidence d'un problème complexe d'appréciation juridique de la conformité du présent article à la loi organique du 12 avril 1996. A défaut d'une véritable jurisprudence du Conseil Constitutionnel dans ce domaine, votre commission n'a pas cru devoir trancher ce point de droit.

Sous réserve des explications qu'elle pourra obtenir du Gouvernement en séance publique sur ce point, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 15

(art. L. 132-1 du code de la sécurité sociale)

Prise en charge intégrale par l'Etat des dépenses nécessaires aux interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des femmes mineures non émancipées n'ayant pas obtenu le consentement parental

Cet article prévoit la prise en charge intégrale par l'Etat des dépenses nécessaires aux interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures n'ayant pas obtenu le consentement parental.

I - Le dispositif proposé

Cet article modifie l'article L. 132-1 du code de la sécurité sociale, article unique du chapitre II du titre troisième du livre premier, relatif à la prise en charge par l'Etat des dépenses supportées par les organismes de sécurité sociale au titre de l'interruption volontaire de grossesse.

Cet article prévoit que, dans les limites fixées chaque année par les lois de finances, l'Etat rembourse aux organismes gérant un régime légal de sécurité sociale les dépenses qu'ils supportent au titre des interruptions volontaires de grossesse.

Dans le projet de loi de finances pour 2001, ces sommes figurent au chapitre 46-22 des crédits consacrés du ministère de la santé, pour un montant de 162 millions de francs, un niveau quasiment inchangé depuis 1997.

La tarification de l'IVG est fixée par l'arrêté du 14 janvier 1991 relatif aux prix des soins et d'hospitalisation afférents à l'IVG. Les tarifs diffèrent selon le mode, instrumental ou médicamenteux, utilisé pour cette intervention, et selon la durée de l'hospitalisation nécessaire. Ces tarifs sont présentés sous forme de forfaits. Le remboursement des frais afférents à l'IVG est à la charge de l'Etat. Cependant ce sont les organismes de sécurité sociale qui remboursent les femmes des frais engagés (remboursement à 80 %) avant de demander la prise en charge des sommes à l'Etat. Pour 1999, le montant total des remboursements des organismes d'assurance maladie s'est élevé à 157,6 millions de francs.

Le 1° du présent article procède à une modification rédactionnelle de l'intitulé du chapitre II.

Le 2° tire les conséquences des modifications de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique qui résultent de l'article 6 du projet de loi, lequel détermine notamment les conditions dans lesquelles une mineure peut demander une IVG sans le consentement parental.

Le a) du 2° insère un nouvel alinéa après le premier alinéa de l'article L. 132-1 du code de la santé publique afin de prévoir que l'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans le consentement parental est prise en charge par l'Etat.

Le b) du 2° complète le dernier alinéa de l'article L. 132-1 afin de préciser qu'un décret devra fixer les conditions permettant, pour ces mineures, de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Cet article vient utilement compléter le dispositif prévu par l'article 6.

Votre commission propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE II

-

CONTRACEPTION

Art. 16

(art. L. 2311-4 du code de la santé publique)

Délivrance des contraceptifs dans les centres de planification familiale

Cet article supprime l'obligation de prescription médicale pour la délivrance de contraceptifs dans les centres de planification familiale, en application des nouvelles règles de prescription des contraceptifs proposées à l'article 17.

I - Le dispositif proposé

L'article 17 du projet de loi supprime l'obligation de prescription médicale pour la délivrance de contraceptifs hormonaux.

Par coordination avec cette disposition, le présent article modifie l'article L. 2311-4 du code de la santé publique. Cet article prévoit que les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs *sur prescription médicale*, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire.

L'article 16 supprime par conséquent dans l'article L. 2311-4 les mots : « *sur prescription médicale* ».

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Pour les raisons qui sont développées dans le commentaire de l'article 17 et par coordination avec la position proposée sur ledit article, **vo**tre commission propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 16 bis

(art. L. 312-16 du code de l'éducation)

Education sexuelle dans les établissements scolaires

Cet article additionnel introduit par l'Assemblée nationale en première lecture prévoit l'organisation de séances d'information et d'éducation à la sexualité dans les collèges et lycées.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel, qui résulte d'un amendement présenté par le Gouvernement, complète le chapitre II du titre premier du livre III du code de l'éducation par une section 9 consacrée à l'éducation à la santé et à la sexualité, composée d'un article unique, l'article L. 312-16.

L'article L. 312-16 prévoit qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique, c'est-à-dire par exemple des centres de planification et d'éducation familiale ou des établissements d'information et de consultation, ainsi que d'autres intervenants extérieurs.

II - La position de votre commission

Votre commission est naturellement favorable à cette initiative. Elle a eu l'occasion, lors du commentaire de l'amendement qu'elle propose tendant à insérer un article additionnel avant le titre premier, de souligner qu'il était de la responsabilité du Gouvernement de définir une politique ambitieuse d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception, qui mobilise autant le corps enseignant que le corps médical et ouvre le dialogue au sein des familles.

Elle vous propose d'adopter un amendement augmentant de trois à cinq le nombre minimum de ces séances annuelles, étendant ces séances aux écoles primaires -l'information est d'autant plus utile qu'elle est délivrée de manière précoce- et ouvrant ces séances aux médecins libéraux. L'amendement prévoit en outre qu'une réunion annuelle est organisée à

l'intention des parents d'élèves au cours de laquelle ces derniers sont informés du cadre, du contenu et des modalités de ces séances.

Il s'agit moins d'organiser un contrôle des parents sur ces séances d'information destinée à leurs enfants que de les informer et de leur fournir une information identique de sorte que les conditions soient réunies pour que s'ouvre un véritable dialogue au sein de la famille.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 17

(art. L. 5134-1 du code de la santé publique)

Délivrance et prescription des contraceptifs

Cet article supprime, d'une part, le consentement parental pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs, d'autre part, l'obligation de prescription médicale pour les contraceptifs hormonaux.

I - Le dispositif proposé

Cet article procède à une réécriture complète de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique.

Dans sa rédaction actuelle, cet article résulte de l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique et a été complété par la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.

Les deux premiers alinéas codifient l'article 3 de la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 modifiée.

Le premier alinéa prévoit d'une part que, sous réserve des dispositions relatives aux centres de planification ou d'éducation familiale, la délivrance des contraceptifs est exclusivement faite en pharmacie. Il dispose d'autre part que les contraceptifs hormonaux et intra-utérins ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale.

Le deuxième alinéa précise que l'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin.

La loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence a complété cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi ne sont pas soumis à prescription obligatoire.

« Afin de prévenir une interruption volontaire de grossesse, ils peuvent être prescrits ou délivrés aux mineures désirant garder le secret. Leur délivrance aux mineures s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon les conditions définies par décret.

« Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical. »

Le troisième alinéa de l'article L. 5134-1 introduit donc une dérogation aux dispositions de son premier alinéa puisqu'il supprime l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance de certains contraceptifs d'urgence : ceux qui ne présentent pas de danger pour la santé. A *contrario*, cette disposition signifie que la prescription médicale est maintenue pour les contraceptifs d'urgence susceptibles de présenter un danger pour la santé.

L'article 17 du projet de loi réécrit cet article du code de la santé publique, qui comporterait désormais un I et un II.

• La suppression du consentement parental pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs.

Le I de l'article L. 5134-1 prévoit, dans la rédaction résultant de l'article 17 du projet de loi, 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.

Cette disposition vise à régler le délicat problème de l'autorité parentale en matière de prescription et de délivrance de contraceptifs. En vertu des articles 371-1 et 371-2 du Code civil, les parents ont en effet jusqu'à la majorité ou l'émancipation de leur enfant, autorité sur lui pour le « protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation » (art. 371-2).

Dès lors, c'est en principe aux parents qu'incombent, dans l'intérêt de l'enfant, les décisions qui ont trait à sa santé. Le code de déontologie médicale, tel qu'il résulte du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, prévoit d'ailleurs à son article 42, que, sauf cas d'urgence, « *un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement* ».

Conscient de la difficulté, le législateur a pris soin, lorsqu'il a modifié en 1974 la loi Neuwirth, d'indiquer expressément, à l'article 4 de cette loi, que les centres de planification et d'éducation familiale étaient habilités à délivrer gratuitement des contraceptifs « *aux mineurs désirant garder le secret* ». Lors de la discussion devant l'Assemblée nationale, le ministre chargé de la santé de l'époque avait relevé que, dans les autres cas, l'accès à la contraception se ferait selon les règles de droit commun en matière médicale.

Dans ses conclusions sur le recours devant le Conseil d'Etat dirigé contre la circulaire du 29 décembre 1999 autorisant les infirmières scolaires à administrer du NorLevo aux élèves, le commissaire du Gouvernement avait ainsi estimé que les dispositions de ladite circulaire, en tant qu'elles concernaient des élèves mineures, se heurtaient à la règle posée par l'article 371-2 du code civil. Le Conseil d'Etat n'avait cependant pas suivi cette argumentation et s'était gardé de prendre position sur cette question complexe.

Le quatrième alinéa de l'article L. 5134-1, introduit par la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, levait toute ambiguïté s'agissant de la contraception d'urgence puisqu'elle autorisait les médecins à prescrire et les pharmaciens à délivrer ces contraceptifs d'urgence aux « *mineures désirant garder le secret* ». Le choix de la terminologie renvoyait explicitement à l'article 4 de cette loi de 1967, aujourd'hui codifié à l'article L. 2311-4 du nouveau code de la santé publique.

Elle donnait une base légale incontestable aux prescriptions susceptibles d'être établies par les médecins concernant des mineures. Pour leur part, les pharmaciens délivraient déjà le NorLevo aux mineures : cette pratique est ainsi validée législativement.

La rédaction du I de l'article L. 5134-1 prévue par l'article 17 du projet de loi supprime désormais toute nécessité de consentement parental et autorise les médecins à prescrire et les pharmaciens à délivrer tous les contraceptifs aux mineurs, qu'ils aient l'accord des parents ou non.

• *La suppression de l'obligation de prescription médicale pour les contraceptifs hormonaux.*

Outre qu'il supprime tout consentement parental, le I de l'article L. 5134-1 vient se substituer au premier alinéa de l'ancienne rédaction de cet article, dont une partie est transférée dans le II du nouvel article.

Le II reprend ainsi l'essentiel des dispositions qui figuraient dans les deux premiers alinéas de l'ancien article L. 5134-1. Il prévoit ainsi que les contraceptifs intra-utérins ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite, soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

Cette nouvelle rédaction a deux conséquences importantes.

Tout d'abord, elle supprime toute référence aux contraceptifs hormonaux qui ne sont plus mentionnés dans le II. Ces contraceptifs se verraient donc désormais appliquer *le droit commun de la législation relative aux médicaments* : ils pourraient être, selon les cas, soit soumis à prescription médicale, soit mis en vente libre selon qu'ils comportent ou non des risques pour la santé.

**La prescription médicale d'un médicament :
rappel de certains aspects réglementaires**

La prescription médicale d'un médicament est exigée lorsqu'une ou plusieurs des substances actives qui le composent sont inscrites sur une liste (Liste I ou Liste II) des substances vénéneuses.

L'inscription des principes actifs se fait sur arrêté du Ministre chargé de la Santé sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Pour les principes actifs inscrits, il y a possibilité d'exonérer certains produits, notamment pour de faibles dosages et/ou une durée limitée de traitement. L'exonération est prise par arrêté du Ministre chargé de la Santé pris sur proposition de l'AFSSAPS et après avis de l'Académie de pharmacie.

Les conditions de prescription et de délivrance des médicaments sont mentionnées dans leur autorisation de mise sur le marché. Des mentions spécifiques doivent figurer sur l'emballage du médicament lorsque la prescription est obligatoire.

Autre conséquence -probablement involontaire- de cette rédaction : les dispositions issues de la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence sont abrogées.

Or, cette loi a été définitivement adoptée par le Parlement le 30 novembre 2000, le jour même où cet article a été examiné par l'Assemblée

nationale. La commission mixte paritaire s'était réunie le 20 novembre et était parvenue à un accord. Ses conclusions venaient d'être adoptées le 28 novembre par l'Assemblée nationale. On peut, dans ces conditions, s'interroger sur les raisons qui ont conduit les députés à voter un texte qui abrogeait ces dispositions.

En première lecture, l'Assemblée nationale n'a pas modifié l'article 17 du projet de loi.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'accepter le principe de la suppression du consentement parental pour l'obtention de contraceptifs par les mineures.

L'obligation du consentement parental peut être de nature, dans certains cas, à freiner la diffusion d'une contraception adaptée auprès des jeunes. Si elle considère qu'il est toujours préférable que le choix d'une contraception soit l'occasion d'un dialogue entre la mineure et ses parents, votre commission juge également qu'il est nécessaire de permettre aux médecins de répondre à la demande des adolescents qui ne souhaitent pas informer leurs parents de leur sexualité.

En refusant de lui prescrire un contraceptif au motif qu'elle n'a pas obtenu l'accord parental, le médecin prend aujourd'hui le risque d'inciter la mineure à adopter des moyens contraceptifs peu sûrs, qui conduiront peut-être à une grossesse non désirée et à une IVG.

En revanche, votre commission est opposée à la suppression de l'obligation de prescription médicale pour les contraceptifs hormonaux.

Le Gouvernement fait valoir que la modification qu'il propose ne changera rien dans la pratique puisqu'aucun contraceptif hormonal, à l'exception du NorLevo, contraceptif d'urgence, ne remplit aujourd'hui les conditions pour être mis en vente libre.

La modification proposée vise donc à amender le droit actuel pour préparer un avenir hypothétique : celui où apparaîtraient sur le marché des contraceptifs hormonaux qui ne présenteraient absolument aucun danger pour la santé.

Favorable à tout ce qui peut développer la contraception, qui est le meilleur garant de la diminution des IVG, la commission s'oppose pourtant à cette disposition, en particulier en ce qui concerne la première prescription.

En effet, une information sur la contraception mieux développée, mieux comprise et mieux acceptée permettrait de diminuer sensiblement le nombre des IVG. Or, la diffusion d'une contraception bien comprise suppose un accompagnement médical. Comme l'a souligné l'Académie nationale de médecine : « *A condition d'être l'objet d'un suivi médical, la contraception ne comporte que de très faibles risques pour la santé* ».

L'obligation de prescription permet un bilan et un suivi médical de la femme et un dépistage précoce de certaines pathologies. Le dialogue entre le médecin et la femme est indispensable pour assurer une bonne compréhension et un bon usage d'une contraception efficace ; il assure en outre le choix d'une contraception adaptée à la situation de chaque femme.

Au regard des impératifs de santé publique, et quand bien même apparaîtraient des contraceptifs hormonaux sans danger pour la santé, il paraît nécessaire à votre commission de maintenir l'obligation de prescription médicale pour ces contraceptifs.

Elle vous propose par conséquent d'adopter un amendement :

- maintenant cette obligation ;
- rétablissant le texte de la loi du 13 décembre 2000 sur la contraception d'urgence, sous réserve des coordinations nécessaires.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 18

(art. L. 5434-2 du code de la santé publique)

Mise à jour de dispositions pénales relatives aux contraceptifs

Cet article met à jour les dispositions pénales correspondant à l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, compte tenu des modifications apportées à cet article par l'article 17 du projet de loi.

I - Le dispositif proposé

Cet article de coordination procède à une réécriture de l'article L. 5434-2 du code de la santé publique.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 5434-2 punit de deux ans d'emprisonnement et de 30.000 francs d'amende le fait, de quelque manière

que ce soit, de vendre ou de faire vendre, de délivrer ou de faire délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs, en infraction aux dispositions de l'article L. 5134-1 et du 1° de l'article L. 5134-3 (qui renvoie aux mesures d'application réglementaires de l'article L. 5134-1).

La nouvelle rédaction de l'article L. 5434-2 punit désormais de six mois d'emprisonnement et de 50.000 francs d'amende le fait de délivrer des contraceptifs mentionnés à l'article L. 5134-1 en infraction aux dispositions du premier alinéa du II dudit article et du 1° de l'article L. 5134-3.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Par coordination avec la position qu'elle a retenue à l'article 17, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 19 (nouveau)
(art. L. 2123-1 du code de la santé publique)
Stérilisation à visée contraceptive

Cet article additionnel introduit par l'Assemblée nationale donne un statut légal à la stérilisation à visée contraceptive.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, sous-amendé par le Gouvernement.

Il crée, dans le titre II du livre premier de la deuxième partie du code de la santé publique, un chapitre III intitulé « *Stérilisation à visée contraceptive* », comprenant un article L. 2123-1 nouveau.

L'article L. 2123-1 prévoit que la ligature des trompes ou des canaux déférents ne peut être pratiquée que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et

complète sur ses conséquences. Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin. Ce médecin doit au cours de la première consultation :

- informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;

- lui remettre un dossier d'information écrit.

Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de deux mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

Le dernier alinéa précise en outre qu'un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais qu'il doit alors informer l'intéressé de son refus dès la première consultation.

II - La position de votre commission

Votre commission regrette que l'Assemblée nationale ait cru bon d'introduire dans ce projet de loi, par voie d'amendement et de manière un peu précipitée, un important volet relatif à la stérilisation à visée contraceptive, comportant deux articles additionnels (*cf. article 20 ci-après*). La stérilisation constitue, à l'évidence, un acte grave qui méritait à tout le moins une réflexion préalable approfondie et un véritable débat.

Toutefois, votre commission reconnaît la nécessité de donner un cadre légal à la pratique de la stérilisation à visée contraceptive, qui est aujourd'hui largement pratiquée dans notre pays : on enregistre ainsi chaque année en France entre 25.000 et 30.000 actes de stérilisation volontaire à but contraceptif, concernant essentiellement des femmes.

Le statut légal de la stérilisation contraceptive demeure relativement flou.

L'article 16-3 du code civil qui prévoyait, dans sa rédaction antérieure à la loi du 27 juillet 1999, qu'il « *ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne* » a longtemps prohibé en théorie cette acte médical.

Ainsi, dans sa séance du 6 juillet 1998, en réponse à une demande d'avis formulée par le juge des tutelles du tribunal d'instance de Nontron, dans une instance concernant la tutelle d'une incapable majeure, la Cour de cassation a considéré « *qu'une atteinte à l'intégrité du corps humain, telle que*

la ligature des trompes de Fallope, pratiquée en dehors de toute nécessité thérapeutique, et à des fins strictement contraceptives, (était) prohibée par l'article 16-3 du code civil. »

A l'initiative de notre collègue François Autain, l'article 16-3 du code civil a été modifié par l'article 70 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle : à l'adjectif « thérapeutique », qui pouvait prêter à interprétation restrictive, a été substitué l'adjectif « médical ». Dans sa nouvelle rédaction, cet article a donc désormais une portée plus générale.

Toutefois, même dans cette rédaction, il n'est pas certain qu'il permette la pratique d'une stérilisation à visée contraceptive.

Votre rapporteur considère qu'il est aujourd'hui nécessaire de donner un cadre légal à cette pratique. Toutefois, si la stérilisation a naturellement une fonction de contraception, elle ne saurait être présentée comme un moyen de contraception, équivalent par exemple à la pilule contraceptive ou le stérilet. Elle se différencie en effet par son caractère difficilement réversible.

Il partage à cet égard les réticences du Professeur Nisand qui déclarait, lors de son audition par la commission, le 20 décembre 2000, « *la stérilisation est une forme de contraception, certes, mais qu'il faut réserver à des situations où, médicalement, il est difficile de réaliser la contraception. En tant que directeur d'un département de fécondation in vitro, je rencontre une fois par mois une demande de fécondation in vitro dont la cause n'est autre qu'une stérilisation volontaire de la femme dans les années précédentes. Les femmes ignorent quand elles se font stériliser que cela est irréversible et que tout peut changer dans leur vie. »*

Votre rapporteur souhaite par conséquent que cette possibilité soit encadrée et que le cheminement soit le plus accompagné possible pour que cette décision lourde soit mûrement réfléchi. Il convient en effet de protéger la santé des personnes et d'éviter que des excès ne puissent être commis. Il serait en effet dommageable que la loi puisse par exemple autoriser une stérilisation sur une femme âgée de 25 ans, sans descendance et sans contre-indication à la contraception.

Votre commission vous propose par conséquent d'adopter un amendement comportant une nouvelle rédaction de l'article L. 2123-1 du code de la santé publique.

La rédaction proposée par cet amendement :

- n'autorise la stérilisation à visée contraceptive que dans deux cas : si la personne est âgée de trente ans au moins, ou lorsqu'il existe une contre-

indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. Votre rapporteur a conscience du caractère nécessairement arbitraire du choix de l'âge de 30 ans : cette mention vise simplement à préserver les plus jeunes d'une décision qu'ils pourraient ultérieurement regretter ;

- n'autorise, dans tous les cas, la stérilisation que sur des personnes majeures ;

- prévoit que la personne concernée doit être informée du caractère généralement définitif de cette opération ;

- supprime le dernier alinéa du texte adopté par l'Assemblée nationale qui précise qu'un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais qu'il doit alors informer l'intéressé de son refus dès la première consultation. La première partie de la phrase est inutile -un médecin n'est jamais tenu d'effectuer un tel acte- et la seconde sans justification - on comprend mal en quoi cette disposition, démarquée de ce qui existe pour l'IVG, serait nécessaire dans le cas de la stérilisation volontaire : il y a rarement urgence à se faire stériliser.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 20 (nouveau)

(art. L. 2123-2 nouveau du code de la santé publique)

Stérilisation à visée contraceptive des personnes incapables majeures

Cet article additionnel introduit par l'Assemblée nationale encadre la pratique de la stérilisation à visée contraceptive des personnes incapables majeures.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel, qui résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par le Gouvernement, introduit dans le code de la santé publique à la suite de l'article L. 2123-1, inséré par l'article 19 du projet de loi, un article L. 2123-2 nouveau.

L'article L. 2123-2 prévoit que la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne handicapée mentale, majeure sous tutelle, que lorsqu'il existe une contre-indication médicale

absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

Si la personne concernée est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension.

L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles qui se prononce après avoir entendu les parents ou le représentant légal de la personne concernée ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile et après avoir recueilli l'avis d'un comité d'experts.

Ce comité, composé notamment de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de handicapés, apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que les conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

II - La position de votre commission

Cet article additionnel traite du douloureux problème de la stérilisation des personnes handicapés.

A l'évidence, et ce serait une hypocrisie de le nier, cette pratique existe et se déroule hors de tout cadre légal et réglementaire. C'est la raison pour laquelle votre commission juge nécessaire d'élaborer un cadre législatif adapté qui permette de protéger efficacement les droits des personnes handicapées concernées.

Elle vous propose de reprendre la procédure prévue par l'Assemblée nationale en renforçant cependant la protection et les garanties dont bénéficient les majeurs incapables.

Elle vous propose d'adopter un amendement :

- supprimant la référence à la personne « *handicapée mentale* », qui ne fait l'objet d'aucune définition juridique ;

- prévoyant que la stérilisation ne peut être pratiquée qu'à la demande des parents ou du représentant légal de la personne concernée ; le texte adopté par l'Assemblée nationale ne mentionne paradoxalement pas qui est à l'origine de la demande de stérilisation ;

- précisant que si la personne concernée est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et qu'il ne

peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement. Cette rédaction vise à offrir aux majeurs sous protection des garanties afin de s'assurer que leur volonté, s'ils peuvent l'exprimer, soit respectée et qu'à défaut, la décision puisse être prise en connaissance de cause. Elle est en cela conforme au principe 22-2 de la Recommandation du Conseil de l'Europe du 23 février 1999 qui exige, lorsque des textes autorisent une intervention médicale sur un majeur protégé sans bénéfice direct pour celui-ci, une protection accrue pour limiter les risques d'abus et d'irrégularités.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DU MINISTRE

Réunie le mardi 23 janvier 2001, sous la présidence de M. Jean Delaneau, président, la commission a procédé à l'audition de Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, 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 (IVG) et à la contraception.

M. Jean Delaneau, président, a indiqué qu'il avait demandé au Gouvernement de lever l'urgence sur ce texte afin qu'un véritable dialogue puisse s'instaurer entre les deux assemblées.

Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, a rappelé que le Gouvernement souhaitait que le projet de loi soit adopté définitivement avant l'été et a fait valoir que le point soulevé par le président de la commission devait être examiné dans un contexte plus global ; la réponse qui pouvait être apportée dépendait du rythme des débats parlementaires, notamment sur les autres textes actuellement en discussion.

Abordant la présentation du projet de loi, elle a déclaré que le Gouvernement, depuis 1997, s'était engagé à prendre des mesures destinées à assurer l'exercice effectif du droit à la contraception et à l'IVG. Ces mesures tenaient compte de trois impératifs : faire progresser les droits des femmes en leur donnant les moyens de leur autonomie, de leur liberté et de leur responsabilisation en matière de maîtrise des naissances, améliorer la santé publique en s'attachant à faciliter l'accès à l'information, à la contraception et, en dernier ressort à l'IVG, enfin, garantir une égalité d'accès aux moyens de contraception et d'IVG en luttant contre les inégalités sociales.

Mme Elisabeth Guigou a souligné que le projet de loi s'intégrait dans cette politique volontariste, dont la première des priorités était de prévenir les grossesses non désirées en assurant un meilleur accès à la contraception. Elle a constaté que la contraception n'était pas parvenue à réduire le nombre des grossesses non désirées, qui s'élevait à plus de 200.000 par an. On relevait ainsi 10.000 grossesses non désirées chez les

adolescentes, dont 7.000 conduisaient ainsi à une interruption volontaire, près d'une femme sur trois ayant été confrontée, au cours de son existence, à une telle décision.

Relevant que les échecs contraceptifs restaient donc trop fréquents, elle a indiqué que la politique du Gouvernement visait par conséquent à améliorer l'information sur la contraception et à faciliter l'accès de toutes les femmes à tous les contraceptifs disponibles. Elle a rappelé qu'une campagne d'information sur la contraception avait été lancée le 12 janvier 2000 et qu'elle serait reconduite cette année.

Mme Elisabeth Guigou a ajouté que des dispositions avaient en outre été prises pour faciliter l'accès de toutes les femmes à tous les contraceptifs disponibles sur le marché, pour tenir compte du coût de la contraception et de son remboursement : réduction du prix et remboursement plus important depuis le 29 août 2000, avec prise en charge à 100 % pour les bénéficiaires de la CMU, mise sur le marché d'une pilule de troisième génération à un prix accessible et remboursable dans les prochains mois et mise sur le marché des premières pilules du lendemain : le Tétragynon en décembre 1998 et le Norlevo en juin 1999.

Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, a fait valoir que la seconde priorité du Gouvernement était d'améliorer, quand il n'y a pas d'autre choix, l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Elle a jugé qu'il ne fallait pas que cette épreuve soit rendue encore plus difficile à vivre par les conditions qui permettent d'y accéder, les délais d'intervention, les conditions d'accueil et d'information. L'amélioration de l'accès à l'IVG reposait sur un renforcement des équipes hospitalières et médicales, sur la mise en place d'une permanence téléphonique destinée à accueillir les femmes pendant la période estivale, à les informer et à les orienter en fonction du planning de permanence des hôpitaux en matière d'IVG, sur un ensemble de mesures permettant de faciliter l'accès de toutes les femmes à toutes les techniques d'interruption volontaire, y compris médicamenteuse, quel que soit le centre d'interruption volontaire sollicité, enfin, sur l'élaboration de recommandations de bonne pratique à destination des professionnels en matière d'IVG. Elle a indiqué que l'effort du Gouvernement pour améliorer ces conditions d'accès à l'IVG, qui s'élevait à 12 millions de francs dans le budget de 2000, serait poursuivi à hauteur de 15 millions de francs en l'an 2001.

Considérant que le projet de loi voté par l'Assemblée nationale s'inscrivait dans la continuité de ces efforts, **Mme Elisabeth Guigou** a souligné que le texte initial du Gouvernement contenait trois modifications principales : l'allongement du délai légal de recours à l'IVG de dix à douze semaines de grossesse, l'aménagement de l'obligation d'autorisation

parentale pour les mineures souhaitant avoir recours à l'IVG et la suppression des sanctions pénales liées à la propagande et à la publicité en faveur de l'IVG.

S'agissant de l'allongement du délai légal de dix à douze semaines de grossesse, elle a expliqué que l'objectif de cette mesure était d'éviter que des femmes ayant pris la décision d'une IVG ne soient contraintes, parce qu'elles sont hors délai, de partir à l'étranger, ou d'avoir recours à une interruption médicale de grossesse. Elle a précisé que sur ce point les débats avaient essentiellement porté sur les obstacles en termes médicaux et de sécurité sanitaire et les risques de dérives eugéniques.

*Evoquant l'aménagement de l'obligation d'autorisation parentale pour les mineures, **Mme Elisabeth Guigou** a indiqué que le texte voté affirmait que l'autorisation parentale restait la règle, mais ouvrait une possibilité de dérogation à cette règle. On ne pouvait en effet ignorer certaines situations de détresse, liées principalement à des incompréhensions familiales. Il y avait des cas où la mineure ne pouvait envisager de parler d'une IVG à ses parents, où les parents s'y opposaient et, enfin, des situations où les parents étaient injoignables.*

Elle a expliqué que la procédure serait la suivante : le médecin prendra, avant toute chose, le temps du dialogue. Il tentera de convaincre la mineure qu'il serait mieux pour elle que ses parents puissent l'accompagner dans cette période difficile de son existence. Si la jeune fille persiste dans son souhait de garder le secret ou si, malgré son souhait, elle ne peut obtenir le consentement de ses parents, son seul consentement, exprimé librement en tête-à-tête avec le médecin, emportera la décision. Afin de ne pas rester seule tout au long de cette période difficile, elle choisira, après en avoir discuté au cours de l'entretien préalable, un adulte pour l'accompagner, cet adulte pouvant être soit l'un des professionnels du centre qu'elle a choisi pour avoir recours à l'IVG, soit un adulte de son entourage proche.

***Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité**, a précisé que, s'agissant de la responsabilité du médecin en cas de dommages consécutifs à l'IVG, ce seraient les règles générales de la responsabilité médicale qui s'appliqueraient.*

*S'agissant de la responsabilité de l'accompagnant, dans la mesure où cette personne ne prend aucune part à la décision de la mineure d'avorter, ni à l'intervention elle-même, il ne peut y avoir de responsabilité. Sur l'acte d'accompagnement lui-même qui consiste à être là, aider, assister la mineure, il ne peut y avoir a priori de responsabilité. **Mme Elisabeth Guigou** a ajouté qu'elle avait toutefois saisi la ministre de la justice afin que des éclaircissements soient donnés dans le cadre de la navette parlementaire.*

Evoquant la suppression des sanctions pénales, elle a indiqué qu'il s'agissait de celles liées à la propagande et à la publicité pour l'IVG devenues obsolètes et de l'abrogation de la disposition du décret-loi de 1939 relatif à la famille et à la natalité française qui prévoyait une automaticité d'interdiction professionnelle pour les médecins ayant pratiqué illégalement des IVG.

***Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité,** a ensuite détaillé les autres modifications apportées à la loi relative à l'IVG : la possibilité qu'une IVG puisse éventuellement, demain, se pratiquer en ambulatoire si l'évolution des techniques et des pratiques de soins l'autorise, la disposition qui fait en sorte que les responsables des services hospitaliers concernés ne puissent plus, au prétexte de la clause de conscience, refuser d'organiser les IVG dans leur service. Il était en effet apparu nécessaire que tout chef de service d'un hôpital public assume l'organisation de ce service, s'il a été décidé par l'établissement, ainsi que le précise la loi hospitalière, que c'est bien à son service que cette mission incombe.*

Evoquant les modifications relatives à la régulation des naissances, elle a précisé qu'il s'agissait essentiellement de faciliter l'accès des mineures à la contraception en étendant à tous les médecins et pas uniquement ceux des centres de planning familial, la possibilité de prescrire une contraception à une mineure sans autorisation parentale. Elle a ajouté que les autres propositions à ce chapitre de la contraception avaient pour seul objet de prendre acte que le droit commun du médicament s'applique aux contraceptifs comme à n'importe quel autre médicament et que, de ce fait, le maintien dans le code de la santé publique de dispositions spécifiques aux contraceptifs n'a plus lieu d'être.

***Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité,** a ensuite analysé les modifications apportées au texte à l'initiative des députés. Elle a évoqué la suppression de l'entretien obligatoire pour les femmes majeures, à laquelle le Gouvernement ne s'était pas opposé, et l'introduction d'une procédure collégiale faisant intervenir une commission pluridisciplinaire pour toute décision d'IMG.*

*S'agissant de la stérilisation à visée contraceptive, **Mme Elisabeth Guigou** a indiqué que ces dispositions visaient à encadrer le recours à la stérilisation volontaire masculine et féminine pour les personnes capables et pour les personnes incapables majeures. Pour les personnes majeures capables, la ligature des trompes ou des canaux déférents ne pouvait être pratiquée que si la personne intéressée avait exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences. L'objectif était de mettre en évidence le seul fondement d'une telle intervention, à savoir un choix libre, éclairé et motivé de la personne intéressée.*

S'agissant des personnes protégées, Mme Elisabeth Guigou a précisé que les conditions posées par le texte étaient : une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre et l'autorisation du juge des tutelles après audition des personnes utiles et avis d'un comité d'experts.

Evoquant les dispositions répressives, elle a expliqué que les députés avaient transposé dans le code de la santé publique les délits qui répriment le fait d'interrompre une grossesse en dehors des délais fixés par la loi, ou de pratiquer une IVG sans être médecin ou dans un lieu non habilité, ainsi que le délit de fourniture de moyens à une femme pour une IVG sur elle-même (en précisant que la femme ne peut être considérée comme complice de ce délit). Elle a considéré qu'il n'y avait pas de dépenalisation mais sortie du code pénal, et entrée dans le code de la santé publique, des mêmes infractions punies des mêmes peines.

Enfin, elle a indiqué que les députés avaient également aménagé les éléments constitutifs du délit d'entrave à IVG dans un souci de meilleure protection des femmes et des personnes qui les aident et afin de voir réprimées les nouvelles formes des commandos anti-IVG.

M. Francis Giraud, rapporteur, a constaté que le projet de loi n'apportait pas de réponse à la situation des femmes qui auraient dépassé le délai de douze semaines de grossesse. Il a demandé à la ministre si ces femmes étaient supposées continuer à se rendre à l'étranger pour y obtenir une interruption de grossesse. Il s'est interrogé sur la responsabilité juridique d'un médecin qui aurait pratiqué une IVG sur une mineure sans le consentement parental, voire contre l'avis des parents, en application de la loi. Il a souhaité connaître les moyens financiers que le Gouvernement entendait consacrer afin de permettre une bonne application de la loi et garantir un accès rapide à l'IVG.

M. Alain Vasselle s'est également interrogé sur la responsabilité du médecin qui pratiquerait une IVG sur une mineure sans l'autorisation des parents. Il s'est demandé comment on pouvait concilier une politique favorisant la contraception tout en proposant parallèlement de lever les interdictions relatives à la propagande et à la publicité pour l'IVG. S'agissant de la stérilisation, il s'est interrogé sur le cas des incapables majeures qui ne seraient pas sous tutelle.

M. Charles Descours a souligné qu'un certain nombre de pilules contraceptives, notamment celles dites de troisième génération, étaient mal, voire pas remboursées du tout. Il a souhaité obtenir des précisions sur l'obligation qui serait faite aux chefs de service d'assurer le service public de l'IVG.

M. Lucien Neuwirth a fait observer que le problème de l'interruption de grossesse se situait bien en amont, dans l'ignorance souvent totale des mécanismes de la transmission de la vie. Il a souligné que les parents étaient souvent mal informés sur ces sujets et parfois réticents à les évoquer avec leurs enfants. Il a jugé qu'une information sur la sexualité et la contraception dispensée en milieu scolaire devrait nécessairement associer les parents. Il s'est étonné que la contraception fasse l'objet du titre II du projet de loi alors qu'elle aurait dû figurer, en toute logique, avant le titre consacré à l'interruption volontaire de grossesse.

M. Claude Huriet a souhaité obtenir un certain nombre de données chiffrées concernant le nombre d'IVG en France, en comparaison avec la situation dans les autres pays, le nombre de centres d'orthogénie dont disposait notre pays et les éventuelles listes d'attente pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse. Il s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles notre pays connaissait une véritable carence en matière d'éducation sexuelle et de contraception. Il s'est demandé si les difficultés techniques que supposait une interruption de grossesse au-delà de dix semaines et les réticences d'un certain nombre d'équipes médicales à dépasser ce délai ne risquaient pas, in fine, d'aboutir à rendre l'accès à l'IVG encore plus difficile.

Mme Marie-Madeleine Dieulangard a mis l'accent sur l'importance d'une information en amont sur la contraception. Elle a dit souscrire à la suppression du caractère obligatoire de l'entretien préalable et a jugé nécessaire que les femmes puissent obtenir des garanties quant à la qualité de l'accueil et du suivi dont elles font l'objet lors de leur démarche d'IVG.

Mme Claire-Lise Champion a fait part de sa satisfaction de voir ce texte important examiné par le Parlement. Elle a jugé souhaitable d'envisager une information sur la sexualité et la contraception dès le plus jeune âge, à l'instar de ce qui se faisait par exemple aux Pays-Bas. Elle s'est demandé si le délai de deux mois prévu avant une stérilisation était suffisant et s'il ne serait pas nécessaire de l'allonger pour permettre une réflexion plus approfondie dans le couple. Evoquant les difficultés que connaissaient de nombreux centres d'IVG, elle a estimé que celles-ci provenaient notamment d'une répartition imparfaite des compétences entre l'Etat et le département.

M. Jean-Louis Lorrain a fait observer que les pays européens qui connaissaient des termes légaux plus avancés pour l'interruption de grossesse ne faisaient souvent pas de distinction entre l'interruption volontaire de grossesse et l'interruption médicale de grossesse. Il s'est demandé si l'allongement du délai légal n'allait pas conduire certaines femmes à attendre le dernier moment, ce qui obligerait alors dans quelques années à reporter encore le terme du délai légal. Il a estimé que le passage de dix à douze semaines de grossesse pouvait se superposer à l'apparition d'un doute lié aux

éléments de diagnostic prénatal. Il a jugé que l'on se dirigeait progressivement vers une interruption médico-sociale de grossesse.

***M. Jean Chérioux** a demandé à la ministre si le projet de loi qu'elle présentait ne constituait pas une rupture avec la loi Veil. Il a rappelé que la loi de 1975 posait comme principe le respect de la vie et prévoyait une exception à ce principe pour préserver la santé de la femme. Il a souligné que cette loi, notamment par l'entretien social obligatoire, avait entendu protéger la femme contre toute pression afin qu'elle puisse exprimer librement son choix. Il a considéré que le projet de loi rompait avec l'esprit de la loi Veil, dans la mesure où il reconnaissait la liberté donnée à la femme de mettre fin à sa grossesse.*

***M. Guy Fischer** a rappelé combien il était attaché à la réduction des inégalités et s'est, par conséquent, enquis des moyens qui seraient dégagés pour permettre une bonne application de cette loi, notamment dans les quartiers les plus défavorisés. Il a mis l'accent sur la nécessité d'une juste répartition des centres d'IVG sur le territoire et d'une juste rémunération des médecins qui pratiquaient ces IVG. Il a jugé indispensable une formation du corps médical à la contraception et aux techniques de l'IVG.*

*En réponse aux différents intervenants, **Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité**, a indiqué qu'au-delà de douze semaines de grossesse les femmes seraient prises en charge dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse, comme c'était le cas aujourd'hui.*

Elle a fait valoir que l'esprit de la loi Veil était précisément de faire confiance aux femmes et d'opérer une distinction nette entre l'interruption volontaire de grossesse et l'interruption médicale de grossesse.

S'agissant de la responsabilité du médecin, elle a confirmé que cette responsabilité ne pourrait pas être engagée pour non-respect du principe du consentement parental. En cas de problème médical, le droit de la responsabilité générale en matière médicale s'appliquerait.

Evoquant la stérilisation, elle a considéré que cette pratique existait et qu'il valait mieux, par conséquent, l'encadrer d'un point de vue législatif. Elle a précisé que la stérilisation ne serait pas autorisée sur les mineures et que, s'agissant des personnes incapables, la décision serait prise par le juge des tutelles. Elle a jugé que le délai de deux mois paraissait raisonnable pour décider d'une mesure difficilement réversible.

***Mme Elisabeth Guigou** a souligné que la contraception était la première priorité du Gouvernement et qu'il fallait faire en sorte que notre pays obtienne de meilleurs résultats en matière d'utilisation de la contraception. Elle a considéré que les parents n'étaient effectivement pas*

toujours les mieux placés pour parler de contraception avec leurs enfants et qu'il fallait donc une parole publique sur la sexualité des enfants et des adolescents. Elle a indiqué qu'un décret, récemment publié, avait inscrit dans le cursus des études médicales un module relatif à la contraception.

Elle a souligné que le Gouvernement s'était efforcé d'améliorer les conditions de remboursement des contraceptifs : le stérilet était ainsi pris en charge à 100 % dans le cadre de la couverture maladie universelle, une pilule générique de troisième génération serait bientôt mise sur le marché et ferait l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale.

***Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité,** a confirmé que le chef de service devrait désormais faire en sorte que les IVG soient pratiquées dans son service, si l'établissement en avait ainsi décidé. Elle a rappelé que les établissements publics de santé avaient l'obligation d'exercer cette mission.*

Elle a estimé que l'organisation des centres d'IVG sur le territoire relevait de la responsabilité des conseils généraux. Elle a indiqué que les centres d'orthogénie étaient souvent accueillis dans les centres de planification familiale, lesquels étaient financés par les départements. Elle a précisé que l'Etat s'efforçait alors de financer certaines missions d'information sur l'IVG dans ces centres.

II. EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mercredi 31 janvier 2001 sous la présidence de M. Jean Delaneau, président, la commission a tout d'abord procédé à l'examen du rapport de M. Francis Giraud 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.

Elle a entendu une communication de Mme Odette Terrade, rapporteur de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

Mme Odette Terrade, rapporteur de la délégation, a rappelé que M. Jean Delaneau, président, avait bien voulu saisir, sur sa demande, la délégation aux droits des femmes du projet de loi relatif à l'IVG et à la contraception.

Elle a indiqué que la délégation avait examiné, la semaine précédente, le rapport d'information, qui présentait les raisons de l'examen de ce texte, le contexte où il s'inscrit, et ses conséquences pratiques. La délégation avait ensuite approuvé à une voix de majorité le projet de recommandations qu'elle lui avait soumis, certaines de ces recommandations ayant tout de même été approuvées à l'unanimité.

Elle a fait observer, à titre liminaire, que le droit à la maîtrise de leur fécondité par la contraception et, éventuellement par l'IVG, avait constitué, pour les femmes, un acquis majeur pour leur émancipation et une condition favorable à l'égalité de leurs chances avec les hommes au sein de la société. Mais le droit à l'IVG était un droit dont chacun voudrait qu'aucune femme ne soit placée dans l'obligation de l'exercer, parce qu'il était vécu douloureusement la plupart du temps. Tout le monde regrettait que plus de 220.000 femmes y recourent chaque année en France, alors que d'autres pays comparables au nôtre -à la législation parfois plus libérale- ne connaissaient pas de tels chiffres. Dès lors, si le droit à l'IVG devait être préservé et renforcé, des améliorations devaient dans le même temps être apportées au droit à la contraception, précisément parce qu'il devait contribuer à réduire naturellement le nombre des IVG. A cet égard, le rapport d'information de la délégation insistait délibérément sur le volet contraception du projet de loi, considérant comme nécessaire d'engager un effort accru en faveur de l'information et de l'accès à la contraception.

Mme Odette Terrade a précisé que la première partie de son rapport dressait un état de la situation actuelle du droit des femmes à la maîtrise de

leur fécondité, résultat d'un siècle de luttes, mais qui était encore loin d'être satisfaisante. Les droits obtenus par les femmes depuis trente ans devaient ainsi faire l'objet d'une grande vigilance, car leur exercice n'était pas toujours facilité, quand ils n'étaient pas tout simplement combattus.

Enumérant les problèmes existants, **Mme Odette Terrade** a cité les lacunes de l'information des adultes et des jeunes sur les méthodes contraceptives, la trop faible participation du corps médical à cette information, notamment faute d'une formation initiale et permanente suffisante, le désintérêt relatif des chercheurs pour l'amélioration des produits contraceptifs, le mauvais remboursement des produits les plus efficaces, les actions illégales et condamnables visant à empêcher les services d'orthogénie de fonctionner ou à interdire aux femmes de s'y rendre, l'usage extensif de la clause de conscience par certains médecins qui empêchait nombre de femmes d'accéder à l'IVG dans les meilleurs délais, ainsi que la diminution inquiétante du nombre des médecins pratiquant l'IVG, activité éprouvante n'offrant guère de motifs de satisfaction et, comme telle, relativement méprisée par le corps médical.

Mme Odette Terrade, rapporteur de la délégation, a indiqué que la seconde partie du rapport était consacrée au contenu du projet de loi, qu'elle laissait naturellement au rapporteur de la commission le soin de présenter. Elle a simplement précisé que la délégation y était favorable et que, dans le corps de son analyse, elle faisait état des pistes qu'elle suggérait de suivre dans ses recommandations pour, de son point de vue, améliorer le dispositif d'accès à la contraception et à l'IVG.

Mme Odette Terrade, rapporteur de la délégation, a souligné que, dans la dernière partie de son rapport, la délégation avait jugé impératif que des moyens accompagnent ces avancées législatives, qu'un engagement plus prononcé des pouvoirs publics en faveur d'une véritable politique de la contraception soit affirmé et que les dispositifs d'accueil des femmes qui demandent une IVG soient renforcés. Parmi les pistes que suggérait le rapport figuraient l'information des Français et des Françaises, et particulièrement des jeunes, sur la contraception, l'implication plus grande des médecins, conditionnée par une réflexion sur leur formation, la reprise de la recherche en matière de traitements contraceptifs, un meilleur remboursement de ceux-ci, un renforcement des moyens budgétaires pour les centres d'IVG, une réflexion sur le recrutement, le statut, la rémunération et l'avenir des professionnels, notamment des médecins, et enfin la planification de l'ouverture des centres pendant la période estivale et l'institution de « numéros verts » régionaux.

Mme Odette Terrade, rapporteur de la délégation, a conclu son intervention en énumérant les recommandations adoptées par la délégation.

A la majorité d'une voix, la délégation s'était déclarée favorable au dispositif du projet de loi, 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 demeurait encore considérable. Elle avait estimé indispensable, en particulier, 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, la délégation s'était 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 avait relevé que des moyens suffisants devront être dégagés pour garantir l'efficacité de ces méthodes de sensibilisation.

Elle avait 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 avait dès lors 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, avait considéré que ses dispositions étaient propres à faciliter l'accès à la contraception et s'était 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. Elle s'était cependant interrogée sur les financements qui devraient accompagner ces mesures pour les rendre pleinement effectives et avait recommandé 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 avait, à la même majorité d'une voix, 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 avait 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, toujours à la majorité d'une voix, avait été 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 avait 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 avait 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 avait 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, devrait, pour être applicable, être précisé en ce qui concerne la responsabilité tant du corps médical que de l'adulte référent. Dans les mêmes conditions, elle avait souligné l'attention toute particulière qu'il conviendrait 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 avait 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.

La commission a ensuite examiné le rapport de M. Francis Giraud sur le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

***M. Francis Giraud, rapporteur,** a fait observer qu'un quart de siècle après le vote de la loi du 17 janvier 1975, le législateur était ainsi conduit à réexaminer le cadre juridique régissant l'interruption volontaire de grossesse. Il a précisé qu'il s'agissait d'un sujet de société délicat qu'il s'était efforcé de traiter avec une préoccupation de santé publique.*

Il a constaté que, dans un tel débat, le législateur était confronté à des situations humaines toujours douloureuses, qui imposaient de se garder de tout a priori idéologique ou politique. Il a rappelé que le problème moral lié à l'avortement avait été abordé au fond et réglé par notre société lors de la loi de 1975 puis lors de son réexamen en 1979. Il a estimé que, de ce point de vue, il était clair qu'il n'y avait aucune différence entre un avortement réalisé à huit, dix ou douze semaines de grossesse.

***M. Francis Giraud, rapporteur,** a constaté que le nombre d'IVG dans notre pays était accablant et que cette situation constituait un échec collectif, dont la responsabilité était partagée par toutes les majorités politiques. Il a rappelé qu'en 1976, il y avait 250.000 IVG par an en France. En 1998, 214.000 IVG avaient encore été pratiquées, soit 6 % de plus qu'en 1990. Le nombre d'IVG avait plutôt légèrement diminué de 1990 à 1995, pour revenir à 199.000. Il avait augmenté deux fois, en 1996 et en 1998, sans que l'on puisse discerner les raisons de ces variations.*

***M. Francis Giraud, rapporteur,** a souligné qu'en un quart de siècle, le nombre des IVG ne s'était donc réduit que de 15 %. Il a rappelé que, selon le rapport du professeur Nisand, chaque femme connaissait en moyenne dans sa vie une grossesse accidentelle et, une fois sur deux, elle décidait de l'interrompre. Pour la très grande majorité des femmes -les 5/6^e-, le recours à l'avortement était unique.*

*Après avoir précisé que la France se situait à une place moyenne en Europe -on y avortait plus qu'en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, mais moins qu'en Italie et en Europe de l'Est-, **M. Francis Giraud, rapporteur,** a considéré que la persistance d'un nombre élevé d'IVG témoignait, à l'évidence, d'une carence dramatique dans une éducation qui devrait rendre les adolescents et les adultes responsables de leur sexualité et de leur*

reproduction et d'une carence dans l'enseignement médical concernant la contraception malgré quelques récentes améliorations dans les programmes. Il a souligné que l'exemple des Pays-Bas montrait qu'une politique d'éducation sexuelle précoce permettait de réduire significativement le nombre des IVG.

Examinant, dans ce contexte, le projet de loi présenté par le Gouvernement, **M. Francis Giraud, rapporteur**, a remarqué, avec un certain étonnement, qu'il traitait en premier lieu -c'était l'objet du titre premier- de l'IVG et qu'il reléguait en fin de texte, dans le titre II, le volet contraception. Il a considéré qu'on aurait pu penser, en toute logique, que l'accent devait d'abord porter sur la contraception, dont l'échec éventuel conduit à l'IVG. Il s'est également dit surpris de la déclaration d'urgence sur un tel sujet qui aurait nécessité, sans aucun doute, réflexion et concertation entre les deux assemblées.

M. Francis Giraud, rapporteur, a rappelé que la disposition essentielle de ce projet de loi était l'allongement de deux semaines, soit de dix à douze semaines de grossesse, du délai légal pour pratiquer une IVG. Il a expliqué que cette modification de la loi Veil était jugée nécessaire par le Gouvernement pour répondre à la situation de femmes, dont le nombre est estimé à 5.000 par an, qui, ayant dépassé le terme des dix semaines de grossesse, sont contraintes de se rendre à l'étranger pour obtenir une IVG dans des pays où le terme légal est plus éloigné.

Après avoir souligné que nul ne pouvait naturellement rester insensible à la détresse de ces femmes et que chacun s'accordait à considérer que cette situation était véritablement inacceptable, il a noté cependant que ces 5.000 femmes ne représentaient que 2,3 % du nombre des IVG pratiquées chaque année en France. Il s'est interrogé, dans ces conditions, sur le bien-fondé de la modification d'une règle générale, efficace pour 98 % des femmes concernées, pour tenter de traiter des situations certes dramatiques, mais qui n'en intéressent que 2 %.

M. Francis Giraud, rapporteur, a jugé que l'on aurait pu toutefois concevoir une modification des principes définis en 1975, si cet allongement du délai avait été de nature à résoudre les problèmes évoqués. Il a constaté que ce n'était malheureusement pas le cas. Relevant qu'en effet seule la moitié de ces femmes, 2.000 à 3.000 selon les estimations, serait susceptible de bénéficier de ces deux semaines supplémentaires et que l'autre moitié dépassait de toute façon le délai de douze semaines de grossesse, il s'est demandé ce qu'il adviendrait, dans l'immédiat, de ces femmes enceintes. Il a souligné que le projet de loi restait muet sur ce point : pour elles, ce serait donc, comme aujourd'hui, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne ou l'Espagne, ce qui, à l'évidence, n'était pas satisfaisant.

M. Francis Giraud, rapporteur, a ajouté qu'un allongement du délai conduirait inévitablement un certain nombre de femmes, de manière bien compréhensible s'agissant d'une décision aussi douloureuse, à attendre davantage qu'elles ne font aujourd'hui. Il y avait en effet fort à craindre que, demain, ce soit 5.000 femmes, et non plus 2 ou 3.000, qui se trouvent au-delà du délai légal de douze semaines de grossesse. Faudrait-il alors changer encore la loi pour passer à quatorze semaines, puis à seize semaines de grossesse ?

M. Francis Giraud, rapporteur, a constaté que le Gouvernement n'avait pas essayé d'analyser les raisons pour lesquelles un certain nombre de femmes étaient contraintes de se rendre à l'étranger. Il a jugé que le Gouvernement répugnait à formuler une analyse qui conclurait inévitablement à la carence des politiques publiques. Il a considéré que ces raisons étaient en effet de trois ordres.

Il a souligné qu'il y avait tout d'abord l'insuffisante formation de nos concitoyens sur les mécanismes de la transmission de la vie. Il a considéré qu'il n'était ainsi pas normal que des jeunes filles se retrouvent hors délai tout simplement parce que personne ne leur avait expliqué qu'elles pouvaient être enceintes.

Il a expliqué qu'il y avait ensuite les fréquentes difficultés rencontrées par les femmes pour accéder à l'IVG dans les délais légaux. Il a souligné que les nombreuses auditions auxquelles la commission avait procédé avaient révélé les dysfonctionnements que connaissent les structures chargées d'accueillir les femmes et de pratiquer les IVG : manque de personnels médicaux et paramédicaux en raison des difficultés de recrutement, moyens insuffisants, accueil parfois inadapté des femmes... A l'évidence, notre pays ne s'était pas donné les moyens d'appliquer correctement ni la loi Neuwirth, ni la loi Veil.

M. Francis Giraud, rapporteur, a considéré qu'il y avait enfin des situations particulières de détresse extrême qui conduisaient à un dépassement des délais. Il a précisé qu'il s'agissait souvent de femmes isolées, en situation de précarité, parfois victimes de viols, voire d'incestes.

Il a souligné qu'à toutes ces difficultés, le Gouvernement répondait par un allongement du délai légal qui ne porterait pas remède à l'ignorance de certains de nos concitoyens sur les mécanismes essentiels de la transmission de la vie, n'améliorerait pas et risquait même de dégrader le fonctionnement quotidien du service public de l'IVG. Il était probable que l'accès à l'IVG reste toujours aussi difficile pour certaines femmes et il était à craindre que ces difficultés soient encore accrues. A la lassitude d'une génération « militante », viendraient s'ajouter, pour des raisons techniques et psychologiques, les réticences de nombreux médecins à pratiquer des IVG au-

delà des dix semaines de grossesse. Ces réticences étaient d'ailleurs partagées par l'ensemble des personnels de santé qui travaillent dans les centres d'orthogénie.

M. Francis Giraud, rapporteur, *a enfin jugé que l'allongement du délai légal, outre qu'il ne résoudrait en rien les situations particulières de détresse, comportait un certain nombre de risques qui étaient loin d'être négligeables.*

Il a rappelé que l'IVG était un acte médical qui n'était pas anodin. Il a considéré que certains des médecins auditionnés avaient expliqué, avec un peu de légèreté, que, d'un point de vue technique et médical, une interruption de grossesse à douze semaines n'était pas différente d'une interruption pratiquée à dix semaines. Il a souligné que d'autres représentants du corps médical, dont la compétence était incontestable, avaient en revanche insisté sur les modifications physiologiques de l'embryon, qui commence à s'ossifier après dix semaines, et sur les nécessités techniques qui imposent, en conséquence, un environnement et une compétence autres que ceux nécessaires pour les IVG pratiquées avant 10 semaines.

M. Francis Giraud, rapporteur, *a jugé que ce débat médical avait été arbitré par l'analyse formulée conjointement par l'Académie nationale de médecine et l'Ordre national des médecins qui, d'une part, rappelait solennellement que plus on s'éloigne des premières semaines de grossesse, plus le risque de complications devient grand, et d'autre part, demandait que toutes les précautions médicales requises dans l'éventualité d'un allongement du délai soient mises en place : celles-ci devraient être différentes de celles jusqu'alors utilisées dans les centres d'orthogénie, les moyens devraient être intégrés dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical, ils devraient concerner non seulement les équipements et les locaux, mais aussi la compétence des intervenants et le recours habituel à la discipline d'anesthésie-réanimation.*

M. Francis Giraud, rapporteur, *a considéré qu'à l'évidence, deux semaines supplémentaires changeaient la nature de l'acte médical et supposaient une formation adaptée des personnels et des moyens techniques adéquats.*

Il a souligné que l'allongement du délai légal, de 10 à 12 semaines de grossesse entraînait nécessairement de nouveaux problèmes. Il a constaté que les échographies se faisaient dans notre pays à la 11^e semaine de grossesse et que les progrès stupéfiants de l'imagerie médicale permettaient de déceler tel ou tel défaut plus ou moins grave. Il a rappelé, à cet égard, l'expression retenue par le Professeur Nisand, qui parlait d'un croisement « mortifère » de deux délais : celui, prolongé de l'IVG et celui, de plus en plus précoce, du diagnostic prénatal. Il a souligné, néanmoins, que l'on ne pouvait, en aucun

cas, parler d'eugénisme collectif ou d'Etat et que ce serait faire injure aux femmes de penser qu'un avortement se décide sans raison majeure.

*Après avoir rappelé qu'il avait créé en 1984, avec les professeurs Jean-François Mattei et Marc Gannerre, un centre de diagnostic prénatal dans le département de génétique médicale qu'il avait dirigé à Marseille, **M. Francis Giraud, rapporteur**, a jugé que la vérité imposait de tenir compte de ces progrès médicaux. Il s'est demandé comment réagirait une femme enceinte de onze semaines à qui l'on apprenait qu'une légère modification de la nuque de son fœtus nécessitait à la 18^e semaine d'autres examens pour s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une trisomie 21. Accepterait-elle ce risque ou cette incertitude alors qu'elle pouvait avorter légalement sans justification jusqu'à 12 semaines ?*

***M. Francis Giraud, rapporteur**, a considéré en définitive que l'allongement du délai légal constituait une réponse inadaptée à un problème réel et une fuite en avant qui revenait à déplacer les frontières de l'échec. Il a souligné que cette mesure était certes plus facile à prendre que la mise en place des moyens nécessaires au bon fonctionnement du service public de l'IVG ou que la définition d'une politique ambitieuse d'éducation sur la sexualité et sur l'information contraceptive.*

Il a indiqué que cette analyse l'avait conduit à formuler cinq propositions qui s'inscrivaient toutes dans une préoccupation de santé publique : se doter des moyens d'appliquer correctement les lois existantes, permettre la prise en charge des situations les plus douloureuses dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse, maintenir le caractère obligatoire de l'entretien social préalable, entourer de garanties la difficile question de l'accès des mineures à l'IVG, réaffirmer la nécessité d'un suivi médical de la contraception orale.

***M. Francis Giraud, rapporteur**, a considéré qu'il convenait tout d'abord de se doter des moyens d'appliquer correctement les lois existantes. Il a rappelé qu'il était aujourd'hui de la responsabilité du Gouvernement de mettre enfin en place les moyens nécessaires au bon fonctionnement du service public de l'IVG. Il a jugé que si ces moyens en personnels formés et disponibles, en structures proches et accessibles, avaient pu être dégagés ou pouvaient l'être aujourd'hui, le projet de loi perdrait sa raison d'être dans ses dispositions essentielles. De même a-t-il considéré qu'il était de la responsabilité du Gouvernement de définir une politique ambitieuse d'éducation responsable à la sexualité et d'information sur la contraception, qui mobilise autant le corps enseignant que le corps médical et ouvre le dialogue au sein des familles.*

***M. Francis Giraud, rapporteur**, a souligné qu'il convenait parallèlement de permettre la prise en charge des situations les plus*

douloureuses dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse. Indiquant qu'il proposait de maintenir le délai légal de l'IVG à dix semaines de grossesse, il a fait valoir qu'il paraissait, pour autant, indispensable d'apporter une réponse à la détresse des femmes qui dépassent ce délai. Il a jugé que s'il ne saurait y avoir un droit automatique à l'IVG au-delà de la date-charnière que constituent les dix semaines, il convenait cependant d'éviter que des femmes ne soient contraintes de s'expatrier pour avorter.

Il a proposé par conséquent que ces femmes soient prises en charge dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse (IMG). Chaque cas serait alors examiné par une commission pluridisciplinaire comprenant un médecin choisi par la femme, un médecin gynécologue-obstétricien et une personne qualifiée non médecin qui devrait être une conseillère conjugale, une psychologue, une assistante sociale... Cela représenterait, en moyenne, un cas par département et par semaine.

***M. Francis Giraud, rapporteur,** a rappelé que l'IMG, comme le prévoyait la loi Veil, pouvait être pratiquée à tout moment si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Il a proposé de préciser que la référence à la santé de la femme inclue la santé psychique de celle-ci, appréciée notamment au regard de risques avérés de suicide ou de recours à une interruption illégale de grossesse ou d'un état de détresse consécutif à un viol ou un inceste.*

Il a également proposé de maintenir le caractère obligatoire de l'entretien social préalable à l'IVG. Il a fait observer que cet entretien était aujourd'hui l'occasion pour la femme d'exposer ses difficultés personnelles, conjugales, familiales, d'être informée des aides et des soutiens dont elle peut bénéficier, de parler de la contraception et de préparer ainsi l'avenir. Après s'être demandé si la femme était moins libre parce que mieux informée, il a considéré que rendre cet entretien facultatif aboutirait à ce qu'un bon nombre de femmes n'en bénéficient pas, surtout celles pour lesquelles il pourrait être le plus utile.

*S'agissant de la difficile question de l'accès des mineures à l'IVG, **M. Francis Giraud, rapporteur,** a jugé qu'il convenait d'entourer cette procédure de garanties. Il a souligné qu'il s'agissait d'une disposition législative symboliquement lourde, dont il a cependant proposé d'accepter le principe. Il a fait valoir en effet que si, dans la très grande majorité des cas, la mineure obtient l'accord de l'un de ses deux parents, il existait des situations où le consentement parental paraissait impossible à obtenir, soit pour des raisons culturelles, soit pour des raisons simplement matérielles. Il était des*

cas où la simple annonce d'une grossesse mettrait en danger la vie de la jeune fille. Le recours au juge des enfants paraissait alors inadapté.

***M. Francis Giraud, rapporteur,** a considéré que l'acceptation de cette dérogation au principe de l'autorité parentale supposait cependant d'entourer cette possibilité d'un certain nombre de garanties : il n'était pas envisageable, en effet, que la mineure puisse être livrée à elle-même ou qu'elle soit, comme le propose le projet de loi, simplement « accompagnée » par une personne de son choix, qui pourrait être n'importe qui.*

Il a par conséquent proposé de prévoir que l'adulte référent soit nécessairement une personne qualifiée, c'est-à-dire une personne compétente et formée à ce type de mission. Ce pourrait être une conseillère conjugale, une assistante sociale, une psychologue... Il a en outre proposé que cette personne ne se limite pas à accompagner cette mineure, concept qui n'a aucune signification juridique, mais l'assiste, par référence aux dispositions du code civil qui prévoient, dans certaines situations, l'assistance d'un mineur par une personne adulte. Il a souligné que cette modification terminologique avait naturellement des conséquences juridiques, puisqu'elle supposait l'exercice d'une responsabilité à l'égard de la mineure.

***M. Francis Giraud, rapporteur,** a enfin réaffirmé la nécessité d'un suivi médical de la contraception orale. Il a expliqué que le projet de loi supprimait l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance de contraceptifs hormonaux, obligation qui résulte de la loi Neuwirth de 1967. Ces contraceptifs pourraient ainsi être mis en vente libre si l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé jugeait qu'ils ne présentent aucun danger.*

*Relevant que le Gouvernement faisait valoir que la modification qu'il propose ne changera rien dans la pratique puisqu'aucun contraceptif hormonal ne remplit aujourd'hui les conditions pour être mis en vente libre, **M. Francis Giraud, rapporteur,** a constaté que la modification proposée visait donc à modifier le droit actuel pour préparer un avenir hypothétique : celui où apparaîtraient sur le marché des contraceptifs hormonaux qui ne présenteraient absolument aucun danger pour la santé.*

Il s'est dit opposé à une telle disposition. Rappelant qu'une information sur la contraception mieux développée, mieux comprise et mieux acceptée permettrait de diminuer sensiblement le nombre des IVG, il a souligné que la diffusion d'une contraception bien comprise supposait un accompagnement médical.

Il a rappelé que l'obligation de prescription permettait un bilan et un suivi médical de la femme et un dépistage précoce de certaines pathologies. Il a fait valoir que le dialogue entre le médecin et la femme était indispensable

pour assurer une bonne compréhension et un bon usage de la contraception ; il assurait en outre le choix d'une contraception adaptée à la situation de chaque femme.

***M. Jean Delaneau, président,** a considéré que, contrairement au projet de loi, les propositions du rapporteur apportaient une solution aux problèmes des femmes dépassant le délai légal. Il a souligné que l'on ne pouvait légiférer par simple imitation du cadre légal existant dans d'autres pays.*

***M. Louis Souvet** a souhaité savoir combien d'avortements étaient tolérés dans la vie d'une femme. Après avoir souligné que l'on légiférait pour un pourcentage de la population très faible, il s'est interrogé sur la responsabilité juridique éventuelle de l'adulte référent. Il s'est demandé comment on pouvait prétendre être certain que des contraceptifs ne présentaient pas de danger pour la santé à long terme.*

***M. Jean Chérioux** a salué le souci du rapporteur de bien centrer son analyse sur le projet de loi et d'éviter ainsi que se rouvre un débat sur l'avortement. Il a jugé qu'il y avait une différence fondamentale entre la philosophie de ce projet de loi et celle de la loi Veil. Il a fait valoir que la loi de 1975 considérait l'avortement comme un ultime recours et non comme un droit systématique de la femme. Il a assuré le rapporteur de son soutien sur les orientations générales de son rapport.*

***M. Charles Descours** a regretté que l'on légifère de manière générale pour régler quelques cas individuels. Il a fait valoir que les risques de complication à moyen terme étaient naturellement plus élevés à douze semaines qu'à dix semaines de grossesse. Il a souligné l'échec des politiques d'information sur la contraception et a dit son attachement au maintien d'un encadrement médical de la contraception hormonale.*

***M. François Autain** a regretté que le rapporteur parle d'échec de la loi Veil, alors que cette dernière avait permis de mettre fin aux nombreux décès résultant des avortements clandestins. Il a considéré que le passage de dix à douze semaines de grossesse soulevait des difficultés techniques que le corps médical avait les moyens de résoudre.*

Evoquant les progrès de l'échographie, il s'est demandé si l'argumentation du rapporteur ne conduirait pas à proposer, demain, de réduire le délai légal à moins de dix semaines. Il a jugé qu'une modification législative permettant de régler le cas de 3.000 femmes constituait déjà une avancée. Il a considéré qu'il reviendrait au Gouvernement de prendre les mesures nécessaires pour accompagner l'application de cette loi, notamment une revalorisation de l'acte d'IVG.

Il a indiqué que le groupe socialiste s'opposerait vigoureusement aux propositions du rapporteur qui transformait un droit à l'IVG jusqu'à douze semaines de grossesse en une simple possibilité soumise à l'appréciation d'un collègue pluridisciplinaire.

M. Guy Fischer a dit partager les analyses de M. François Autain et a estimé qu'un accord entre les deux assemblées sur ce projet de loi paraissait difficilement envisageable. Il a considéré que les propositions du rapporteur témoignaient d'une vision et d'une conception philosophiques très éloignées de celles du projet de loi.

Faisant référence à la « légèreté » reprochée par le rapporteur à certaines des personnes auditionnées par la commission, il a regretté de tels jugements de valeur. Il a regretté également que n'ait pas été évoquée, dans son intervention, la question de la stérilisation. Relevant que les articles essentiels du projet de loi étaient supprimés par le rapporteur, il a indiqué qu'il s'opposerait activement aux propositions de ce dernier.

Après avoir souligné que ce sujet n'était facile pour personne, M. Claude Huriet a regretté le recours à l'urgence sur ce projet de loi. Il a exprimé la crainte que l'urgence ne soit également déclarée sur le futur projet de loi modifiant les lois bioéthique de 1994. Il a considéré que l'on ne pouvait pas parler d'échec de la loi de 1975, dans la mesure où celle-ci n'avait pas pour objet de diminuer le nombre des IVG.

Evoquant les effets parfois pervers des campagnes en faveur de la contraception, il a cité l'exemple de l'accent mis sur le préservatif, lequel pouvait paraître aujourd'hui moins nécessaire dès que le péril du SIDA semblait s'éloigner.

Il a souligné que le projet de loi ne répondait en rien à l'insuffisance des moyens nécessaires pour garantir un accès à l'IVG dans le respect du délai légal. Il a considéré que les réponses aux problèmes posés devaient être étudiées au regard de la santé des femmes. Il a regretté que le Gouvernement ait écarté les conclusions du rapport du Professeur Nisand, rapport qu'il avait pourtant demandé, sous prétexte qu'elles ne le satisfaisaient pas. Il a fait valoir que le passage à douze semaines de grossesse obligeait à des exigences techniques supplémentaires, auxquelles tous les centres d'IVG ne seraient pas en mesure de se conformer.

Il a mis l'accent sur la démotivation des équipes aujourd'hui en charge des IVG et a souligné que, dans sa région, les équipes étaient unanimes à déclarer qu'elles ne voulaient pas pratiquer des IVG au-delà de dix semaines de grossesse. Il a considéré que ce projet de loi allait à l'encontre des objectifs poursuivis par le Gouvernement, comme en témoigneraient les résultats de sa prochaine application.

Mme Annick Bocandé a salué l'humanité et le pragmatisme du rapporteur. Elle a considéré que l'on ne pouvait pas bâtir une loi générale sur des cas particuliers. Elle a dit avoir été alertée par certains centres d'IVG du comportement inquiétant de certaines très jeunes filles qui considéraient l'IVG comme un moyen de contraception. Elle s'est interrogée sur les moyens qui seraient dégagés pour permettre une véritable éducation à la sexualité. Elle a jugé qu'il conviendrait d'être vigilant afin que l'élargissement de l'interruption médicale de grossesse, proposé par le rapporteur, n'entraîne pas des dérives.

Mme Marie-Madeleine Dieulangard a fait valoir que la loi de 1975 avait constitué un immense progrès est s'est dite surprise que le rapporteur ait oublié de le mentionner. Elle a dit souscrire à l'analyse du rapporteur quant au constat sur l'échec collectif en matière d'information sur la contraception. Elle a souligné qu'aux Pays-Bas, la précocité de l'éducation sexuelle avait permis de réduire le nombre des IVG, sans entraîner de banalisation de cet acte. Elle a indiqué qu'elle présenterait des amendements afin de favoriser l'information des jeunes sur la sexualité et la contraception.

Après avoir reconnu qu'il eut été probablement préférable que le projet de loi traite de la contraception avant l'IVG, elle a indiqué que l'importance de ce texte résidait dans la reconnaissance d'un droit pour la femme à obtenir une IVG jusqu'à douze semaines de grossesse. Elle a considéré que les problèmes techniques liés à l'allongement du délai légal devaient être relativisés dans la mesure où la plupart des pays européens pratiquaient déjà des interruptions de grossesse au-delà des dix semaines de grossesse.

Mme Claire-Lise Campion a jugé qu'il y avait une différence fondamentale entre l'approche du rapporteur et celle du projet de loi. Elle s'est dite choquée par la mise en cause de certaines des personnes auditionnées par la commission. Elle a considéré que l'allongement des délais ne soulevait pas de véritables problèmes techniques et a regretté que le rapporteur n'ait pas fait référence à l'avis de l'ANAES sur cette question.

M. Bernard Seillier a relevé le pragmatisme et la grande sagesse du rapporteur. Il a considéré qu'il convenait de se garder non pas d'un a priori idéologique sur ce texte, mais de tout jugement. Il a souligné que la loi de 1975 n'avait pas réglé, mais avait choisi, d'écarter le problème moral soulevé par l'IVG.

M. Lucien Neuwirth a rappelé que Mme Elisabeth Guigou avait indiqué, lors de son audition par la commission, le mardi 23 janvier, que la personne référente ne pouvait être considérée comme juridiquement responsable.

Il a regretté que l'Etat ait aujourd'hui remplacé la République et que les administrations ne se préoccupent plus d'appliquer les lois votées par le Parlement. Il a indiqué qu'il était probablement le seul dans cette enceinte à avoir participé à la fois au débat sur la loi de 1967 et sur la loi de 1975. Il a rappelé les propos qu'il avait tenus à l'Assemblée nationale au moment de l'examen de la loi de 1967. Il avait alors déclaré que le problème de la grossesse non désirée se situait en amont, c'est-à-dire au moment de la conception. Transmettre la vie était un acte considérable. Il fallait que ce soit un acte lucide, l'exercice d'une véritable responsabilité vis-à-vis de l'être appelé à naître. On ne pouvait mettre au monde un être sans prévoir quelles seraient sa place, ses chances. Autrement dit, il fallait savoir s'il y aurait un berceau, une famille, un avenir pour ce nouveau-né. C'était un choix à faire, mais encore fallait-il avoir la capacité de faire ce choix.

***M. Lucien Neuwirth** a regretté que, dans notre pays, les jeunes filles et les femmes n'aient souvent pas reçu une information concernant les mécanismes de transmission de la vie. Il a jugé qu'il n'y avait rien de plus urgent que de remédier à l'insuffisance criante de l'information en la matière et de diffuser cette information, qui relevait à la fois des parents et de l'école.*

Il a considéré que le texte du rapporteur était un texte d'ouverture et qu'il n'était pas choqué par la perspective d'un élargissement des conditions d'accès à l'interruption médicale de grossesse. Il a jugé qu'il fallait mettre en place des centres adaptés aux interruptions de grossesse au-delà de dix semaines et contraindre l'Etat à dégager les moyens financiers pour que la loi soit effectivement appliquée. Il a souligné que l'on ne déclarait pas l'urgence sur une loi de société et qu'il n'avait jamais connu de situation comparable.

*S'agissant de l'information sur la sexualité et la contraception, **M. Jacques Machet** a mis l'accent sur l'importance du dialogue au sein de la famille.*

***M. Jean Delaneau, président**, a rappelé qu'il s'était entretenu avec plusieurs membres du Gouvernement, dont le Premier ministre, sur une éventuelle levée de l'urgence qui avait été déclarée sur ce texte. Il a constaté qu'il n'avait pas encore reçu de réponse sur ce point.*

*En réponse aux différents intervenants, **M. Francis Giraud, rapporteur**, a souligné qu'il s'était efforcé d'examiner ce texte en réfléchissant aux conséquences que ses dispositions pouvaient avoir sur la santé des femmes. Après avoir précisé, en réponse à **M. Louis Souvet**, que certaines femmes, heureusement très rares, étaient des récidivistes de l'IVG et connaissaient parfois six, voire huit IVG dans une vie, il a fait valoir le caractère disproportionné d'une modification de la loi générale pour régler ce qui revenait en moyenne à un cas par semaine et par département.*

Il a estimé que la loi Veil était une loi pensée et équilibrée et a précisé que les amendements qu'il proposait visaient souvent à revenir au texte de cette loi. Il a souligné que cette loi avait permis de mettre fin à cette situation inacceptable que constituaient les décès de femmes victimes d'avortements clandestins.

Il a souligné que les articles relatifs à la stérilisation ne figuraient pas dans le projet de loi initial et a jugé qu'il n'était pas convenable qu'un tel sujet soit abordé par le biais d'amendements de séance adoptés de manière précipitée. Il a jugé que l'on ne pouvait naturellement pas parler d'eugénisme, mais que ce projet de loi allait donner les moyens d'opérer une sélection des enfants à naître.

***M. Bernard Seillier** a souligné qu'il ne s'agissait pas d'un eugénisme institutionnel, puisque personne ne l'avait souhaité, mais d'un eugénisme de conséquence.*

***M. Jean Delaneau, président,** a estimé que l'IVG posait toujours un problème moral, mais que le passage de dix à douze semaines ne changeait rien de ce point de vue.*

Puis la commission a procédé à l'examen des articles. Elle a adopté 22 amendements sur proposition de M. Francis Giraud, rapporteur.

La commission a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel avant l'article premier prévoyant que la réduction du nombre des interruptions volontaires de grossesse doit constituer une priorité de santé publique et que le Gouvernement doit, à cette fin, mettre en œuvre les moyens nécessaires à la conduite d'une véritable politique d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception.

A l'article premier (modification de l'intitulé du chapitre sur l'interruption de grossesse), elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 2 (allongement du délai légal), elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

Elle a adopté l'article 3 (interruption volontaire de grossesse en médecine ambulatoire) sans modification.

A l'article 3 bis (informations délivrées à la femme lors de la première consultation médicale), elle a adopté un amendement de suppression de cet article, qui a pour effet de revenir au texte de la loi de 1975.

A l'article 4 (suppression du caractère obligatoire de la consultation sociale préalable à l'IVG), elle a adopté un amendement maintenant le

caractère obligatoire de cette consultation et prévoyant qu'une deuxième consultation, ayant notamment pour but l'information sur la contraception, est systématiquement proposée après l'interruption de grossesse.

A l'article 5 (mesure de coordination avec l'allongement du délai à douze semaines), elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 6 (aménagement de l'obligation d'autorisation parentale pour les mineures), elle a adopté cinq amendements. Le premier est rédactionnel ; le deuxième et le cinquième traduisent une coordination avec l'amendement proposé à l'article 4 ; le troisième précise que les actes médicaux, notamment anesthésiques, liés à l'interruption de grossesse, sont également pratiqués à la demande de la mineure.

*Le quatrième amendement a fait l'objet d'un large débat au sein de la commission. **M. Francis Giraud, rapporteur**, a expliqué que cet amendement tendait à prévoir que l'adulte référent assiste, et non plus accompagne, la mineure et qu'il doit être une personne qualifiée choisie par la mineure dans des conditions fixées par décret.*

***M. Lucien Neuwirth** s'est dit opposé au renvoi à un décret pour déterminer les modalités de désignation de la personne qualifiée. **M. François Autain** a considéré que la notion de personne qualifiée allait limiter le choix de la mineure. **Mme Annick Bocandé** a regretté que cette rédaction écarte un éventuel membre de la famille.*

La commission a décidé de ne conserver dans l'amendement que le remplacement du terme « accompagner » par le terme « assister » et de maintenir le texte du projet de loi qui prévoit que l'adulte référent est une personne majeure choisie par la mineure.

Elle a adopté l'article 7 (clause de conscience), l'article 7 bis (suppression du contingentement du nombre d'IVG dans les établissements de santé privés), l'article 8 (modification des termes de l'intitulé d'un chapitre désormais consacré à l'interruption de grossesse pratiquée pour motif médical) sans modification.

A l'article 8 bis (amélioration de la procédure préalable à la décision de pratiquer une interruption médicale de grossesse), elle a adopté deux amendements. Le premier précise que l'interruption médicale de grossesse peut être pratiquée si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé psychique de la femme, appréciée notamment au regard de risques avérés de suicide ou d'un état de détresse consécutif à un viol ou un inceste. Le second prévoit que la personne qualifiée siégeant au sein de la commission pluridisciplinaire chargée de décider des interruptions médicales de grossesse ne doit pas appartenir au corps médical.

Mme Annick Bocandé s'est interrogée sur la situation des femmes ayant dépassé le délai légal du fait de la carence du service public de l'IVG.

Elle a adopté l'article 9 (reconnaissance de l'interruption de grossesse pour un motif médical) et l'article 10 (interdiction et sanctions de la vente à des personnes n'appartenant pas au corps médical de dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse) sans modification.

A l'article 11 (transfert dans le code de la santé publique des dispositions du code pénal relatives à la pratique illégale de l'IVG), elle a adopté un amendement réintroduisant dans le code pénal l'article 223-11 qui avait été transféré par l'Assemblée nationale dans le code de la santé publique.

A l'article 11 bis (transfert dans le code de la santé publique des dispositions du code pénal relatives au fait de fournir à une femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même), elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 12 (abrogation de dispositions sur la propagande en faveur de l'interruption volontaire de grossesse et de dispositions obsolètes), elle a adopté un amendement visant à protéger la femme enceinte contre toute forme de pression destinée à la contraindre à une interruption de grossesse.

Elle a adopté les articles 12 bis (renforcement du délit d'entrave à la pratique légale des interruptions de grossesse), 13 (application à la collectivité territoriale de Mayotte), 14 (application aux territoires d'outre-mer et à la Nouvelle-Calédonie) et 15 (prise en charge intégrale par l'Etat des dépenses nécessaires aux interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des femmes mineures non émancipées n'ayant pas obtenu le consentement parental) sans modification.

M. Jean Delaneau, président, a considéré que la position de la commission sur l'article 14 était davantage une position de sagesse, dans l'attente du débat en séance publique.

A l'article 16 (délivrance des contraceptifs dans les centres de planification familiale), elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 16 bis (éducation sexuelle dans les établissements scolaires), elle a adopté un amendement augmentant de trois à cinq le nombre des séances annuelles d'éducation à la sexualité, étendant ces séances aux écoles primaires et prévoyant qu'une réunion annuelle est organisée à l'intention des parents d'élèves au cours de laquelle ces derniers sont informés du cadre, du contenu et des modalités de ces séances.

A l'article 17 (délivrance et prescription des contraceptifs), elle a adopté un amendement rétablissant l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance des contraceptifs hormonaux.

A l'article 18 (mise à jour de dispositions pénales relatives aux contraceptifs), elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'issue d'un large débat au cours duquel sont intervenus M. François Autain, Mme Annick Bocandé et M. Bernard Seillier, elle a adopté, à l'article 19, (encadrement de l'acte chirurgical de stérilisation masculine et féminine) un amendement n'autorisant la stérilisation à visée contraceptive que dans deux cas : si la personne est âgée de trente ans au moins ou lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

A l'article 20, (encadrement de l'acte chirurgical de stérilisation des personnes incapables majeures), elle a adopté un amendement prévoyant que la stérilisation des majeurs sous tutelle ne peut être pratiquée qu'à la demande des parents ou du représentant légal de la personne concernée et que si cette dernière est apte à exprimer sa volonté, il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

La commission a adopté le projet de loi ainsi amendé.

ANNEXE N° 1

-

LISTE DES PERSONNES ET ORGANISATIONS AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

- Docteur Elisabeth AUBENY, Présidente de l'Association française pour la contraception (AFC)

- Professeur Marc GAMERRE, chef de service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital de La Conception (Marseille), Docteur Agnès NOIZET, praticien hospitalier, service de procréation médicalement assistée de l'hôpital de La Conception, Docteur Denis ORTEGA, praticien hospitalier, service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Nord de Marseille

- Mme Laurence PECAUT-RIVOLIER, Présidente de l'Association nationale des juges d'instance (ANJI), M. Thierry VERHEYDE, juge d'instance à Roubaix

- M. Jean CORNILLAULT, Administrateur, Mme Anne-Marie DAUM, Administratrice, de l'Association nationale des conseiller conjugaux et familiaux (ANCCEF)

- M. Jean HAUSER, Professeur à l'Université Montesquieu Bordeaux IV, Directeur de l'Ecole doctorale de Droit, Directeur du Centre européen d'études et de recherche en droit de la famille et des personnes

- Mme Jacqueline RUBELLIN-DEVICHI, Professeur émérite de l'Université Jean Moulin (Lyon 3), Présidente de l'Association française de recherche en droit de la famille

- Professeur André LIENHART, Président de la Société française d'anesthésie et de réanimation

- Mme Françoise DEKEUWER-DEFOSSEZ, Professeur à l'Université de Lille 2, Directrice du LERADP

- Professeur Jean-Robert GIRAUD, Président du Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France (SYNGOF)

ANNEXE N° 2

-

FICHE D'ÉTUDE D'IMPACT

*(CIRCULAIRE DU PREMIER MINISTRE DU 26 JANVIER 1998
RELATIVE À L'ÉTUDE D'IMPACT DES PROJETS DE LOI
ET DES DÉCRETS EN CONSEIL D'ÉTAT)*

MODIFICATION DU LIVRE II DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE : INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

- Allongement de 10 à 12 semaines du délai autorisé pour pratiquer une IVG
- Modification des dispositions relatives au consentement parental à l'IVG des mineures
- Abrogation des dispositions relatives à la publicité ou la propagande concernant les IVG

1. IMPACT JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF

1.1. Nécessité des modifications proposées

Le projet de modification des articles L. 2212-1, 1. 2212-7, L. 2221-1, L. 5135-1 du code de la santé publique est l'occasion de mieux garantir le droit à l'IVG et de faciliter l'accès de certaines femmes à l'interruption volontaire de grossesse.

a) La modernisation proposée de l'article L. 2212-1 du code de la santé publique permettant de fixer à 12 semaines de grossesse le délai autorisé pour pratiquer une IVG ferait diminuer de plus de 80 % le nombre de femmes se rendant à l'étranger pour une IVG (5.000) et irait dans le sens d'une harmonisation des législations européennes sur ce plan.

b) Quelques jeunes filles mineures rencontrent de graves problèmes lorsqu'elles veulent accéder à l'IVG.

Lorsqu'elle est confrontée à un problème d'interruption de grossesse, la mineure est dépendante du consentement de ses parents. La nécessité de recueillir le consentement parental pour la réalisation de cet acte constitue pour certaines de ces jeunes filles (5 à 10 % environ), placées dans des

situations particulières, un obstacle à l'accès à l'IVG : impossibilité pour la mineure d'engager un dialogue avec ses parents sur ce sujet pour des motifs d'ordre psychologique et culturel, impossibilité matérielle de recueillir l'autorisation des parents compte tenu de l'absence de ces derniers ou encore de leur refus de l'accorder.

S'il est en théorie possible de solliciter une autorisation d'IVG auprès du juge dans le cadre du décret précité du 14 janvier 1974, celle-ci n'est accordée que très rarement et a un caractère aléatoire, certaines juridictions considérant qu'il n'y a jamais danger pour une mineure à poursuivre une grossesse. La révélation de la grossesse aux parents est rigoureusement impossible dans certaines familles où la culture et la religion prohibent toute relation sexuelle en dehors du mariage.

Lorsque le recueil de ce consentement rencontre une grave difficulté, les nouvelles dispositions permettront au médecin de pratiquer l'interruption de grossesse avec le seul consentement de la mineure. Dans cette situation, cette dernière se fera accompagner dans ses démarches par une personne majeure de son choix.

c) Les articles L. 2221-1 et L. 5135-1 énumèrent les interdictions et les sanctions pénales régissant la pratique des interruptions volontaires de grossesse.

Le contexte socioculturel a évolué depuis 1975 et l'article L. 2221-1 constitue aujourd'hui un obstacle à l'information des femmes qui représente l'outil privilégié de prévention des IVG et garantit aux femmes l'exercice de leur droit à accéder à cet acte.

Quant à l'article L. 5135-1, ses dispositions sont aujourd'hui inutiles car la législation sur les médicaments fixe les règles pour les problèmes évoqués.

L'abrogation de l'article L. 2221-1 et la modification de l'article L. 5135-1 doivent donc être envisagées.

1.2. Impact en termes de formalités administratives

Les mesures proposées auront pour conséquence de simplifier l'accès de certaines femmes à l'IVG : mineures, femmes en grande difficulté.

1.3. Conséquence en termes de complexité de l'ordonnancement

La révision de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 modifiée complète les dispositions inscrites dans le présent projet visant à permettre aux mineures désirant garder le secret, d'accéder à la contraception et d'autre part une mesure prévue dans le cadre du projet de loi de modernisation du système de

santé donnant la possibilité au médecin de mettre en œuvre un traitement ou une intervention avec le seul consentement du mineur si ce dernier s'oppose à la consultation de l'un des titulaires de l'autorité parentale en vue du recueil à son consentement : la révision de la loi de 1975 va par ailleurs dans le sens d'une harmonisation des législations européennes relatives à l'IVG.

2. IMPACT SOCIAL ÉCONOMIQUE ET BUDGÉTAIRE

2.1. Impact au regard de l'intérêt général et des intérêts particuliers en cause

Article L. 2212-1 : l'analyse du contexte socio-économique des patientes montre que ce sont les femmes les plus démunies, les plus isolées qui tardent à consulter et éprouvent les plus grandes difficultés à entreprendre les démarches en vue d'une IVG. La modification législative proposée constitue une aide à ces femmes en situation de détresse. Sa mise en œuvre évitera à un grand nombre d'entre elles un déplacement à l'étranger souvent coûteux et parfois lié à des mauvaises conditions de réalisation de l'acte sur le plan médical.

Article L. 2212-7 : la mesure proposée constitue une mesure de justice envers les mineures : elle permet d'éviter qu'en cas d'échec de contraception, une mineure soit davantage pénalisée qu'une adulte en lui permettant d'avoir le même droit d'accès à l'IVG. La proposition constitue une aide à ces quelques mineures en situation de solitude et de détresse face à une grossesse qu'elles ne désirent pas.

Articles L. 2222-1 et L. 5135-1 : l'abrogation de l'article L. 2221-1 facilitera la mise en œuvre d'actions d'information des femmes souhaitant accéder à un IVG : information sur la législation, sur les méthodes d'IVG pratiquées qu'elles sont susceptibles d'avoir à choisir ou sur les lieux autorisés à réaliser cet acte et aptes à les accueillir dans les conditions légales.

Article L. 5134-1 : l'obligation de prescription médicale pour la délivrance des médicaments résulte de l'inscription sur les listes I et II des substances vénéneuses. Les critères d'inscription sur ces listes sont ceux prévus par la directive n° 92/26/CEE du 31 mars 1992 concernant la classification en matière de délivrance des médicaments à usage humain.

2.2. Impact sur l'emploi et incidences financières

Modification de l'article L. 2212-1 : cette mesure implique la prise en charge par les établissements de santé d'environ 4.000 IVG supplémentaires.

L'incidence financière imputable à cette mesure serait d'environ 6 millions de francs pour 4.000 IVG compte tenu d'un coût moyen de l'IVG de 1.500 francs.

Modifications des articles L. 2212-7, L. 5135-1 et abrogation de l'article L. 2221-1 : sans incidence.

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES RELATIVES À LA CONTRACEPTION : ARTICLES L. 2311-4, L. 5134-1 ET L. 5434-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

1. IMPACT JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF

1.1. Nécessité des modifications proposées

Il est utile de mettre les dispositions législatives du code de la santé publique en matière de contraception en cohérence avec des textes plus récents (dont la directive n° 92/26/CEE du 31 mars 1992). Il est également nécessaire de prendre en compte l'évolution des pratiques contraceptives et professionnelles et du contexte épidémiologique en matière de contraception et d'interruption volontaire de grossesse, les changements de la société sur les questions de la sexualité des mineures et les innovations médicales survenues depuis 1967, date de la mise en œuvre de la loi relative à la contraception.

1.2. Impact en termes de formalités administratives

Les conséquences attendues portent sur la simplification de l'accès aux soins et plus particulièrement aux différents modes de contraception avec une extension des lieux d'accessibilité : officines, toutes consultations de médecins prescripteurs (pour les mineures).

1.3. Conséquences en termes de complexité de l'ordonnancement juridique

En mettant en cohérence les dispositions législatives en matière de contraception avec d'autres dispositions du code de la santé publique, la modification proposée simplifie l'ordonnancement juridique.

2. IMPACT SOCIAL, ÉCONOMIQUE ET BUDGÉTAIRE

2.1. Impact sur l'emploi : néant

2.2. Impact au regard de l'intérêt général

Ce projet de loi a pour conséquence de faciliter l'accès à la contraception de toutes les femmes, dont les nouveaux modes de contraception d'urgence contribuent ainsi au bien-être social. Il devrait aussi avoir un impact sur la réduction du nombre de grossesses non désirées et par là même sur le nombre d'interruptions volontaires de grossesse, notamment chez les mineures.

2.3. Impact au regard des intérêts particuliers en cause

La modification de la loi favorise l'accès à la contraception d'urgence qui aujourd'hui est accessible sans prescription médicale. Elle crée un droit d'accès à la contraception des mineures.

2.4. Incidences financières

La révision de la loi, en permettant un renforcement des mesures facilitant l'accès à la contraception, devrait avoir peu d'incidences en termes de coût dans les centres de planification ou dans les pharmacies. Dans le secteur de la médecine libérale, l'estimation du nombre de mineures qui seront amenées à consulter est difficile à apprécier car ce type de consultation pour demande de contraception est déjà pratiqué par un certain nombre de médecins libéraux : il s'agit plutôt d'une mise en conformité du droit avec les faits.

Par ailleurs, on peut espérer entraîner par ces mesures une réduction du nombre annuel d'IVG et par là même une réduction du coût des dépenses médicales.

TABLEAU COMPARATIF

I. TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception</p>	<p>Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception</p>	<p>Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception</p>	<p>Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception</p>
			<p><i>Article additionnel avant le titre premier.</i></p>
			<p><i>La réduction du nombre des interruptions volontaires de grossesse est une priorité de santé publique. A cette fin, le Gouvernement mettra en œuvre les moyens nécessaires à la conduite d'une véritable politique d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception.</i></p>
	<p>TITRE I^{ER}</p>	<p>TITRE I^{ER}</p>	<p>TITRE I^{ER}</p>
	<p>INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE</p>	<p>INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE</p>	<p>INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE</p>
<p>Code de la santé publique - deuxième partie</p>	<p>Article 1^{er}</p>	<p>Article 1^{er}</p>	<p>Article 1^{er}</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Santé de la famille, de la mère et de l'enfant LIVRE II Interruption volontaire de grossesse TITRE I^{ER} Dispositions générales</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p>Interruption pratiquée avant la fin de la dixième semaine en cas de situation de détresse</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>L'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« <i>CHAPITRE II</i></p> <p style="text-align: center;">« <i>Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse</i> ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>L'intitulé ...</p> <p style="text-align: center;">...</p> <p>rédigé : « Interruption pratiquée avant ...</p> <p style="text-align: center;">... de grossesse ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 2212-1. - La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.</p>	<p style="text-align: center;">Article 2</p> <p>Dans la deuxième phrase de l'article L. 2212-1 du même code, les mots : « avant la fin de la dixième semaine de grossesse » sont remplacés par les mots : « avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».</p>	<p style="text-align: center;">Article 2</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>	<p style="text-align: center;">Article 2</p> <p style="text-align: center;"><i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 2212-2. - Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, satisfaisant aux dispositions de l'article L. 2322-1.</p>	<p style="text-align: center;">Article 3</p> <p>Le deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du même code est complété par les mots : « ou, dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».</p>	<p style="text-align: center;">Article 3</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>	<p style="text-align: center;">Article 3</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>
<p>Art. L. 2212-3.- Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite :</p>	<p style="text-align: center;">Article 3 bis (nouveau)</p> <p>L'article L. 2212-3 du même code est ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« <i>Art. L. 2212-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-</i></p>	<p style="text-align: center;">Article 3 bis (nouveau)</p> <p>L'article L. 2212-3 du même code est ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« <i>Art. L. 2212-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-</i></p>	<p style="text-align: center;">Article 3 bis</p> <p style="text-align: center;"><i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures, et de la gravité biologique de l'intervention qu'elle sollicite ;</p> <p>2° Lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment :</p> <p>a) Le rappel des dispositions de l'article L. 2211-1 ainsi que des dispositions de l'article L. 2212-1 qui limite l'interruption de la grossesse au cas où la femme enceinte se trouve placée par son état dans une situation de détresse ;</p> <p>b) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;</p> <p>c) La liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4, ainsi que des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux intéressés ;</p> <p>d) La liste et les adresses des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.</p> <p>Un arrêté précise dans quelles conditions les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins.</p>		<p>ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.</p> <p>« Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.</p> <p>« Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins. »</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 2212-4. - Une femme s'estimant placée dans la situation mentionnée à l'article L. 2212-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 2212-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui doit lui délivrer une attestation de consultation.</p>	Article 4	<p>Article 4</p> <p>Les deux premiers alinéas de l'article L. 2212-4 du même code sont ainsi rédigés :</p>	Article 4
<p>Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés, en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant. A cette occasion, lui sont communiqués les noms et adresses des personnes qui, soit à titre individuel, soit au nom d'un organisme, d'un service ou d'une association, seraient susceptibles d'apporter une aide morale</p>	A la fin du deuxième alinéa de l'article L. 2212-4	<p>« Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec 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 autre organisme agréé. Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.</p> <p>« Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder...</p>	<i>Alinéa supprimé</i>
			<i>Alinéa supprimé</i>
			<i>Alinéa supprimé</i>
			<i>Alinéa supprimé</i>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>ou matérielle aux femmes et aux couples confrontés aux problèmes de l'accueil de l'enfant.</p>	<p>du même code, il est ajouté la phrase suivante :</p>	<p>...démarche. »</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Sauf en ce qui concerne les établissements publics de santé, ces consultations ne peuvent se dérouler à l'intérieur des établissements dans lesquels sont pratiquées des interruptions volontaires de la grossesse.</p>	<p>« Si une femme est mineure non émancipée, et si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale, ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche. »</p>		
<p>Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.</p>			
<p>Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.</p>			<p><i>L'article L. 2212-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</i></p>
<p>Art. L. 2212-5.- Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le</p>			<p><i>« Après l'interruption de grossesse, une deuxième consultation, ayant notamment pour but l'information sur la contraception, est systématiquement proposée. »</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus.</p>	<p>—</p> <p>Article 5</p> <p>A l'article L. 2212-5 du même code, les mots : « sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision » sont remplacés par les mots : « sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé ».</p>	<p>—</p> <p>Article 5</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p> <p>Article 5</p> <p><i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 2212-7. - Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exercent l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis. Ce consentement devra être accompagné de celui de la mineure célibataire enceinte, ce dernier étant donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal.</p>	<p>Article 6</p> <p>L'article L. 2212-7 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 2212-7. - Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.</p>	<p>Article 6</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 2212-7. - Alinéa sans modification</p>	<p>Article 6</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 2212-7. - Alinéa sans modification</p>
	<p>« Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans son intérêt, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés.</p>	<p>« Si la ...</p> <p>... consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de</p>	<p>« Si la ...</p> <p>... , dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir ...</p> <p>... consultés.</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 2212-8. - Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de la grossesse mais il doit informer, au plus tard lors de la première visite, l'intéressée de son refus. Il est tenu de se conformer aux obligations mentionnées aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5.</p> <p>.....</p> <p>Dans les établissements de santé appartenant aux catégories mentionnées à l'alinéa précédent, le conseil</p>	<p>« Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche, ou si le consentement n'est pas obtenu, le médecin peut pratiquer l'interruption de grossesse à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.</p> <p>« En outre, il lui est proposé une deuxième consultation après l'intervention, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception. »</p> <p>Article 7</p> <p>L'article L. 2212-8 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. » ;</p> <p>2° Les deux derniers alinéas sont supprimés.</p>	<p>l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.</p> <p>« Si la ...</p> <p>... obtenu,</p> <p>l'interruption de grossesse ainsi que les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande ...</p> <p>... choix.</p> <p>« Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, sera obligatoirement proposée aux mineures. »</p> <p>Article 7</p> <p>Sans modification</p>	<p>« Si la ...</p> <p>...les actes médicaux et soins qui ...</p> <p>... fait assister dans ...</p> <p>... choix. »</p> <p>Alinéa supprimé</p> <p>Article 7</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>d'administration désigne le service dans lequel les interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées.</p>			
<p>Lorsque le chef de service concerné refuse d'en assumer la responsabilité, le conseil d'administration doit créer une unité dotée des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de grossesse</p>			
<p>Art. L. 2322-4. - Dans les établissements mentionnés à l'article L 2322-1, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne peut être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux. Tout dépassement entraîne la fermeture de l'établissement pendant un an.</p>		Article 7 bis (nouveau)	Article 7 bis
<p>En cas de récidive, la fermeture est définitive.</p>		I. - L'article L. 2322-4 du même code est abrogé.	Sans modification
<p>Art. L. 2322-1. - Sans préjudice de l'application des dispositions du livre Ier de la partie VI du présent code, l'ouverture ou la direction d'un établissement de santé privé recevant habituellement à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse, est subordonnée à l'autorisation préalable du représentant de l'Etat dans le département.</p>			
<p>Les conditions d'ouverture et de fonctionnement que doivent remplir ces établissements sont fixées par voie réglementaire.</p>		II. - L'article L. 2322-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>« CHAPITRE III</p> <p>« Interruption pratiquée pour motif thérapeutique »</p> <p>Art. L. 2213-1. - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.</p> <p>L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux</p>	<p>—</p> <p>Article 8</p> <p>L'intitulé du chapitre III du titre I^{er} du livre II de la deuxième partie du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>CHAPITRE III</i></p> <p>« Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical »</p>	<p>—</p> <p>« Un décret fixe les installations autorisées dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer lorsqu'ils souhaitent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. »</p> <p>Article 8</p> <p>L'intitulé ...</p> <p>.. rédigé : « Interruption de grossesse ...</p> <p>... motif médical ».</p> <p>Article 8 bis (nouveau)</p> <p>L'article L. 2213-1 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 2213-1.</i> - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Cette décision ne peut être prise qu'après que la réalité de l'une ou l'autre de ces situations a été appréciée par une commission pluridisciplinaire.</p> <p>« Cette commission comprend au moins trois personnes qui sont une personne qualifiée, un médecin choisi par la femme concernée et un médecin responsable de</p>	<p>—</p> <p>Article 8</p> <p>Sans modification</p> <p>Article 8 bis</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 2213-1.</i> - L'interruption ...</p> <p>... femme, y compris sa santé psychique, appréciée notamment au regard de risques avérés de suicide ou d'un état de détresse consécutif à un viol ou un inceste, ou s'il existe une forte probabilité ...</p> <p>... pluridisciplinaire.</p> <p>« Cette ...</p> <p>... sont un médecin choisi par la femme concernée, un médecin gynécologue obstétricien et</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>conditions de l'article L. 2322-1 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel. Si l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'un de ces deux médecins doit exercer son activité dans un centre de diagnostic prénatal pluridisciplinaire.</p>		<p>service de gynécologie obstétrique. Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic prénatal, le deuxième médecin exerce son activité dans un centre de diagnostic prénatal pluridisciplinaire. Un décret en Conseil d'Etat précise la composition et les modalités de fonctionnement de cette commission.</p>	<p><i>une personne qualifiée n'appartenant pas au corps médical.</i> Lorsque l'interruption ...</p>
<p>Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée ; deux autres sont conservés par les médecins consultants</p>		<p>« La femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par la commission. »</p>	<p>... commission. Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 2213-2. - Les dispositions des articles L. 2212-2 et L. 2212-8 à L. 2212-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique</p>	<p>Article 9</p> <p>A l'article L. 2213-2 du même code, les mots : « pour motif thérapeutique » sont remplacés par les mots : « pour motif médical ».</p>	<p>Article 9</p> <p>Sans modification</p>	<p>Article 9</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 5135-1. - Il est interdit d'exposer, d'offrir, de faire offrir, de vendre, de mettre en vente, de faire vendre, de distribuer, de faire distribuer, de quelque manière que ce soit, les remèdes et substances, sondes intra-utérines et autres objets analogues, susceptibles de provoquer ou de favoriser une interruption de grossesse, et dont la liste est établie par décret en</p>	<p>Article 10</p> <p>I.- L'article L. 5135-1 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Les trois premiers alinéas sont supprimés ;</p>	<p>Article 10</p> <p>Sans modification</p>	<p>Article 10</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Conseil d'Etat.</p> <p>Toutefois, les pharmaciens peuvent vendre les remèdes, substances et objets ci-dessus spécifiés, mais seulement sur prescription médicale qui doit être transcrite sur un registre coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police.</p>			
<p>Le décret en Conseil d'Etat prévu au premier alinéa précise les modalités de réglementation de la vente des remèdes, substances, objets et appareils mentionnés au même alinéa.</p>			
<p>Il est interdit aux fabricants et négociants en appareils gynécologiques de vendre lesdits appareils à des personnes n'appartenant pas au corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession comme commerçants patentés de vendre des appareils chirurgicaux.</p>	<p>2° Au dernier alinéa, les mots : « lesdits appareils » sont remplacés par les mots : « des dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse », et les mots : « comme commerçants patentés » sont supprimés.</p>		
<p>Art. L. 5435-1. - Sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 F d'amende :</p>	<p>II. - L'article L. 5435-1 du même code est ainsi rédigé :</p>		
<p>1° Le fait d'exposer, d'offrir, de faire offrir, de vendre, de mettre en vente, de faire vendre, de distribuer, de faire distribuer, de quelque manière que ce soit, les remèdes et substances, sondes intra-utérines et autres objets analogues, susceptibles de provoquer ou de favoriser l'interruption de grossesse, et dont la liste est</p>	<p>« Art. L. 5435-1. - La vente, par les fabricants et négociants en appareils gynécologiques, de dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse à des personnes n'appartenant pas au corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession de vendre ces dispositifs, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende.</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>établie par un décret en Conseil d'Etat ;</p> <p>2° La vente par un pharmacien des remèdes, substances et objets ci-dessus spécifiés, sans prescription médicale transcrite sur un registre coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police ;</p> <p>3° La vente par les fabricants et négociants en appareils gynécologiques de ces appareils à des personnes n'appartenant pas au corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession comme commerçants patentés de vendre des appareils chirurgicaux.</p> <p>Les tribunaux ordonnent, dans tous les cas, la confiscation des remèdes, substances, instruments et objets saisis.</p> <p>Les personnes physiques coupables des infractions mentionnées à l'alinéa premier encourent la peine complémentaire de suspension temporaire ou d'incapacité d'exercice de la profession à l'occasion de laquelle le délit a été commis.</p>	<p>« Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables des infractions, définies au présent article, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal. Elles encourent la peine d'amende suivant les modalités prévues à l'article 131-38 du code pénal.</p> <p>« Les personnes physiques et les personnes morales encourent également les peines suivantes :</p> <p>« 1° La confiscation des dispositifs médicaux saisis ;</p> <p>« 2° L'interdiction d'exercer la profession ou l'activité à l'occasion de laquelle le délit a été commis, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. »</p>	<p>I. - L'article 223-11 du code pénal est abrogé.</p>	<p>L'article 223-11 du code pénal est <i>ainsi modifié</i> :</p>
<p>Code pénal</p>	<p>Article 11</p>	<p>Article 11</p>	<p>Article 11</p>
<p>Art. 223-11. - L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :</p> <p>1° Après l'expiration du délai dans lequel elle est</p>	<p>L'article 223-11 du code pénal est ainsi modifié :</p> <p>a) Au 1°, les mots : « pour un motif</p>	<p>a) Au 1°, les mots : « pour un motif</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif thérapeutique ;</p> <p>2° Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;</p> <p>3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi.</p> <p>Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende si le coupable la pratique habituellement.</p> <p>La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines.</p>	<p>thérapeutique » sont remplacés par les mots : « pour un motif médical » ;</p> <p>b) Le 3° est complété par les mots : « , ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique ».</p>	<p>II. - L'article L. 2222-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 2222-2. - L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :</p> <p>« 1° Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical ;</p> <p>« 2° Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;</p> <p>« 3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi,</p>	<p>thérapeutique » sont remplacés par les mots : « pour un motif médical » ;</p> <p>b) Le 3° est complété par les mots : « , ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique ».</p> <p>II. - <i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 223-12. - Le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle.</p>	Article 12	<p>ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.</p> <p>« Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende si le coupable la pratique habituellement.</p> <p>« La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines. »</p>	Article 11 bis
Code de la santé publique	Sont abrogés :	Article 11 bis (nouveau)	Supprimé
Art. L. 2221-1. - Sans préjudice des dispositions des	Sont abrogés :	I. - L'article 223-12 du code pénal est abrogé.	I. - Le chapitre I ^{er} du titre II du livre II de la
		II. - Après l'article L. 2222-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2222-4 ainsi rédigé :	
		« Art. L. 2222-4. - Le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle. En aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte. »	
		Article 12	Article 12
		Sont abrogés :	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>articles 121-6 et 121-7 du code pénal, le fait de provoquer par un moyen quelconque à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'est pas suivie d'effet, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 F d'amende.</p>	<p>- l'article L. 2221-1 du code de la santé publique ;</p>	<p>- Le chapitre 1^{er} du titre II du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;</p>	<p><i>deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :</i></p>
<p>La propagande ou la publicité, directe ou indirecte, par un moyen quelconque, concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer une interruption de grossesse, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, est punie des mêmes peines.</p>			<p>« Chapitre 1^{er}</p>
<p>En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents sont exercées contre les personnes énumérées à l'article 42 de la loi sur la liberté de la presse du 29 juillet 1881, dans les conditions fixées à cet article, si le délit est commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissement, directeurs ou gérants des entreprises</p>			<p>« Protection de la femme enceinte</p>
			<p>« Art. L. 2221-1. - Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200.000 F d'amende le fait de contraindre ou de tenter de contraindre une femme à une interruption de grossesse en exerçant sur elle des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation. »</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit est commis par toute autre voie.</p>	<p>- les articles 84 à 86 et l'article 89 du décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises.</p>	<p>- les décret- du françaises.</p>	<p><i>II.</i> - Les articles du décret-loi du 29 juillet 1939 relatif françaises sont abrogés.</p>
<p>Décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises</p>			
<p>Art. 84. - Toute condamnation correctionnelle pour délits prévus par les articles 317 et 334 du code pénal et par la loi du 31 juillet 1920 comporte, de plein droit, l'interdiction d'exercer aucune fonction, et de remplir aucun emploi, à quelque titre que ce soit, dans des cliniques d'accouchement, maisons d'accouchement et tous établissements privés recevant habituellement, à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse.</p>			
<p>Toute condamnation pour tentative ou complicité des infractions ci-dessus spécifiées entraînera la même incapacité.</p>			
<p>Art. 85. - En cas de condamnation prononcée par une juridiction étrangère et passée en force de chose jugée pour une infraction constituant, d'après la loi française, un des délits spécifiés à l'article précédent, le tribunal correctionnel du domicile du condamné déclare, à la requête du ministère public, l'intéressé dûment appelé en la chambre du conseil, qu'il y a lieu à l'application de la susdite interdiction.</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 86. - Quiconque contrevient à l'interdiction prononcée par les deux articles précédents sera puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 60 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement.</p> <p>Art. 89. - Relativement aux délits prévus et punis par les paragraphes 1^{er}, 2, 3, 5 et 6 de l'article 317 du code pénal modifié par l'article 83 du présent décret, et par les articles 84, 86 et 87 du présent décret, le droit de citation directe, et de se constituer partie civile, est accordé aux syndicats médicaux et syndicats de sages-femmes, à l'administration de l'assistance publique et aux établissements publics d'assistance.</p>			
Code de la santé publique		Article 12 bis (nouveau)	Article 12 bis
<p>Art. L. 2223-2. - Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 F d'amende, le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 :</p>		<p>L'article L. 2223-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>	Sans modification
<p>- soit en perturbant l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2 ou la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ;</p>		<p>« Art. L. 2223-2. - Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 :</p>	<p>« - soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>- soit en exerçant des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements ou des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse.</p>	<p>Article 13</p> <p>I. - Le premier alinéa de l'article L. 2412-1 du même code est ainsi rédigé :</p>	<p>conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;</p> <p>« - soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières. »</p>	<p>Article 13</p> <p>Sans modification</p>
<p>CHAPITRE II DU TITRE I DU LIVRE IV DE LA DEUXIÈME PARTIE</p> <p>Interruption volontaire de grossesse</p>	<p>« Le titre I^{er} du livre II de la présente partie, à l'exception du dernier alinéa de l'article L. 2212-8, est applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte, sous réserve des adaptations prévues à l'article L. 2412-2. »</p>	<p>Article 13</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>« Le titre ...</p> <p>... du quatrième alinéa de ...</p> <p>... L. 2412-2. L'article L. 2222-2 est également applicable. »</p>	<p>Sans modification</p>
<p>.....</p> <p>Art. L. 2412-2. - Les dispositions de l'article L.-2212-7 sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte, à l'exception de la première phrase de cet article qui est remplacée par les dispositions suivantes : « Si la femme est mineure célibataire, le consentement du père ou de la mère ou du représentant légal est requis. »</p>	<p>II. - L'article L. 2412-2 du même code est abrogé.</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 2412-3. - Pour</p>	<p>III - L'article</p>	<p>III. - Alinéa sans</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>son application dans la collectivité territoriale de Mayotte, les mots : « en application des dispositions des articles L. 6161-5 à L. 6161-9 » sont supprimés à l'article L. 2212-8.</p>	<p>L. 2412-3 du même code devient l'article L. 2412-2.</p>	<p>modification</p>	
<p>CODE PÉNAL LIVRE VII Dispositions applicables dans les territoires d'outre-mer et dans la collectivité territoriale de Mayotte</p>	<p>IV. - L'article 723-2 du code pénal est ainsi rédigé :</p>	<p>IV. - L'article 723-2 du code pénal est abrogé.</p>	
<p>Art. 723-2. - I. - Le 1° de l'article 223-11 est rédigé comme suit :</p> <p>« 1° Après la fin de la 10e semaine de grossesse, sauf si elle est pratiquée pour un motif thérapeutique. »</p>	<p>« Art. 723-2. - Le 3° de l'article 223-11 est rédigé comme suit :</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	
<p>II. - Le 3° de l'article 223-11 est rédigé comme suit :</p>	<p>« 3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement. »</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	
<p>« 3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement. »</p>	<p>« 3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement, ou en dehors du cadre d'une convention conclue en application de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique. »</p>	<p>V(<i>nouveau</i>). - Les articles 10 et 12 de la présente loi sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.</p>	
	<p>Article 14</p>	<p>Article 14</p>	<p>Article 14</p>
	<p>I. - Les dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-7 du code de la santé</p>	<p>I. - Les dispositions ... L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2222-2 du code ...</p>	<p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">TITRE IER Dispositions applicables dans les territoires d'outre-mer CHAPITRE III Adaptation du Livre II</p>	<p>publique sont applicables dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.</p>	<p>Nouvelle-Calédonie..</p>	
<p>Art. 713-2 I. - Le 1° de l'article 223-11 est rédigé comme suit :</p>	<p>II. - Le I de l'article 713-2 du code pénal est ainsi rédigé :</p>	<p>II. - L'article 713-2 du code pénal est abrogé.</p>	
<p>« 1° Après la fin de la dixième semaine de grossesse, sauf si elle est pratiquée pour un motif thérapeutique. »</p>	<p>« I.- Le 1° de l'article 223-11 est rédigé comme suit :</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>« 1° Après la fin de la douzième semaine de grossesse, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical. »</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	
<p>CHAPITRE II DU TITRE III Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées par les organismes au titre de l'interruption volontaire de grossesse</p>	<p>Article 15 Le chapitre II du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Article 15 Alinéa sans modification</p>	<p>Article 15 Sans modification</p>
<p>Art. L. 132-1. - Dans les limites fixées chaque année par les lois de finances, l'Etat rembourse aux organismes gérant un régime légal de sécurité sociale les dépenses qu'ils supportent au titre de la part garantie des frais exposés par les assurés sociaux à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse effectuées dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du</p>	<p>1° L'intitulé du chapitre est ainsi rédigé :</p>	<p>1° L'intitulé rédigé :</p>	
	<p>« Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'interruption volontaire de grossesse » ;</p>	<p>« Prise grossesse » ;</p>	
	<p>2° L'article L. 132-1 est ainsi modifié :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
livre II du code de la santé publique.	<p>ainsi rédigé :</p> <p>« L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par l'Etat. » ;</p>	Alinéa sans modification	
Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article .	<p>b) le dernier alinéa est complété par un membre de phrase ainsi rédigé :</p> <p>« , et notamment les conditions permettant, pour les personnes visées à l'alinéa précédent, de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge ».</p>	b) le dernier alinéa est complété par les mots : « , et notamment ...	
Code de la santé publique	<p>TITRE II</p> <p>CONTRACEPTION</p>	<p>TITRE II</p> <p>CONTRACEPTION</p>	<p>TITRE II</p> <p>CONTRACEPTION</p>
	Article 16	Article 16	Article 16
Art. L. 2311-4. - Les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres	A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique, les mots : « sur prescription médicale » sont supprimés.	Alinéa sans modification	Supprimé

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>de planification ou d'éducation familiale.</p> <p>.....</p>			
<p>TITRE II AUTRES ÉTABLISSEMENTS CHAPITRE V Services de santé scolaires et universitaires</p>		<p>Article 16 bis (nouveau)</p>	<p>Article 16 bis</p>
		<p>Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'éducation est complété par une section 9 ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>« Section 9 « L'éducation à la santé et à la sexualité</p>	<p>« Section 9 « L'éducation à la santé et à la sexualité</p>
		<p>« Art. L. 312-16. - Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n°85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. »</p>	<p>« Art. L. 312-16. - Une éducation à la sexualité et une information sur la contraception sont dispensées dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins cinq séances annuelles. Ces séances associent les personnels ...</p>
		<p>extérieurs, notamment des médecins exerçant à titre libéral, conformément à l'article d'enseignement. Une réunion annuelle est organisée à l'intention des parents d'élèves au cours de laquelle ces derniers sont informés du cadre, du contenu et des modalités de ces séances. »</p>	<p>extérieurs, notamment des médecins exerçant à titre libéral, conformément à l'article d'enseignement. Une réunion annuelle est organisée à l'intention des parents d'élèves au cours de laquelle ces derniers sont informés du cadre, du contenu et des modalités de ces séances. »</p>
	<p>Article 17 L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>	<p>Article 17 Sans modification</p>	<p>Article 17 I. - Avant le premier alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>
<p>Art. L. 5134-1. - Sous</p>	<p>« Art. L. 5134-1. - I. -</p>		<p>« Le consentement ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>réserve des dispositions prévues à l'article L. 2311-4, la délivrance des contraceptifs est exclusivement faite en pharmacie. Les contraceptifs hormonaux et intra-utérins ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.</p>	<p>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.</p>		<p>... mineures. »</p>
<p>L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.</p>	<p>« II. - Les contraceptifs intra-utérins ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.</p>		<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi ne sont pas soumis à prescription obligatoire.</p>	<p>« L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite, soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. »</p>		<p><i>Alinéa supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Afin de prévenir une interruption volontaire de grossesse, ils peuvent être prescrits ou délivrés aux mineures désirant garder le secret. Leur délivrance aux mineures s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon les conditions définies par décret.</p> <p>Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.</p> <p>Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000</p> <p>Art. 2. - Avant le 31 décembre 2002, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan de l'application du cinquième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique autorisant les infirmières scolaires à administrer une contraception d'urgence aux élèves mineures et majeures ainsi que de la délivrance à titre gratuit dans les pharmacies d'une</p>			<p><i>II. - La première phrase du quatrième alinéa du même article est supprimée.</i></p> <p><i>III. - Dans l'article 2 de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « dernier ».</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>contraception d'urgence aux mineures.</p>	<p>Article 18</p>	<p>Article 18</p>	<p>Article 18</p>
<p>TITRE III AUTRES PRODUITS ET SUBSTANCES PHARMACEUTIQUES RÉGLEMENTÉS CHAPITRE IV Contraceptifs</p>	<p>L'article L. 5434-2 du même code est ainsi rédigé :</p>	<p>Sans modification</p>	<p><i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 5434-2.- Le fait, de quelque manière que ce soit, de vendre ou de faire vendre, de délivrer ou de faire délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs, en infraction aux dispositions de l'article L. 5134-1 et du 1° de l'article L. 5134-3 est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 F d'amende.</p>	<p>« Art. L. 5434-2.- Le fait de délivrer des contraceptifs mentionnés à l'article L. 5134-1 en infraction aux dispositions du premier alinéa du II dudit article et du 1° de l'article L. 5134-3 est puni de six mois d'emprisonnement et de 50 000 F d'amende. »</p>	<p>Article 19 (<i>nouveau</i>)</p>	<p>Article 19</p>
<p>Code de la santé publique</p>	<p>Le titre II du livre I^{er} de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre III ainsi rédigé :</p>	<p>Le titre II du livre I^{er} de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre III ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>CHAPITRE III Examen médical pré-nuptial</p>	<p>« CHAPITRE III « Stérilisation à visée contraceptive</p>	<p>« CHAPITRE III « Stérilisation à visée contraceptive</p>	<p>« CHAPITRE III « Stérilisation à visée contraceptive</p>
<p></p>	<p>« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents ne peut être pratiquée que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.</p>	<p>« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents ne peut être pratiquée que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.</p>	<p>« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée que sur une personne âgée de trente ans au moins ou lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
		<p>« Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.</p> <p>« Ce médecin doit au cours de la première consultation :</p> <p>« - informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;</p> <p>« - lui remettre un dossier d'information écrit.</p> <p>« Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de deux mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.</p> <p>« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressé de son refus dès la première consultation. »</p>	<p>« Elle ne peut être pratiquée que sur une personne majeure, ayant exprimé sa volonté libre et délibérée en considération d'une information claire et complète sur les conséquences et les risques de cette intervention et sur le caractère généralement définitif de celle-ci.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« - informer encourt, des conséquences et des risques de l'intervention et du caractère généralement définitif de celle-ci ;</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
		<p data-bbox="874 427 1102 454">Article 20 (<i>nouveau</i>)</p> <p data-bbox="815 495 1161 613">Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="815 651 1161 1093">« <i>Art. L. 2123-2.</i> – La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne handicapée mentale, majeure sous tutelle, que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.</p> <p data-bbox="815 1323 1161 1608">« Si la personne concernée est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension.</p> <p data-bbox="815 1637 1161 1957">« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles qui se prononce après avoir entendu les parents ou le représentant légal de la personne concernée ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile et après avoir recueilli l'avis d'un comité d'experts.</p>	<p data-bbox="1283 427 1398 454">Article 20</p> <p data-bbox="1177 495 1505 551">Alinéa sans modification</p> <p data-bbox="1177 651 1505 707">« <i>Art. L. 2123-2.</i> - La ligature ...</p> <p data-bbox="1177 719 1505 869">... déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne majeure sous tutelle que lorsqu'il existe ...</p> <p data-bbox="1251 1032 1430 1059">... efficacement.</p> <p data-bbox="1177 1133 1505 1283">« <i>Elle ne peut être pratiquée qu'à la demande des parents ou du représentant légal de la personne concernée.</i></p> <p data-bbox="1251 1323 1326 1350">« Si ...</p> <p data-bbox="1177 1384 1505 1570">... volonté, son consentement doit être systématiquement recherché. <i>Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.</i></p> <p data-bbox="1177 1637 1505 1693">Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
---	---	« Ce comité, composé notamment de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de handicapés, apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que les conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.	« Ce associations de <i>personnes</i> handicapées que <i>ses</i> conséquences psychologique.
		« Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article. »	« Un d'Etat <i>fixe</i> les article. »

Tome II : Compte rendu intégral des auditions

SOMMAIRE

Pages

I. AUDITIONS PUBLIQUES DU MERCREDI 20 DÉCEMBRE 2000	153
A. PROFESSEUR ISRAËL NISAND, CHEF DE 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).....	154
B. MME CHANTAL LEBATARD, ADMINISTRATEUR À L'UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES, ACCOMPAGNÉE DE MME MONIQUE SASSIER, DIRECTRICE DES ÉTUDES POLITIQUES	169
C. PROFESSEUR RENÉ FRYDMAN, CHEF DE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, HÔPITAL ANTOINE BÉCLÈRE DE CLAMART	178
D. MME DANIELLE GAUDRY, PRÉSIDENTE DE LA CONFÉDÉRATION DU MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL ET DE MME MARTINE LEROY, RESPONSABLE DU DOSSIER AVORTEMENT DE LA CONFÉDÉRATION	185
E. PROFESSEUR BERNARD GLORION, PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS.....	194
F. PROFESSEUR MICHEL TOURNAIRE, CHEF DE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE À L'HÔPITAL SAINT-VINCENT DE PAUL, PRÉSIDENT DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES) SUR L'IVG.....	201
G. PROFESSEUR CLAUDE SUREAU, PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE	211
H. PROFESSEUR DIDIER SICARD, PRÉSIDENT DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ.....	219
II. AUDITIONS DU MERCREDI 17 JANVIER 2001.....	225
A. DOCTEUR BERNARD MARIA, PRÉSIDENT DU COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS.....	225
B. DOCTEUR PAUL CESBRON, PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC) ET CHANTAL BIRMAN, VICE-PRÉSIDENTE DE L'ANCIC.....	242
C. DOCTEUR MARC ZAFFRAN ALIAS MARTIN WINCKLER, MÉDECIN ET ÉCRIVAIN	251
D. DOCTEUR BERNARD BOURREAU, GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN DANS LE SERVICE DE MATERNITÉ OBSTÉTRIQUE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE BLOIS, DOCTEUR SYLVETTE DESROCHES, MÉDECIN, MME CHRISTINE CLAVAL, INFIRMIÈRE DU CENTRE IVG ET MME MICHELINE DUPONT, CONSEILLÈRE CONJUGALE DU CENTRE DE PLANIFICATION.....	259

II. AUDITIONS PUBLIQUES DU MERCREDI 20 DÉCEMBRE 2000

M. Jean DELANEAU, président - Monsieur le professeur, mes chers collègues, dans quelques semaines, début février, le Sénat aura à se prononcer sur le projet de loi relatif à l'IVG, à la contraception et à la stérilisation, puisque l'Assemblée nationale a ajouté un troisième volet. Avant de désigner notre rapporteur, ce que nous ferons demain, nous avons souhaité ouvrir notre réflexion par l'audition d'un certain nombre de personnalités (médecins, responsables d'organisations familiales, responsables de planning familial, représentants du Conseil national de l'Ordre des médecins ou de l'Académie nationale de médecine) afin de pouvoir être éclairés sur les problèmes soulevés par cette troisième loi. Pour ma part, j'ai eu le privilège, si je puis dire, d'avoir participé largement à la discussion de la première, d'avoir été le rapporteur à l'Assemblée nationale de la deuxième et de me trouver président de la commission qui doit traiter ici de la troisième. Il est important de voir comment les choses se sont passées depuis vingt-cinq ans, quels sont les problèmes qui justifient que l'on soit amené, vingt ans après la loi de 1979, à revoir le dispositif.

Nous avons souhaité que le Professeur Nisand, chef de service de gynécologie-obstétrique à Strasbourg et qui, en février 1999, a remis à Mme la ministre Martine Aubry un rapport intitulé « *L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes* », ouvre notre journée d'auditions. Ceci est important car nous avons, professeur Nisand, suivi vos déclarations à ce moment-là et nous avons cru comprendre qu'il y avait malgré tout une certaine hésitation dans vos propos en tant que médecin et nous les comprenons parfaitement. Nous souhaitons donc que vous puissiez nous dire comment vous avez été amené à faire des propositions et, dans une certaine mesure, à avaliser la prorogation de délai telle qu'elle est proposée par le projet de loi. Je voudrais également indiquer à nos collègues que nous avons saisi la délégation sénatoriale aux droits des femmes qui a désigné Mme Odette Terrade, qui nous fait l'honneur de venir à cette série d'auditions. Ces auditions font l'objet d'un enregistrement audiovisuel pour une diffusion en différé sur la chaîne parlementaire et d'un compte rendu intégral qui sera annexé au rapport de la commission. Peut-être pourriez-vous faire un exposé liminaire avant que l'on consacre une demi-heure aux questions. Je demande à nos collègues de bien respecter le principe de ces auditions si l'on veut qu'elles soient utiles, c'est-à-dire que nous attendons plus des questions qu'un exposé de vos positions éventuelles sur le sujet. Ceci viendra après. Il faut bien sérier ces deux problèmes. Aujourd'hui, nous avons des questions à poser et nous espérons un certain nombre de réponses.

A. PROFESSEUR ISRAËL NISAND, CHEF DE 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)

Professeur Israël NISAND - Merci monsieur. Il est intimidant de venir pour la première fois devant des sénateurs de la République française. Je travaille depuis trois ans sur un sujet qui m'est apparu comme brûlant lorsque j'étais chef de service dans la région parisienne, particulièrement dans une banlieue défavorisée où j'ai compris qu'on ne pouvait pas véritablement ne pas travailler sur la question de l'IVG dans notre pays.

Le bilan que j'ai remis à Mme Aubry il y a presque deux ans était assez contrasté : 220.000 IVG sans baisse notable puisque l'on estimait à 250.000 le nombre des IVG en 1975, des femmes qui n'utilisent pas l'IVG comme contraception puisque cinq sur six d'entre elles ne subiront qu'une seule IVG dans leur vie. Il n'y a donc pas eu de banalisation de l'IVG depuis la loi Veil, ni de diminution notable.

Par contre, des difficultés sérieuses voire graves apparaissent dans certaines grandes villes en ce qui concerne la continuité du service public, en particulier en été où les femmes dans notre pays se trouvent confrontées à des difficultés parfois insurmontables. On peut dire que c'est parfois la maltraitance au quotidien qui les attend lorsqu'elles sont dans une démarche d'IVG. Ces éléments m'ont motivé pour dire haut et fort sur la place publique, et auprès de l'exécutif, ce qu'il en était.

Dans le rapport, j'avais particulièrement isolé trois catégories de femmes en très grande souffrance : les étrangères, et là le problème est désormais réglé ; les mineures et les femmes qui dépassent le délai. 5 à 10 % des mineures qui nous consultent pour une IVG sont dans l'incapacité totale, pour des raisons culturelles, religieuses ou d'origine, de dévoiler leur vie sexuelle à leurs parents. Les contraindre à le faire dans l'urgence constitue une forme de viol. Il fallait donc trouver une solution afin que pour ces filles-là, lorsque la médiation familiale est rendue impossible, on trouvât une solution.

Le tutorat est une bonne formule, encore faut-il, par voie de décret, trouver la solution pour couvrir la responsabilité du médecin dans cette démarche-là. Nous attendons, en tant que médecins, que l'on nous dise comment faire lorsque l'on a besoin d'endormir une de ces jeunes femmes et comment faire pour se passer de l'autorisation parentale en amont d'un geste

chirurgical. On est en train de trouver une configuration qui nous le permette, dans les cas où cela est nécessaire. Dans 90 % des cas, les parents sont les meilleurs protecteurs de l'enfant et revenir vers eux au moment d'un tel événement est souvent la meilleure solution. D'ailleurs, les jeunes nous y autorisent souvent. Lorsqu'ils ne nous y autorisent pas ou qu'ils courent un risque physique dans cette démarche, il faut que nous ayons une autre solution que de leur répondre abruptement que, sans la signature des parents, rien n'est possible. Ceci peut les pousser au suicide, ou au désarroi en tout cas.

La troisième catégorie de femmes recouvre celles qui dépassent le délai. Ce sont celles qui attirent le plus l'attention car il y a vraiment une très grande difficulté. Nous sommes tous, en France, dans l'embarras devant le débat sur l'IVG. Même ceux qui y sont favorables et qui mènent un combat pour l'allongement du délai éprouvent également quelques difficultés.

Je vais en quelques mots essayer de dire pourquoi il est difficile de discuter de ce sujet. Il s'agit en fait d'un arbitrage entre trois droits : le droit des femmes et des mères, le droit des médecins et quelque chose dont on n'a pas l'habitude de parler, le droit des fœtus. Si vous le permettez, je vais aborder ces trois droits en essayant d'évoquer leurs éléments contradictoires et en essayant de trouver en conclusion une formulation qui permette, au travers de la loi de la France, de respecter ces droits.

Tout d'abord, les droits de la femme. Plus de 5.000 femmes vont à l'étranger pour faire une IVG et personne ne sait vraiment combien car on ne demande pas à une femme qui traverse la frontière pourquoi elle le fait. Nous estimons ce chiffre à 5.000 et il s'agit certainement d'une sous-estimation car une seule clinique de Hollande accueille 1.000 Françaises par an. La moitié à peu près est dans les deux semaines supplémentaires, l'autre moitié, dans le plus grand désarroi, est au-delà des deux semaines qui sont rajoutées. Il s'agit d'une première remarque sur le droit des femmes.

Si l'on regarde le débat sous cet angle-là, ajouter deux semaines au délai ne suffit plus pour respecter le droit des femmes. Il me semble là qu'il y a quelque chose qui aide mais qui ne résout pas le problème et qui, à tout le moins, entraînera que, sous le maillet des Assemblées parlementaires, ce problème revienne de manière récurrente dans deux ans pour deux semaines supplémentaires. Il me semble, en tant que citoyen qu'il eût été préférable, plutôt que de voter deux semaines maintenant, de trouver une configuration qui permît de régler définitivement ce problème.

Toujours dans le domaine du droit de la femme, ce sont les plus défavorisées et les plus jeunes qui dépassent le plus le délai. Les plus jeunes sont souvent dans des situations de sollicitation sexuelle intra-familiale, nous sommes dans du Zola. Il n'y aura nul mal à démontrer d'ici trois ans que l'ajout de deux semaines, apporté en 2001, est insuffisant. Ce sera à nouveau

les 3.000 femmes les plus défavorisées qui seront dans la « panade » la plus complète et nous ne pourrions à nouveau ne pas écouter cette très grande misère et cette très grande difficulté. Je peux vous prédire que si nous laissons le texte tel qu'il est actuellement, nous y reviendrons encore et encore. Je ne trouve cela ni astucieux ni élégant sur le plan de la logique parlementaire.

Enfin, toujours dans le domaine du droit des femmes, il faut bien soutenir et dire qu'élever un enfant et décider de faire un enfant est un élément d'une gravité exceptionnelle dans la vie d'une femme. Je crois que personne ne peut se mêler de cette décision-là. Voilà ce que l'on peut dire de manière très laconique en matière de droit des femmes.

Je vais aborder maintenant deux autres points qui sont plus difficiles et moins consensuels.

Le problème du droit des médecins d'abord. Jusqu'à dix semaines, et sans vous abreuver de détails techniques, l'IVG est un geste relativement facile sur le plan technique et sur le plan psychologique. Je dis bien relativement, car sont venus à notre aide des moyens médicaux qui nous permettent de faire une IVG, j'allais dire un peu sans y toucher, en tout cas pas de manière chirurgicale pour les jeunes IVG. Lorsque nous sommes obligés de le faire de manière chirurgicale, le geste est rapide et relativement facile.

Lorsque l'embryon devient un fœtus, au-delà de dix semaines, il s'ossifie et les choses se gâtent sur le plan technique, c'est-à-dire que le geste devient difficile, non pas seulement sur le plan technique, et je vous passe les détails, mais également sur le plan psychologique. Les médecins ne sont pas des automates et des techniciens, ils sont comme vous, ils ont une âme. Les difficultés techniques vont s'aggravant avec l'âge gestationnel. Il faut donc entendre les médecins lorsqu'ils vous disent que cela est difficile. Il ne s'agit pas d'un acte que nous pouvons faire comme l'IVG, pour lequel il faut et il suffit que la femme demande. Je vous rappelle qu'une femme peut venir et simplement nous dire qu'elle souhaite une IVG et si on lui demande les motifs de sa décision, elle est en mesure de nous répondre que cela ne nous regarde pas, l'IVG étant un droit dans notre pays.

En revanche, pour un acte aussi difficile techniquement, le corps médical souhaite, comme pour tous les actes médicaux, pouvoir dire non dans des circonstances où l'on ne serait pas dans le cadre de l'IVG ou encore dans des circonstances où la bénignité de l'indication ne compense pas la gravité du geste. Nous serions là dans une démarche médicale habituelle.

Nous voulons pouvoir dire oui à une femme qui est à dix-huit semaines et qui a une grossesse de son beau-père ou à une femme qui est schizophrène et qui a eu une grossesse dans son institution. Nous voulons pouvoir dire non à une femme qui, à quatorze semaines, nous dit que la

grossesse ne tombe pas au bon moment ou que l'échographiste a eu un doute sur la morphologie du fœtus ou pire encore, les motifs véniels, qui sont rares. Nous devons pouvoir leur dire non autrement qu'au travers de la clause de conscience car celle-ci n'est pas à géométrie variable, mais je me trompe peut-être. Si un médecin fait valoir la clause de conscience, il le fait pour toutes les IVG et cela veut dire qu'il n'en fera jamais. Or, moi qui ne fais pas valoir la clause de conscience dans ma pratique, je veux pouvoir dire non comme cela s'est produit la semaine dernière à une femme d'origine étrangère qui venait pour une IVG en raison du sexe qui ne lui convenait pas. Je lui ai dit non car je veux pouvoir me regarder dans la glace le soir. Je ne lui ai pas dit non en fonction d'une clause de conscience car je ne la fais pas valoir, mais parce que je ne peux pas faire le geste difficile qu'elle me demande compte tenu d'un certain nombre d'éléments d'environnement, de morale laïque, appelez cela comme vous le voulez. Dans l'IVG, telle qu'elle existait jusqu'à présent, ceci n'existait pas.

Maintenant, pourraient se rajouter aux 5.000 femmes, des femmes qui viendraient pour d'autres raisons. Je crois qu'il faut que la loi de la France le prévoie. Enfin, toujours dans le domaine du droit des médecins, je veux parler du manque de moyens. Dans mon service, où l'on accepte les IVG tardives au titre de l'interruption médicale de grossesse (IMG) depuis quelques mois, nous avons constitué un groupe de réflexion qui ne comporte d'ailleurs pas que des médecins.

Il y a deux semaines, est venue, avec son petit copain de dix-huit ans, une jeune fille de treize ans qui avait eu deux rapports. Elle était aller chercher la pilule du lendemain dans une pharmacie, parce qu'elle habite dans un petit village près de Strasbourg. Le test de grossesse était positif, mais puisqu'elle avait pris la pilule du lendemain, elle ne risquait pas d'être enceinte, bien entendu. Elle s'est mise à attendre ses règles pendant trois mois, au bout de trois mois une infirmière ou une assistante sociale l'a envoyée chez nous : elle était à quatorze semaines, effondrée. Nous ne pouvons pas envoyer une jeune fille comme elle en Hollande, cela nous dépasse. A titre personnel, j'ai honte de l'avoir fait pendant des années. Nous avons soumis ce cas à l'ensemble du service, à notre commission. Tout le monde décide d'accepter pour cette jeune fille de treize à quinze semaines. Bien entendu, on ne peut pas le faire de manière chirurgicale. Nous mettons cette jeune fille dans un lit et provoquons l'accouchement. Au bout d'une heure, elle a très mal et nous lui donnons de la morphine. Elle hurle de douleur alors que nous sommes au maximum de dose de morphine. Nous appelons l'anesthésiste qui lui fait une péridurale. Ceci se fait en salle de naissance d'où nous sortons une femme pour pouvoir faire une péridurale à cette jeune fille qui en avait le plus grand besoin et qui a donc expulsé en salle d'accouchement. Le lendemain, les sages-femmes de mon service, qui ne sont pas hostiles à l'IVG, étaient toutes dans mon bureau en

disant : « *Mais monsieur, nous n'allons plus faire que cela. Où et comment peut-on faire cela ?* ».

En acceptant à titre exceptionnel dans mon service, je crée un appel d'air sur tout l'est de la France auquel je ne peux pas répondre. Je ne sais pas répondre lorsqu'on me demande comment je vais pouvoir me limiter. Vais-je prendre les femmes de mon canton, les premières qui ont consulté dans la semaine ou encore les plus jeunes ? Je ne sais pas faire la sélection. Faire une loi est une chose, donner aux médecins les moyens d'agir en est une autre.

Tout le corps médical est en train de dire qu'il n'a pas les moyens de faire correctement les accouchements et, à tout le moins, les IVG. Je mets à égalité les IVG et les accouchements, je n'assortis pas l'IVG d'une copule péjorative. Pour moi, il s'agit d'un événement de la vie d'une femme et nous n'avons pas les moyens de le faire actuellement.

Je voudrais terminer sur les droits du fœtus. Trois options philosophiques sont présentes dans notre pays sur les droits du fœtus, dont on ne parle plus car cela est devenu obscène, ce qui est bizarre.

L'option vitaliste : lorsque le spermatozoïde est entré dans l'ovule, c'est un sujet et il a tous les droits du sujet. Cette option vitaliste a corrompu le débat sur cette question.

Une autre option, tout aussi extrémiste de l'autre côté, consiste à dire qu'il n'y a rien dans le ventre d'une femme enceinte s'il n'y a pas de désir d'enfant. Cette option n'est pas plus jouable que la première et donc sur le plan philosophique, car il faut toujours revenir aux fondamentaux. Cela pose la question de savoir ce qu'est un embryon, un fœtus ? C'est un sujet en acquisition de droits. Les droits d'un embryon à quatre cellules dans une éprouvette ne sont pas les mêmes que les droits d'un embryon à dix semaines, qui eux-mêmes sont différents de ceux d'un fœtus de douze, quatorze, vingt-huit ou trente-neuf semaines. Par conséquent, les droits du fœtus sont acquis à 100 % le jour de sa naissance, lorsqu'il est vu et nommé. En dehors de cette philosophie-là, je ne vois pas comment on peut décrire le système juridique français, sauf à entrer dans des contradictions terribles.

En ce qui me concerne, je tiens compte du fait que le diagnostic prénatal (DPN) est très développé dans notre pays, au point que la France est le pays au monde où les DPN sont les plus répandus et les plus précoces. Peut-être est-ce une erreur ? Vous savez que l'offre de soins génère la demande de soins. Par ailleurs, nous sommes dans un système un peu marchand et nous avons, quelle que soit l'analyse des causes, un DPN très précoce. Dans les grandes villes, 98 % des femmes ont une échographie très détaillée à onze semaines de grossesse. Or 5 % des échographies se terminent par un doute. Près de 40.000 femmes sortent de cette échographie avec un

doute qui peut porter sur l'épaisseur de la nuque, sur la position d'un pied ou sur la vitalité de l'enfant. Je tiens pour mortifère le croisement de deux délais : le délai de l'IVG et celui du DPN. On peut se le cacher et dire que cela n'existera pas, mais cela existe déjà. J'ai des chiffres à la disposition de ceux que cela intéresse.

Le corps médical doit gérer un entrecroisement difficile entre des informations qu'il n'a pas le droit de taire sur le DPN et ses doutes, et la possibilité pour la femme de faire une IVG. Souvent, il s'agit d'une grossesse totalement désirée qui, du fait de la parole médicale, ne l'est plus, car rien n'est pire que le doute. Je vous rappelle que les médecins sont désormais contraints d'exposer tous les résultats de leurs examens jusque, y compris, les risques exceptionnels. Talonnés par le monde judiciaire, ils le feront. Il est juste de dire que ce ne sont pas les mêmes femmes qui demandent une IVG ou une IMG pour malformation. Je dis que les 5.000 femmes ou plus dont j'ai parlé tout à l'heure doivent être prises en charge en France. C'est pour cela qu'il n'y a pas d'hésitation dans mon propos et j'écrivais déjà cela à Mme Aubry il y a deux ans. Je disais aussi, comme il faut bien les prendre au-delà du délai de deux semaines supplémentaires, qu'il faut un garde-fou et que ne viennent pas se rajouter à ces 5.000 femmes-là d'autres femmes pour des raisons moins avouables et qui obligerait les médecins à faire valoir une clause de conscience à géométrie variable, ce que je fais actuellement comme dans le cas qui s'est produit la semaine dernière.

Pour terminer, monsieur le président, ma proposition est la suivante : concernant la possibilité d'IVG sans l'accord des parents, je bats des mains ; concernant la suppression de l'entretien obligatoire, je bats des mains ; pour ce qui est de l'allongement du délai de l'IVG, oui au travers de l'IMG qui existe dans la loi de 1975.

Dans le cas de l'IMG, il ne suffit pas que la femme demande, il y a en aval un contrôle de l'indication, c'est-à-dire qu'elle ne peut plus dire que les motifs ne regardent pas le médecin. Je suis d'accord pour dire qu'on ne peut pas placer les médecins comme juges de cela. Je propose que l'on organise l'IMG comme on l'a fait concernant les malformations. En 1994, à l'instigation d'un député, Jean-François Mattei, nous avons organisé l'IMG pour malformation en assortissant cette demande d'une rencontre avec un comité d'experts. Le législateur a demandé aux médecins de se mettre ensemble pour prendre une décision d'une pareille importance.

Je propose maintenant que l'on organise l'IMG pour cause maternelle et que l'on organise des groupes, des centres, des collectivités dans chaque ville, réunis deux fois par semaine et que l'on pourrait appeler centres d'interruption de grossesse ou centres pluridisciplinaires d'interruption de grossesse et comprenant des médecins volontaires dont vous savez que ce ne

sont pas ceux qui veulent le plus de mal aux femmes, mais aussi des représentantes du planning familial, de l'ANSIC, de la CADAC, une représentante de la délégation aux droits des femmes. Ainsi, des non-médecins seraient amenés à entendre toutes les demandes d'interruption de grossesse au-delà de dix semaines. Bien entendu, dans une demande pour choix de sexe, on trouverait un ensemble de gens autour de cette table pour dire non, mais toutes les vraies demandes d'IVG trouveraient un assentiment.

Ce que je propose, c'est une modulation et peut-être une négociation entre le droit des femmes à obtenir une IVG et le droit des médecins à ne pas la faire lorsqu'ils se trouvent dans une situation qu'ils ne peuvent pas assumer. Si l'on ne procède pas ainsi, d'une part un certain nombre de médecins risquent de regimber parce qu'ils ont trop peu de moyens et d'autre part des personnes, comme moi, n'accepteront pas qu'on leur dise de faire des IVG dans un contexte où la femme peut dire qu'elle ne souhaite pas sa grossesse sans savoir pourquoi elle souhaite l'IVG. Les médecins peuvent tout entendre et toutes les demandes de la société sont audibles, mais ils ne peuvent pas tout accepter car, bien heureusement pour la France, elle comporte de très nombreux médecins qui ne sont pas sans conscience.

M. Jean DELANEAU, président - Vous avez fait un tour d'horizon tout à fait important. Il y a peut-être une première question : en 1979, la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale s'était beaucoup interrogée sur les problèmes de complications. Nous disposions à ce moment-là des études réalisées entre 1975 et 1978 et qui, compte tenu des moyens dont nous disposions à cette époque, montraient qu'il y avait une période, qui se situe entre neuf et onze semaines, qui était le passage de la limite entre la relative bénignité et le risque de voir des complications pas seulement immédiates mais aussi sur l'avenir gynécologique, obstétrical ou sexuel de la femme. Pensez-vous que les choses ont évolué positivement ? Disposons-nous d'études, depuis cette période, qui puissent répondre à cette interrogation ?

Professeur Israël NISAND - Les choses ont changé, la technique a évolué et nous disposons maintenant de moyens qui nous permettent effectivement d'être plus sûrs que nous l'étions en 1975-1979. Il faut tout de même remarquer que plus l'âge gestationnel est avancé, plus le geste est risqué. Toutes les études internationales convergent dans ce sens. Je ne pense pas qu'il y ait là un argument car une femme qui ne souhaite pas sa grossesse, même si on lui annonce des complications potentielles, ne s'arrête pas à cela. L'ANAES, qui est en train de sortir un document très intéressant à ce sujet, le souligne également. Les IVG au-delà de dix semaines doivent être pratiquées par des médecins qui ont une compétence chirurgicale. On ne peut pas gérer ce type d'IVG, qui peut se traduire par des ruptures utérines, par des accidents relativement sévères, sans qu'il y ait un plateau technique et une compétence chirurgicale disponibles. Il faut être très vigilant pour que les complications

graves ne surviennent pas et ne pas laisser dans des structures ambulatoires les IVG tardives.

M. Jean DELANEAU, président - En ce qui concerne la sécurité juridique du médecin, je pense qu'actuellement, même avec le transfert d'un certain nombre de sanctions du code pénal vers le code de la santé publique, il reste le problème d'un acte pratiqué par des médecins en dehors du consentement parental des mineurs et particulièrement sur des jeunes mineurs, au cas où malheureusement il y aurait un « pépin ». Quelle est la couverture du médecin ?

Professeur Israël NISAND - Je voulais dire à ce titre que le tutorat ne couvre pas tout le problème. Très récemment, une fille de quatorze ans a appelé mon service en disant que ses parents voulaient la punir d'avoir eu un rapport sexuel en lui interdisant d'avorter. Elle voulait savoir si cela valait la peine qu'elle vienne quand même, nous lui avons dit oui. Une heure plus tard, la mère appelait car elle savait que sa fille était dans nos murs. Elle nous menaçait de porter plainte pour coups et blessures volontaires si on l'avortait. Le tutorat ne nous met pas à l'abri de cela. C'est pourquoi, dans le rapport que j'ai écrit, je suis allé plus loin que le tutorat en demandant l'abolition pure et simple de l'autorisation parentale pour l'IVG. Maintenir l'autorisation parentale pour l'IVG, c'est accepter *ipso facto* que les parents puissent la refuser. C'est un non-sens de dire que l'on laisse l'autorisation pour que les parents puissent la donner et non pas pour la refuser. Je crois que le courage politique voudrait qu'on aille jusqu'à l'abolition pure et simple de l'autorisation parentale en matière d'IVG.

M. Jean CHÉRIOUX - Nous n'avons pas à recevoir de leçon en matière de courage politique, vous n'avez pas à juger du courage politique. C'est un respect par rapport à nous.

M. Jean DELANEAU, président - M. Nisand nous parle de sa morale, plus que de la nôtre. Je voudrais que cette réunion reste dans son cadre. Nous avons demandé, et ils ont accepté, à un certain nombre de personnes qui ont réfléchi à ces problèmes, de venir nous présenter un exposé et de répondre à nos questions. Je souhaite qu'il n'y ait pas d'interpellations. Nous n'avons pas à imposer nos conditions. Nous pourrions faire des commentaires dans les rapports ou au cours des discussions que nous aurons mais je crois qu'il faut, surtout dans ce domaine-là, rester particulièrement calmes.

Professeur Israël NISAND - Pardonnez-moi, je retire ce que j'ai dit. Comme vous le savez, je ne suis pas un politique, je ne manie pas la langue des débats politiques. D'ailleurs, je faisais allusion non pas à ce qui s'est passé mais aux choses de l'avenir. Je sens, en disant " courage politique ", que les choses sont difficiles dans notre société, en raison d'opinions et de courants différents sur ce sujet. Ce que je dis en tant que praticien proche de ces

femmes, c'est que nous allons à nouveau nous retrouver dans des conditions d'illégalité.

Je vais vous raconter ce qui se passe dans la pratique. Je suis confronté à des jeunes femmes qui nous ramènent des signatures dont nous ne connaissons pas l'origine, et nous n'avons pas la compétence pour la vérifier, et qui, pour maintenir l'anonymat de leur geste et de leur acte, se débrouillent pour trouver, on ne sait comment, les 1.300 francs et quelques centimes en liquide pour payer leur IVG afin que cela ne passe pas par la sécurité sociale de leurs parents. Souvent, les manières qu'elles ont d'obtenir en quelques jours les 1.300 francs en liquide sont bien peu avouables. Nous sommes témoins de cela et bien souvent je réagis face à ces femmes comme si elles étaient mes propres filles : j'aurais envie de leur donner la somme. Nous sommes dans une situation où nous poussons les jeunes femmes vers des actes gravissimes et nous les abandonnons dans une période de détresse. Les parents n'ont pas fait en amont ce qu'il fallait pour qu'elles soient protégées. Ces jeunes filles sont déjà dans une situation d'abandon, voire de sévices sexuels. Nous avons entendu des jeunes filles nous dire : « *Comment voulez-vous que j'aie demandé l'autorisation d'avorter à cet homme que je redoute et qui m'a mise enceinte ?* ». Nous leur demandons immédiatement si elles acceptent de porter plainte et elles refusent car elles ont trop peur. Je crois qu'il y a là une démarche qui consiste à trouver la solution pour aider ces femmes. Je vous le dis en tant que praticien, c'est une urgence. On nous demande d'avoir du courage et de prendre en charge ces filles au nom de l'assistance à personne en danger, tout en nous mettant dans l'illégalité. Certains médecins refusent en disant qu'ils ne peuvent enfreindre la loi, et ils ont aussi raison.

M. Francis GIRAUD - Monsieur le Président, mes chers collègues, je voudrais poser deux questions en raison de l'expérience du professeur Nisand dans le domaine de l'IVG. A-t-il observé, sur les cinq ou dix dernières années, une amélioration chez les jeunes des connaissances sur la contraception, les moyens, l'IVG etc. ou bien l'ignorance reste-t-elle abyssale ? Dans le projet de loi qui sera soumis, on parle de stérilisation. Et là c'est au chirurgien que je m'adresse : quelle est son opinion sur la stérilisation, dans quelles circonstances, aussi bien pour les femmes que pour les hommes ?

M. Lucien NEUWIRTH - Nous vous avons écouté avec beaucoup d'attention. Je pense que votre formulation n'a pas été exactement ce qu'elle aurait pu être parce que vous ressuscitez l'idée d'un pouvoir médical, et vous savez ce que l'on en pense. Je crois que c'est un problème de formulation de votre part. Pensez-vous que comparaître devant un comité important et nombreux, d'après ce que vous avez indiqué, est préférable à un entretien plus confidentiel, plus confiant ? L'Etat, depuis la loi Veil, a été incapable de donner les moyens en amont de développer l'information, la communication sur la contraception qui est le seul moyen de nous préserver de l'IVG.

M. Jean-Louis LORRAIN - Avant le petit incident, je m'étais posé une question concernant le rôle de l'expert. Ne sentez-vous pas qu'il est en train d'évoluer à l'occasion de dossiers comme celui-ci, malgré l'expert ou avec lui, dans la mesure où il devient un peu l'outil des médias. Avez-vous encore la possibilité de garder votre libre-arbitre et d'être véritablement pour nous des référents ?

En ce qui concerne l'avortement, vous avez beaucoup parlé des droits. La loi Veil permettait l'avortement dans certaines conditions, mais là on entre dans une phase de droit à l'avortement. N'est-ce pas une modification importante, une autre orientation, en particulier quand vous sous-tendez qu'il faut supprimer l'entretien qui peut se faire de façon très rapprochée. Supprime-t-on aussi dans le texte la notion positive d'information sur le suivi de la grossesse et sur les possibilités qu'auraient les jeunes femmes de pouvoir encadrer leur grossesse ? Si ceci est supprimé de la loi, on entre une fois de plus dans la notion de droits. Vous parliez de la notion d'approche de la souffrance et disiez qu'on ne peut laisser ces jeunes filles confrontées à une " autorité parentale ". L'enfant peut toujours se retourner vers le juge. Cela est-il suffisant ? Je ne le sais pas.

M. Jean CHÉRIOUX - Monsieur le professeur, parmi les droits que vous avez évoqués, il y a le droit du fœtus. Vous ne vous êtes pas étendu très longtemps là-dessus, mais si j'ai bien compris, il s'agit d'un droit à géométrie variable. Ce texte, en réalité, n'est pas une continuité par rapport à la loi Veil. C'est une rupture car la loi Veil était basée sur le respect de la vie dès le départ. En face de cela, on mettait la détresse des femmes puis on essayait de trouver une solution. Maintenant, vous êtes pour la reconnaissance du droit à l'avortement.

M. Guy FISCHER - Dans vos déclarations précédentes, dans vos écrits, vous avez fait part de vos craintes d'eugénisme liées à l'allongement des délais. Pouvez-vous expliciter votre point de vue ?

Mme Marie-Madeleine DIEULANGARD - J'ai ressenti votre propos, professeur, à peu près de la même manière que M. Neuwirth avec cette espèce de tonalité générale qui pourrait justifier les craintes d'un retour du pouvoir médical. Pourriez-vous préciser ? J'ai beaucoup apprécié dans vos propos le souhait, que vous avez émis, que toutes les femmes puissent interrompre leur grossesse avec une prise en charge en France.

En revanche, je trouve redoutable le dispositif que vous proposez, d'entretien, de prise de décision par un collectif pour toutes les femmes souhaitant une IVG en dehors du délai légal que vous continuez à fixer à dix semaines de grossesse. N'y a-t-il pas là une contradiction avec votre souhait de garder en France ces femmes qui veulent interrompre leurs grossesses et cette espèce de tribunal, qui sera ressenti en tout cas comme un tribunal. Je crois

que les femmes qui auront les moyens continueront à aller à l'étranger, sans interrogatoire, sans décision prise par un collectif, et celles qui n'auront pas les moyens, elles, devront subir cette comparution devant un collectif qui ne sera pas facile à supporter.

M. Bernard SEILLIER - Monsieur le professeur, vous avez évoqué, au sujet du droit des fœtus, trois options. Vous avez appelé la première vitaliste. J'appellerai, faute de mieux, les deux autres négationnistes ou progressivistes, puisque dans la troisième était développée l'idée d'un sujet en acquisition de droits. Voyez-vous d'autres critères pour déterminer les phases de cette progressivité que des critères sur l'état purement physique du fœtus ou des critères sur la technologie de l'intervention pour interruption ?

Professeur Israël NISAND - Je ne crois pas avoir utilisé le mot « comparaître », ni le mot « tribunal ». Encore une fois, je maîtrise mieux la langue scientifique que la langue politique.

Permettez-moi d'éclairer un dispositif que je propose et dont mes collègues pensent qu'il est la solution. Il ne s'agit pas de faire comparaître une femme. Il s'agit simplement de mettre autour d'une table, en l'absence de la femme, son dossier pour que des situations extrêmes et rares, comme celles que j'évoquais, puissent être repérées. Savez-vous que nous voyons en trois secondes la demande d'IVG, qui est une demande spécifique. Les gens qui viendront vous dire que l'IVG et l'IMG ne concernent pas les mêmes femmes ont raison et croyez que nous les reconnaissons tout de suite. Une femme dans la détresse et qui nous dit qu'elle ne s'est pas rendu compte de sa grossesse, qu'on l'a laissée traîner, qu'on lui a donné un rendez-vous à trois ou quatre semaines, nous savons qu'elle est dans une démarche d'IVG. Ceci concerne les trois quarts des femmes qui dépassent le délai.

La décision de la commission pluridisciplinaire ne sera pas que médicale, mais d'ordre médico-psychologique et social. Des médecins participeront à la discussion et sauront que la commission ne voit pas d'inconvénients à ce que l'on fasse cette interruption. Il ne s'agit pas d'un retour du pouvoir médical. Je ne fais pas partie de l'ordre corporatiste des médecins. J'ai une très grande sévérité de jugement personnel vis-à-vis des collègues qui m'en veulent de m'exprimer sur leur manière de gérer leurs services comme des PME, faisant valoir la clause de conscience pour eux-mêmes mais également pour leurs adjoints, et ce depuis vingt-cinq ans. Je ne suis pas de ceux qui mangent au râtelier du pouvoir médical.

En revanche, puisque je demande qu'on puisse faire des IVG, pas dans les deux semaines qui suivent mais plus, l'IMG n'étant pas limitée dans un délai, il s'agit simplement de restituer la « Roberval » dans nos regards entre, d'une part, le poids de la demande qui est variable et, d'autre part, le poids du geste qui nous est demandé. Il y a des femmes qui, entre quatorze et

dix-sept semaines ne voient pas la différence. Il y a des cas où, à dix-sept semaines, il faut pouvoir prendre en charge des femmes. Il y a d'autres cas à quatorze semaines où il faut pouvoir dire non.

D'ailleurs souvent, quand nous leur disons non au-delà du délai, nous avons la surprise de voir la femme rassurée car si elle est arrivée vers ce seuil, c'est parce qu'elle le cherchait. L'effet seuil va être reculé de deux semaines, non pas pour les femmes qui ne peuvent accepter la grossesse et qui se reconnaissent au premier coup d'œil, mais pour les femmes pour lesquelles la grossesse est intimement désirée.

Véritablement, sortez-vous de l'idée que je suis un adepte du pouvoir médical et que je veux dresser des tribunaux. Je veux simplement créer un mécanisme qui nous permette de sortir du « il faut et il suffit que la femme demande ».

En réponse à M. Lorrain, le rôle de l'expert est effectivement en train d'évoluer. A propos de l'expert judiciaire qui signe l'IMG actuellement, je pense que, contrairement au dispositif de loi qui existe actuellement pour l'IVG pour cause maternelle, il faut enlever la signature de l'expert et la remplacer par la signature de cette commission dont je vous parlais. C'est ce que nous avons réalisé dans mon service depuis trois mois : le groupe décide et en fonction de cette décision je signe ou je ne signe pas. Je trouve que l'association de l'expert judiciaire à l'IMG pour cause maternelle était pertinente en 1975 ; cela est devenu impropre aujourd'hui.

Concernant la suppression de l'entretien obligatoire, oui, parce que c'est une insulte faite aux femmes. C'est une insulte que de leur dire : « *vous avez eu un échec de votre contraception par stérilet, pour obtenir l'IVG que vous demandez, il faut que vous alliez rendre compte à quelqu'un* ». Parmi les femmes qui réalisaient les entretiens, des conseillères conjugales de haut niveau savaient ne pas insister dans certaines circonstances et être plus incisives dans d'autres, mais je ne crois pas que l'on puisse obliger quelqu'un à un entretien : je suis pour qu'il soit systématiquement proposé mais non obligatoire. Cela ne supprime pas les informations que les médecins seront obligés de donner aux patientes sur le suivi de leur grossesse et sur les aides. Cela ne dispense pas les médecins d'avoir recours à une assistante sociale ou à un psychologue s'ils l'estiment utile.

Enfin, le pouvoir judiciaire modifie considérablement le pouvoir des médecins et je peux vous dire qu'il y a une vague de fond extrêmement grave liée à l'arrêt Perruche. Je le constate déjà dans le centre pluridisciplinaire auquel je participe, où devant des anomalies mineures de type pied-bot, des collègues se demandent à quoi ils servent si l'enfant est susceptible de porter plainte à dix-huit ans. Cet arrêt Perruche remet en cause très clairement la loi de 1994 sur les centres pluridisciplinaires. Beaucoup de gens se

demandent s'il est encore utile de regarder les dossiers car une association d'experts ferait aussi bien.

Je ne crois pas que cette loi soit en rupture par rapport à la loi Veil car elle est l'expression d'une société qui cherche à protéger ses femmes, à accroître leurs droits et à veiller à leur bonne santé et à leur bonheur. Je crois que nous sommes dans une société qui respecte la vie. Dans l'histoire d'une femme, souvent une grossesse désirée ne peut survenir parce qu'il y a eu des événements moins heureux préalablement. La loi Veil tenait compte du nombre de femmes qui subissaient des actes médicaux qui n'en étaient pas et qui perdaient leur vie, mais également du droit des femmes. Dans cette perspective, nous ne sommes pas dans une rupture par rapport à la loi Veil.

On m'a prêté l'utilisation du mot eugénisme, parce que les impératifs de l'audimat résument une pensée un petit peu compliquée. Je sais bien, pour l'expliquer à mes étudiants et à mes collègues, que l'eugénisme ne s'applique que dans des politiques collectives et souvent coercitives. Là, il s'agit d'avoir des enfants en bonne santé ; nous ne sommes pas *stricto sensu* dans la définition de l'eugénisme. De plus, je considère que l'utilisation du mot « eugénisme » fausse le débat car il tire derrière lui des connotations qui font référence à la médecine nazie et à d'autres choses. Loin d'éclairer le débat, cela le perturbe. Ne maîtrisant pas les journalistes, je ne me suis pas rendu compte qu'en donnant des interviews par téléphone, la complexité des idées que je viens d'exprimer ici pouvait être perturbée et qu'un mot rapide pouvait remplacer une phrase pas très claire. J'ai envoyé des droits de réponse qui m'ont été refusés.

En revanche, je redis que le croisement du délai du DPN et du délai de l'IVG est mortifère. Cela va produire, dans un certain nombre de cas, un empressement de l'environnement médical et familial. Nous avons un exemple : le laparoschisis est une hernie dans laquelle l'intestin s'engage et sort dans le liquide amniotique. Cela se voit extrêmement tôt dans la grossesse. A la naissance, on accouche l'enfant dans un endroit de chirurgie pédiatrique, le chirurgien pédiatre endort l'enfant, rentre l'intestin et referme la hernie, le pronostic est excellent. Mais le laparoschisis est très spectaculaire à l'échographie de onze semaines : il saute aux yeux des mères et dans cette circonstance les femmes nous disent qu'elles ne veulent pas d'un enfant que l'on va opérer à la naissance. Quelle que soit l'annonce, vous vous retrouvez dans des situations comme celle-là. Nous sommes incapables de dire que nous pouvons protéger le laparoschisis contre un avortement alors que la grossesse est désirée et qu'elle ne l'est plus du fait du système médico-social et technologique que nous avons mis en place. Donc, je ne parle pas d'eugénisme mais de l'inquiétude des parents individuels disposant d'une carte supplémentaire, et je dirai que le doute est encore pire que le diagnostic. Lorsque l'on dit à une femme que l'enfant a une nuque épaisse, sachant que

3 % des trisomies 21 ont des nuques épaisses, les femmes ne viennent même plus au rendez-vous d'amniocentèse, le doute est mortifère. On m'a beaucoup reproché de mettre ce débat sur la table et de considérer les femmes comme des écervelées.

Concernant la phase progressiviste dans l'évolution du fœtus, il y en a effectivement une très importante. Jusqu'à dix semaines, l'embryologie n'est pas terminée. Nous sommes capables de faire un diagnostic avant dix semaines : il s'agit de l'anencéphalie. Nous ne faisons pas de DPN industriel avant dix semaines. En revanche, à onze semaines, tout a changé, tous les organes sont en place et ils peuvent être examinés. Ce qui différencie la demande à dix semaines de celle à onze semaines, c'est que, dans le premier cas, la femme peut me dire qu'elle ne veut pas de la grossesse, ce que je peux entendre, alors que, dans le deuxième cas, elle risque de dire qu'elle ne veut pas de cette grossesse, ce qui me pose problème.

Sur la contraception, nous n'avons pas fait ce que nous aurions dû faire durant les vingt dernières années. 40 % des femmes payent leur pilule. Chaque semaine, des femmes arrivent avec une grossesse non désirée car elles n'ont pas pu se payer la pilule du mois suivant. Je considère que cela est scandaleux. Mais nous n'avons pas éduqué les adultes de demain que sont les adolescentes. J'organise depuis dix ans un programme d'information des adolescentes et je me trouve dans une solitude que vous n'imaginez pas. Bien que je sois professeur en médecine, je consacre quatre heures par semaine à montrer aux jeunes médecins comment le faire dans les classes de troisième. Un tel programme, institué par l'Etat et rendu obligatoire aurait porté ses fruits depuis vingt ans. Il n'est pas trop tard pour le faire.

La stérilisation est une forme de contraception, certes, mais qu'il faut réserver à des situations où, médicalement, il est difficile de réaliser la contraception. En tant que directeur d'un département de fécondation *in vitro*, je rencontre une fois par mois une demande de fécondation *in vitro* dont la cause n'est autre qu'une stérilisation volontaire de la femme dans les années précédentes. Les femmes ignorent quand elles se font stériliser que cela est irréversible et que tout peut changer dans leur vie. Je suis très réticent à faire des ligatures des trompes car cela tue. La ligature des déférents me paraît beaucoup moins nuisible. De plus, l'homme peut mettre en banque du sperme, ce que ne peut pas faire la femme.

M. Jean DELANEAU, président - La ligature des trompes est considérée en droit, si je ne m'abuse, comme une mutilation. En ce qui concerne la ligature des déférents, la raison n'est-elle pas un machisme sous-jacent dans notre pays latin ?

Professeur Israël NISAND - Oui, d'ailleurs lorsqu'on leur propose, les hommes ne veulent pas d'une ligature des déférents. Beaucoup de femmes,

dix ans après une ligature des trompes, nous demandent de leur reperméabiliser les trompes alors qu'elles ne veulent pas d'enfant, tant elles se trouvent mal.

M. Jean DELANEAU, président - Nous pouvons vous remercier. C'était un tour d'horizon tout à fait intéressant.

B. MME CHANTAL LEBATARD, ADMINISTRATEUR À L'UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES, ACCOMPAGNÉE DE MME MONIQUE SASSIER, DIRECTRICE DES ÉTUDES POLITIQUES

M. Jean DELANEAU, président - Merci d'être venues, mesdames. Nous souhaitons avoir l'avis des représentants des familles sur ce problème. Puisque le professeur Nisand est resté dans la salle, cela nous intéresserait d'avoir votre réaction sur ce qu'il vient de dire, du moins sur certains domaines.

Mme Chantal LEBATARD - Merci monsieur le président, je voudrais tout d'abord excuser mon président, Hubert Brun, qui est retenu à une réunion au Conseil économique et social puisqu'il est rapporteur d'une saisine sur l'insertion des jeunes. Je suis accompagnée de Mme Sassier, directrice des études politiques à l'UNAF et qui m'assistera dans cette audition. Je vous remercie pour votre accueil et je vous rappelle que je ne m'exprime pas en mon nom propre mais au nom de l'UNAF, dont vous connaissez la composition et qui, elle-même, s'exprime au nom de l'ensemble des familles. L'UNAF regroupe des associations qui représentent toute la palette des sensibilités sur cette question puisque nous avons aussi bien des associations familiales catholiques que laïques et il m'appartiendra d'être respectueuse de la diversité de notre composition.

Dans un domaine comme celui-ci, nous avons à tenir compte de la réalité des familles, que les familles fonctionnent correctement et puissent prendre en charge les grossesses et notamment celles des mineures ou des couples parentaux qui abordent la question de la grossesse, comme des familles qui souffrent de dysfonctionnement, et ce au nom de la solidarité entre les familles. Il faut reconnaître qu'il y a des familles qui souffrent de dysfonctionnements, que ce soit au niveau du couple et donc au niveau du refus de grossesse et de la solitude de la femme confrontée à une grossesse qu'elle ne veut ou qu'elle ne peut plus poursuivre, ou au niveau d'une jeune fille qui se trouverait en situation difficile par rapport à ses parents. Je crois que cela fait aussi partie des réalités familiales que nous devons exprimer.

L'UNAF s'était exprimée sur la loi Veil et cela avait fait l'objet d'un grand débat au sein des associations familiales. Au moment du réexamen de la loi en 1979, l'UNAF avait pris acte de l'évolution et s'était déclarée favorable au maintien, avec amendement, des dispositions législatives qui étaient proposées. Nous avons appelé de tous nos vœux le dispositif d'encadrement, de prise en charge et d'accompagnement, ainsi que tous les moyens, en particulier les commissions départementales qui devaient accompagner cette loi et permettre une meilleure prise en charge des femmes confrontées à ces difficultés. Les moyens ont fait défaut, aussi bien dans la prise en charge des

femmes en détresse que dans les moyens de prévention des grossesses non désirées. Les moyens ont également manqué dans tout le dispositif de formation, d'éducation sexuelle, d'accompagnement des mineures et d'information sur la contraception.

Nous devons considérer que ce qui arrive dans le débat d'aujourd'hui est l'échec d'une volonté globale de notre société de prendre en charge un certain nombre de problèmes. En tant qu'associations familiales, nous sommes interpellées, dans le dispositif qui est proposé, par deux mesures phares qui font l'objet du battage médiatique et de débats entre nous : l'allongement du délai et le problème des mineures. Nous aurons également quelque chose à dire du dispositif de prévention et d'accompagnement qui nous préoccupe tout autant.

En ce qui concerne le délai, l'institution familiale manifeste dans son ensemble une certaine réticence à l'allongement du délai en tant que tel. Nous déplorons d'abord que le dispositif d'accueil des femmes qui souhaitent avorter ne soit pas équitablement et également réparti sur le territoire et qu'on ne puisse offrir aux femmes, dans des délais raisonnables, des réponses qu'elles souhaitent obtenir. Il est inadmissible dans notre pays que des femmes soient renvoyées hors délai simplement parce qu'on n'a pas su les prendre en charge lorsqu'elles souhaitaient faire cette démarche à temps. C'est seulement à partir de là que l'on peut considérer ce qui se passe pour les autres.

Ce qu'a dit le professeur Nisand au sujet de la mauvaise conjugaison du diagnostic prénatal nous interroge aussi énormément. Je représente depuis plusieurs années les associations familiales au sein de la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction, ce qui m'a permis de voir du côté des praticiens, notamment lors des dialogues sur les agréments de structure. Le problème que posait le diagnostic prénatal est venu en écho de ce qui remontait des associations qui composent notre institution. Le doute, aujourd'hui, devient insupportable. Les moyens techniques qui sont offerts nous placent face à un doute au moment où on est en train de porter en soi l'enfant idéal, c'est-à-dire tel qu'il se conçoit d'abord dans la tête et non pas idéal au sens de parfait. La grossesse désirée est d'abord quelque chose que l'on porte dans sa tête et l'on ne peut alors concevoir un doute sur l'enfant qui doit venir. Il y a des choses que l'on ne peut vivre. La difficulté est bien une affaire psychologique, celle d'être confronté à un possible qui n'est pas acceptable. Le dispositif du diagnostic prénatal rend impossible l'acceptation du moindre doute. Je ne ferai pas l'affront de dire qu'il s'agit d'IVG de convenance, mais on peut dire qu'il est difficile de concevoir un projet familial dans cette situation-là.

Nous sommes également sensibles au risque médical qui est évoqué et nous souhaitons qu'une femme puisse avorter, si elle doit le faire, dans les

meilleures conditions possibles et avec le moins de risques possibles. Il est important que tout cela soit garanti. Le professeur Nisand a proposé un dispositif également réparti sur le territoire, facile d'accès (c'est-à-dire probablement au niveau d'une organisation régionale et l'ARH est là pour ça), qui permette au cas par cas la prise en charge de femmes en détresse qui auraient dépassé le délai, un dispositif offrant des réponses individuelles, non déterminées à l'avance par la loi, et avec le tri qui pourrait être fait à ce moment-là pour aider les femmes à prendre leurs décisions. Ce dispositif rencontrerait facilement l'adhésion de l'UNAF. Il nous paraît raisonnable et respectueux de l'intérêt conjugué de la femme et des familles, donc de l'enfant.

En ce qui concerne l'IVG des mineures, nous sommes confrontés à une des situations les plus difficiles avec une ambiguïté soulignée dès le départ et qui est la suivante : si la jeune fille souhaite prolonger sa grossesse, quelle que soit la position des parents, elle aura le plein exercice de l'autorité parentale sur l'enfant qui naîtra et elle sera, à l'égard de son enfant, considérée comme une mère à part entière et non pas comme une mère en tutelle. Il convient donc quelque part de respecter la mère et la femme qu'elle est devenue par cette grossesse et lui permettre de dire ce qu'elle veut faire. Reste bien sûr qu'elle est mineure et que ses parents sont les premiers accompagnateurs. Donc, il ne s'agit pas de récuser l'autorité parentale. Il s'agit de mettre en place un dispositif d'accompagnement spécifique pour des cas de détresse pour lesquels l'autorisation parentale ne peut pas fonctionner. Cela fait encore porter sur le corps médical l'orientation et la prise en compte de cette détresse et c'est peut-être là un problème. Nous sommes très séduits par cette mesure dérogatoire suspensive qui consisterait à permettre dans certains cas la mise en place d'un accompagnement spécifique de la jeune fille.

Ce qui nous paraît important, et en tant que mère je peux le dire, quel que soit le drame que pourrait vivre ma fille, en aucun cas je ne voudrais qu'elle soit confrontée seule à porter cela face aux médecins qui interviendraient. Il est important que ce dispositif d'un adulte référent puisse exister à condition toutefois qu'il s'agisse d'un véritable accompagnement et de qualité, qui puisse avoir une double fonction : écoute et accompagnement dans la démarche, présence et soutien psychologique. Partager avec quelqu'un le secret que l'on porte lorsque l'on n'a pas pu le dire à ses parents est quelque chose qui permet de se reconstruire. Cela peut être, dans la mesure du possible, un vecteur ou un relais pour permettre de renouer le dialogue parents-enfants quand il n'a pas pu se nouer à ce moment-là de crise de manière spontanée.

Il y a des cas où l'annonce permet de renouer des liens et les familles reprennent alors en charge et accompagnent la jeune fille en détresse. Dans les

cas où cela ne peut pas fonctionner, il s'agirait d'une violence supplémentaire au drame de la jeune fille que de lui imposer à ce moment-là un recours aux parents, c'est une responsabilité sociale. Si un tel dispositif était retenu, il conviendrait dès le départ de lui donner les moyens de fonctionner. A quoi servirait de proposer des adultes référents si l'on ne mettait pas en place les moyens financiers et humains qui conviendraient ? Dans le cas contraire, on risque de galvauder le dispositif et de créer plus de détresse qu'on n'apportera de réponse.

En ce qui concerne l'accueil et l'accompagnement des femmes en détresse, nous insistons sur deux points. Le premier porte sur l'entretien médical. Des dispositions nouvelles sont prises dont un allègement du devoir d'information du médecin sur les alternatives à l'avortement. Il convient de rappeler que le premier entretien médical est le moment où la femme se voit confrontée réellement et pour la première fois à sa grossesse face à un tiers, et c'est là que peuvent se nouer la responsabilité et le choix de la décision. Il importe qu'à ce moment-là lui soit rappelé l'ensemble des choix qu'elle peut faire et non pas l'enfermer dans une décision car cela est trop tôt. Il est important de ne pas court-circuiter les décisions. Il convient donc que l'information soit complète et qu'elle indique bien les lieux et ressources disponibles.

La question de l'entretien social obligatoire a été écartée rapidement dans les débats parlementaires au motif qu'il est une insulte faite aux femmes et qu'elles ont déjà tout organisé dans leur tête lorsqu'elles viennent. C'est donc leur imposer un entretien supplémentaire avec un tiers non-médecin. Ceci est vrai pour une partie des femmes, mais il ne faut pas oublier toutes celles qui n'ont pas pu prendre la responsabilité de leur corps au niveau de la contraception, qui n'ont jamais pu parler de leur vie sexuelle et qui se trouvent confrontées à une grossesse sans avoir en face d'elles les mots qui conviennent. L'entretien avec ce tiers non médical, qui est formé à cette écoute particulière, est parfois la première occasion de discuter de sa vie de femme. Il est dommage de le récuser et de ne pas le vouloir sous prétexte que l'on n'a pas trouvé les moyens pour le faire auparavant. Il serait pertinent de mettre les vrais moyens et de donner une vraie chance de parole aux femmes et qu'il y ait là un accueil responsable et respectueux d'une vraie liberté.

Enfin, nous insistons sur deux autres points. Premièrement, la stérilisation comme moyen de contraception suscite les plus grandes réserves de notre institution pour deux raisons. Les rapports réalisés sur les parcours familiaux et les histoires de chacun, comme le rapport d'Irène Théry, ont montré que, dans un monde un peu fragile, nous avons des séquences de vie familiale plus que des histoires linéaires dans la continuité d'un projet familial. Il ne faut pas écarter cette possibilité. Ce qui paraît impossible ou définitif à un moment donné peut ne pas l'être plus tard si le hasard, une rencontre amènent

d'autres projets. La stérilisation pour les femmes est un acte grave et quasi définitif. Il est redoutable de penser que cela pourrait être une décision un peu facilitée. Nous n'avons pas d'opposition absolue à ce que cette possibilité puisse exister. Nous voulons qu'elle soit encadrée et que le cheminement soit le plus accompagné possible pour qu'il n'y ait pas d'engagement irréversible.

Concernant la stérilisation, je dois vous faire part d'inquiétudes qui émanent du dispositif tel qu'il ressort de la première lecture, au sujet des handicapés et des personnes sous tutelle. Le dispositif paraît un peu léger et il conviendrait de donner davantage de garanties, de sécurité pour que seul un vrai motif médical puisse permettre une telle mutilation des personnes, dans le respect de leur dignité. Il ne faut pas redouter à ce point la sexualité des handicapés. Cela fait partie de la prise en compte du respect de la personne et du droit des personnes que de mettre en place des dispositifs respectueux de leur intégrité.

Le deuxième point concerne le dispositif de prévention et l'importance de l'information des jeunes très en amont sur l'éducation à la vie et au respect de son corps, à la sexualité responsable. Les décisions qui sont prises et les propositions qui sont faites ne peuvent que rencontrer l'accord des parents, sous réserve que ceux-ci ne soient pas écartés et que les lieux de concertation et d'élaboration des programmes consultent les parents. Je pense en particulier au conseil supérieur de l'information sexuelle qui n'a jamais disposé de vrais moyens et n'a pas pu remplir ses missions. Il faut aider les parents dans cette démarche d'accompagnement des enfants. Les réseaux de soutien et d'écoute à la parentalité pourraient aussi être encouragés à prendre en charge cette dimension de la responsabilité parentale qui est de savoir parler à ses enfants. Je crois que c'est un point qui est cher au professeur Nisand car nous avons eu des échanges à ce propos. Il faudrait que ce soit d'abord au sein de la famille que ces questions soient abordées en partenariat avec l'école et en complémentarité avec les lieux où les enfants peuvent avoir cette information.

J'ajouterai une mise en garde. Il arrive souvent que dans les propos, il y ait un lapsus à propos des centres agréés. Je rappelle qu'il s'agit des centres de planification et d'éducation familiale et que le raccourci "planning" crée une confusion entre l'association, qui a sa mission et son objectif, et l'ensemble du dispositif dans sa pluralité et son libre choix. Les raccourcis peuvent entraîner une ambiguïté, y compris sur la mission spécifique de l'association du planning familial.

M. Jean DELANEAU, président - Merci. Dans le texte qui nous arrive de l'Assemblée nationale, il est dit que si le consentement n'est pas obtenu, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix. Cela vous suffit-il comme définition du référent ?

Mme Chantal LEBATARD - Non. Je crois que j'ai insisté sur ce que nous voulions de qualité et de possibilité d'accompagnement et sur le rôle du référent. Il importerait de préciser, soit par décret, soit dans le texte même de la loi, quelle peut-être la qualité du référent. Il incombe au médecin, dans son entretien, d'aider la jeune fille à choisir la personne dans les possibilités qui lui sont offertes. Il doit y avoir un choix parmi des gens qui peuvent vraiment remplir une mission auprès d'elle.

M. Jean-Louis LORRAIN - Madame, je ne voudrais pas être trop sévère, mais j'aimerais avoir votre réaction. Vous avez beaucoup insisté sur les notions de suppression du doute, sur la sécurité et la garantie. Vous entrez dans un discours qui me semble sécuritaire et qui découle sur la demande des moyens. S'il est évident que notre société doit faire le maximum d'efforts, il est aussi évident que la souffrance, le deuil et les injustices sont un cycle infernal que vous ne pouvez pas supprimer. Nous devons le canaliser. Ce discours sécuritaire aura aussi pour conséquence le problème de la responsabilité médicale, le problème de l'angoisse qui s'abat sur nos concitoyens pour tout. C'était une remarque, mais peut-être suscite-t-elle chez vous une réaction.

En ce qui concerne l'entretien social, je constate que vous avez adouci la notion d'insulte faite à la femme, ce qui voudrait dire qu'habituellement, lorsque l'on parle d'entretien social ou de travailleurs sociaux, il y a un arrière-fond coercitif alors que l'empathie apparaît souvent. Vous en avez parlé, je crois que cela serait bon de le répéter aussi.

J'aurais aimé avoir votre avis sur l'accompagnement post-IVG qui, je pense, est un point à retenir. Enfin, ne croyez-vous pas qu'il y a un rendez-vous qui a été manqué de la part de votre association ? C'était l'occasion de dénoncer ou peut-être d'amplifier vos demandes en matière de politique familiale de manière générale, en quittant ce débat mécaniste sur l'IVG.

M. Francis GIRAUD - J'ai écouté avec attention les propos que vous avez tenus sur l'entretien prévu dans la loi Veil. Cet entretien doit-il être proposé ou bien obligatoire comme il l'était dans la loi ? Dans cet entretien, il y avait pour les femmes qui n'avaient pas pris leur décision la nécessité de les informer sur la manière possible d'accompagner une grossesse. Dans la loi Veil, l'avortement n'était pas la voie obligatoire. Quel est votre avis sur ce qui se fait en France concernant le dispositif d'accompagnement d'une grossesse d'une femme en détresse et qui souhaite garder son enfant ? Concernant le référent, cette personne sera-t-elle responsable vis-à-vis de la grossesse ou s'agit-il simplement de l'avis passager d'une personne choisie ?

M. Lucien NEUWIRTH - Je vous ai écoutée avec beaucoup d'intérêt. Ne pensez-vous pas nécessaire l'élaboration conjointe parents-enseignants d'une forme d'éducation et d'information pour sensibiliser à la fois les

familles et les enseignants ? Je me pose la question de savoir pourquoi a été mis sous le boisseau le Conseil supérieur de l'information sexuelle qui était un lieu de rencontre exceptionnel et qui a permis une avancée que l'on a stoppée. Je voulais savoir si vous aussi vous jugez souhaitable de ranimer ce Conseil.

M. Guy FISCHER - Je suis conseiller général d'un canton qui se situe dans une zone difficile, les Minguettes à Lyon. J'ai eu l'occasion de traiter de l'action des centres de planification et d'éducation familiale qui sont souvent de compétence départementale. La compétence est-elle bien du conseil général ou devrait-elle être de l'Etat ? J'ai le sentiment parfois que les départements exercent cette compétence à la marge et je voudrais bien, excusez-moi l'expression, la "refiler" à quelqu'un, comme pour la médecine scolaire où ce sont les communes. N'y a-t-il pas là à réfléchir dans le dispositif en amont ?

Mme Annick BOCANDÉ - Je voudrais vous remercier, madame, de la tonalité qui a été la vôtre pour traiter de ce sujet. Entre 1990 et aujourd'hui, le nombre d'IVG en France a considérablement augmenté. On parle d'une augmentation de 6 %, ce qui porte la France dans le peloton de tête des pays européens. Comment expliquez-vous cette situation ? Vous avez parlé de cette commission pluridisciplinaire qui pourrait accompagner les femmes dans leurs décisions au-delà du délai de dix semaines. Vous avez également souligné les insuffisances de la société face à la prise en compte des problèmes de contraception, des manques de moyens pour répondre aux demandes des femmes. Croyez-vous que la mise en place de cette commission va pouvoir régler le problème ? Ces moyens dont vous avez dénoncé l'inexistence, ne craignez-vous pas qu'ils soient à nouveau insuffisants et que cette commission ait un nombre incalculable de demandes à prendre en charge ?

Mme Chantal LEBATARD - En ce qui concerne l'angoisse sécuritaire que vous avez évoquée, je crois avoir souligné dans mes propos que c'était pour nous une inquiétude de voir que cette hantise de la sécurité, ce refus des doutes, risquaient justement, en raison des moyens nouveaux qui sont offerts, d'augmenter le recours à l'avortement et de rendre la grossesse impossible avec la distinction entre le refus de la grossesse et le refus de cette grossesse, distinction faite par le professeur Nisand. Je vois là que l'on est à une articulation essentielle qu'il convient de bien prendre en compte. L'entretien social est pour nous essentiel. Nous avons parmi nos membres des mouvements de conseillers conjugaux et des associations familiales qui ont mis en place des services de conseil conjugal. C'est la remontée de ce terrain qui nous dit combien cet accueil est important et combien les femmes qui viennent jusque-là sont soit claires dans leurs têtes et il s'agira d'une formalité – respectons ce choix –, soit arrivent parce qu'elles n'ont pas pu parler et c'est alors l'occasion de rencontrer quelqu'un dont la mission est de les écouter et non pas de poser un geste médical. C'est cette dissociation entre le temps personnel et le temps médical qu'il faut respecter avec les deux entretiens.

Je n'ai effectivement pas parlé de l'accompagnement post-IVG et des entretiens post-IVG, et c'est un oubli. Il est effectivement important car, comme le rappelait le professeur Nisand, il s'agit, quelle que soit la décision, d'un acte grave dans la vie d'une femme, la maternité ne s'abordant pas n'importe comment. Cela mérite d'être accompagné, pris en charge. L'entretien post-IVG est le moment où, sorti de la crise, on peut mettre en place un cheminement responsable avec sa propre sexualité. C'est là que pourra se nouer quelque chose de la contraception responsable et qui protégera la femme d'une situation de détresse à venir. Il est important qu'il y ait des moyens pour le faire.

L'entretien doit-il être proposé ou obligatoire ? Dans une société où nous avons du mal et où nous constatons l'échec car nous n'avons pas su mettre les moyens pour des entretiens obligatoires, il est souhaitable de conserver ce caractère obligatoire car c'est une chance donnée de bien prendre en compte le respect de la femme dans l'ensemble de ses décisions, plutôt que d'alléger le dispositif. J'ai d'ailleurs peur que des raisons budgétaires vous conduisent à écarter très vite ce dispositif. Dans l'entretien médical, j'ai souligné l'importance de l'ensemble de l'information. Cette information doit être répétée dans l'entretien social, dans un autre langage et avec un autre point de vue. Le conseiller conjugal qui accueille la femme a un rôle essentiel et il faut lui donner les moyens et le temps d'exercer sa mission.

Concernant la prise en charge des grossesses et des femmes seules en particulier, les dispositifs qui fonctionnent doivent être renforcés car ils sont trop courts et l'on ne répond pas en termes de libre choix. Il faut veiller à l'équilibre des moyens.

En ce qui concerne le Conseil supérieur de l'information sexuelle, nous avons déploré son fonctionnement étiolé. Malgré les tentatives qui ont été faites, puisque j'ai participé à un certain nombre de commissions dans l'ancienne disposition, on sait qu'il s'est sabordé et qu'il est en cours de renaissance. C'était un lieu de concertation et d'échanges tout à fait intéressant. Il convient de renforcer l'aspect concertation et élaboration conjointe (enseignants, parents, droits des femmes). C'est une volonté de notre institution d'y siéger fortement pour que la responsabilité parentale ne soit pas escamotée.

Sur la question des compétences du département et de l'Etat, j'ai envie de dire que cela relève des deux. S'il n'y a pas, marquée dans la loi, de volonté forte de l'Etat avec des impulsions, des orientations et des moyens, il n'y aura pas d'équité et de garanties sur le plan du territoire, notamment dans les DOM-TOM. Il faut des moyens d'Etat. Mais c'est aussi une responsabilité de proximité, et là on relève bien des dispositifs départementaux qui sont au plus près des réalités du terrain.

Aucun des dispositifs proposés n'apportera à lui seul une réponse à la détresse de femmes. C'est bien l'ensemble de la chaîne qu'il faut voir : prévention, accompagnement, dialogue, lieux d'écoute, lieux de décisions. C'est tout le dispositif qui a sa cohérence pour assurer la prise en charge des femmes.

Mme Monique SASSIER - Je voudrais apporter un élément sur la question de l'installation des centres. Je pense que la proximité est essentielle et, de ce point de vue, le département, en charge de la politique sociale et familiale, est évidemment tout désigné. Néanmoins, il faudrait prévoir la situation d'une jeune femme qui voudrait garder un anonymat par rapport à une proximité trop grande. Donc, un principe de souplesse doit être gardé. Je pense notamment au monde rural où les choses peuvent être compliquées.

Je voudrais rappeler les trois principes fondamentaux qui ont guidé la réflexion de l'institution. Les questions qui nous sont posées le sont à partir des femmes en détresse et nous pensons que le débat entre la femme et le médecin, la femme et un professionnel, la femme et sa famille reste essentiel. Une des causes de la détresse est fondée sur des éléments de solitude. Le rôle de la société est d'organiser cette rupture de solitude et ce débat. Nous souhaitons que l'autorisation parentale soit suspendue et non pas supprimée parce que nous pensons que le débat peut se renouer après la crise. Le référent doit être de qualité : un médecin, un travailleur social, une personne d'un centre de planification, un conseiller conjugal, un enseignant s'il y a un lien de confiance. Mais ce n'est pas en tout cas le voisin, l'ami. Le référent est important parce qu'il réintroduit éventuellement le père de l'enfant dans le débat toutes les fois que cela est possible.

Le deuxième principe est celui de la qualité au-delà du débat. Enfin, aucune loi, aussi bonne soit-elle, ne dispense de débat sur les moyens. Notre société moderne doit associer débat sur les lois et débat sur les moyens de mise en œuvre. Sinon, nous serons ramenés devant un autre débat législatif.

Les travaux qui sont menés ces derniers temps au Commissariat général au Plan sur les politiques publiques en direction des jeunes ont été l'occasion de discussions avec de nombreux chercheurs, notamment sur les circonstances des jeunes femmes de quatorze-quinze ans enceintes dans des lieux difficiles. On a constaté que cette jeune femme enceinte souhaite renouer avec le débat familial et que sa situation de jeune fille enceinte est une sorte d'appel à la famille, c'est-à-dire de retour à la famille. Quand l'enfant naît, il arrive qu'elle soit réintégrée dans l'école, dans des prestations. Il y a donc là un appel à la responsabilité collective de la famille. Cet élément de prise en compte de ce qui se passe dans notre pays latin, largement inspiré des fondements psychanalytiques aujourd'hui, compte dans les réponses que l'on apporte aux problèmes sociaux, collectivement et individuellement.

C. PROFESSEUR RENÉ FRYDMAN, CHEF DE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, HÔPITAL ANTOINE BÉCLÈRE DE CLAMART

M. Jean DELANEAU, président - Je ne dirai pas quelles sont les raisons qui nous ont incités à vous demander de venir nous dire comment, pour vous, se présentent les problèmes de l'IVG, quelles sont les évolutions que vous avez constatées, en positif ou en négatif, depuis les textes de 1975 et 1979.

Professeur René FRYDMAN - Je vous remercie de m'avoir convié à cette réflexion. La situation de l'IVG en France est caractérisée par une stagnation, voire une augmentation, en tout cas une persistance de cette activité, avec des moyens du service public qui ne répondent pas aux demandes.

Un des points de ma réflexion est qu'il a vraiment manqué, non pas des essais sur la situation en France -le professeur Nisand et d'autres ont essayé de donner un reflet-, mais peut-être une évaluation plus précise des motivations et de la réalité médicale. En effet, je me rends compte autour de moi que nous sommes à un moment où il y a véritablement une crise de l'engagement médical pour la prise en charge par rapport à la période un peu « militante ». Cela va peut-être aussi avec la diminution de la gynécologie médicale. Il ne me semble pas que l'on ait mis suffisamment en avant la nécessité pour le service public de participer à la prise en charge de l'IVG. C'est un problème sur lequel il faudrait quand même revenir.

Quoi qu'il en soit, il y a un hiatus important entre les moyens, la disponibilité du service public et la demande. Dans ce hiatus, je vois une cause importante du retard et du fait que les femmes viennent pour une prise en charge tardive, ce qui a suscité tout le débat sur la prise en charge au-delà des douze semaines d'aménorrhée. Je parlerai en semaines d'aménorrhée, comme parlent tous les gynécologues accoucheurs. Au-delà de douze semaines d'aménorrhée, cette prise en charge est due, pour un grand nombre, soit à l'ambivalence de la grossesse, soit à un manque de rapidité des rendez-vous médicaux que tout le monde a pu constater dans les interviews et enquêtes qui ont été faites.

On peut profiter de ce débat pour régler l'ensemble de cette problématique, et ce pour une longue période. Nous pouvons essayer de donner les moyens d'une véritable prévention, d'une véritable information et d'une véritable disponibilité pour accueillir ces jeunes femmes. Le débat a été un peu entaché d'idéologie entre une revendication sur la liberté des femmes et le rôle d'un accompagnement médical. Je le regrette car il est difficile de

vouloir une médicalisation de l'IVG, source de la diminution de la morbidité et de la mortalité depuis 25 ans, et ne pas tenir compte de deux facteurs qui sont présents : d'un côté les femmes et de l'autre la participation du corps médical. L'un ne va pas se faire sans l'autre. Sur le plan de la réflexion, il me semble difficile de découper une liberté en termes de semaines d'aménorrhées. Après douze semaines d'aménorrhée, il y a là une étape sur laquelle nombre de praticiens qui « pratiquent » -j'ai entendu beaucoup d'interventions de praticiens qui n'en ont jamais fait- sont d'accord : il y a un changement dans la réalisation de l'acte et donc dans l'engagement que cela implique pour le médecin. Cela ne veut pas dire que le bien-fondé ou le « mal-fondé » sont régis par la technique. Mais cela entraîne un changement de technique, au point qu'une grande majorité des médecins généralistes et les quelques médecins spécialistes qui participent à l'activité d'IVG se refusent pour la prise en charge entre douze et quatorze semaines et bien sûr au-delà.

Il est d'ailleurs dommage que l'on n'ait pas fait d'enquête sur ce sujet. C'est le cas en particulier dans mon service, qui n'est pas le plus rétrograde sur cette thématique, où les sept médecins encore vacataires refusent aujourd'hui de prendre en charge après douze semaines parce que cela nécessite que l'on passe au bloc opératoire, sous anesthésie générale. Il s'agit d'une intervention beaucoup plus chirurgicale que précédemment.

Seuls les médecins ayant une formation adaptée vont s'engager dans la réalisation de cet acte et ils le font aujourd'hui dans un autre cadre, bien au-delà de quatorze semaines, lorsque nous sommes confrontés à des difficultés d'ordre fœtal, ceci étant bien encadré par la loi, ou d'ordre maternel, question encadrée de manière différente. Nous sommes donc parfois conduits à prendre des décisions d'accompagnement d'interruption de grossesse à des termes plus tardifs que ces quatorze semaines d'aménorrhée. A ce moment-là, les difficultés propres à la réalisation technique sont mises un peu en arrière par rapport à l'objectif qui a été défini. Cela est somme toute humain, il s'agit d'un geste qui n'est pas facile à partir de douze semaines sur le plan de la représentation du vécu et il nécessite une certaine adhésion. Certains médecins manifestent des adhésions très ouvertes. Il est important qu'ils le fassent savoir pour que l'on puisse rapidement leur adresser les femmes sans les faire attendre.

Je pense que beaucoup de médecins veulent prendre en charge les patientes dans un sens ou dans un autre, quel que soit le terme, mais à condition qu'il y ait une décision d'interruption de grossesse qui s'impose et à condition d'être partie prenante. Cela me semble regrettable de monter les médecins contre les femmes. Beaucoup de médecins ont participé à la prise en charge de l'IVG parce qu'ils avaient une idée en tête : diminuer la mortalité et la morbidité de l'avortement clandestin. Aujourd'hui, il est important d'entendre les médecins qui font les IVG, ceux qui en ont la responsabilité

directe. Il est important de voir que ceux qui ont une réticence à cette prolongation médicale, sans participation médicale, ne sont pas ceux qui sont contre l'IVG mais ceux qui souhaitent simplement qu'il y ait une présence médicale. Je souhaite que l'accompagnement médical ne soit pas vécu comme un tribunal mais comme une présence qui va se poursuivre jusqu'à la réalisation. Sans cette réalisation, il n'y a pas de médicalisation de l'avortement. Je pense qu'il faut une évaluation quantitative des moyens existants.

Il existe par ailleurs peu d'évaluations qualitatives. Dans le service public, il est relativement simple de savoir, parmi les personnes qui ont des vacances pour des actes d'IVG, quelles sont celles qui sont prêtes à prendre en charge la proposition de loi telle qu'elle est formulée aujourd'hui. Nous sommes un certain nombre à penser que l'IMG doit être réformée et que cette IMG débute à douze semaines d'aménorrhée, parce qu'il y a un changement d'attitude. Après la réflexion, voyons les modalités. Elles peuvent être assez simples. Il existe les comités pluridisciplinaires pour les malformations fœtales et lorsqu'il y a des détresses psychologiques maternelles, cela revient pratiquement au même, ce sont les mêmes personnes qui y sont confrontées. Bien sûr, il n'y a pas ou peu d'interventions des pédiatres, mais c'est habituellement le gynécologue qui va gérer cette situation. Donc il n'y aurait pas grand-chose à modifier, si ce n'est les différentes attributions au sein du comité pluridisciplinaire -afin de le restreindre dans ce cas précis à ceux qui s'occupent de la femme- et l'élargissement de ses compétences.

Il y a eu un débat sur la question de savoir si cette attitude d'allongement allait poser des problèmes sur le plan éthique. Là encore, il y a eu une confusion dans les passions qui se sont manifestées. Dans l'esprit de personne, et en particulier d'Israël Nisand et de moi-même, il ne s'agissait de penser que les motifs des 220.000 IVG allaient augmenter et surtout s'appuyer sur les découvertes de l'échographie. Bien entendu, il ne s'agit pas de cela. Il est là aussi intéressant de voir les professionnels. Ces professionnels ont été définis par la loi puisqu'il existe des comités pluridisciplinaires de diagnostic anténatal. Les demandes difficiles et délicates ont lieu dans ce registre-là et non pas ailleurs. C'est là que viennent les patientes ou que les médecins nous adressent les patientes qui sont dans une certaine interrogation par rapport à une découverte anténatale problématique.

Nous sommes préoccupés par le fait que nous allons devoir confronter le doute sur la « normalité » de la grossesse et la tendance de notre société à tout faire pour éviter les situations difficiles, renforcée par l'arrêt Perruche avec la responsabilité mise en cause lorsque l'on peut annoncer à une patiente qu'il y a un doute. Pour satisfaire cette interrogation, il faudra du temps et peut-être qu'avec d'autres examens ultérieurs, nous n'aurons pas forcément la

réponse. Cela est quantitativement peu important et ne représente pas le problème des IVG tardives qui sont pour la plupart liées au manque de moyens et au manque de prise en charge précoce. Ce sont deux registres différents, mais on ne peut pas faire l'économie d'une réflexion éthique.

Je trouve que la réponse du comité d'éthique est très pauvre, ce d'autant qu'il ne répond pas à la question posée. La question n'est pas de savoir si le développement de l'échographie ou d'autres moyens va amener un eugénisme, l'eugénisme étant défini comme une politique collective coercitive, mais plutôt quels sont les éléments que nous avons à intégrer dans notre réflexion sur les moyens de diagnostic, qui sont aujourd'hui disponibles à douze ou quatorze semaines, peut-être demain à six ou sept semaines. Ce n'est pas parce que l'on aura des moyens de diagnostic sur cette grossesse, pour reprendre le mot de Mme Lebatard, à six ou sept semaines qu'il faut accepter forcément celle de douze ou treize. C'est un problème général et je trouve que la réponse du comité d'éthique n'est pas satisfaisante sur cette interrogation et qu'elle laisse entière une réflexion face à des progrès techniques qui vont arriver par la prise de sang maternel qui nous permettra de connaître des informations sur le développement du fœtus et qu'il faudra réguler d'une façon ou d'une autre, pas forcément de façon coercitive. Il faudra dans tous les cas aborder cette question, et je crois qu'on ne fera pas l'économie de cette réflexion éthique.

M. Jean DELANEAU, président - Merci monsieur le professeur. Feriez-vous vôtre cette déclaration de Pierre Simony en 1979, prononcée dans le cadre des rapports d'information, au sujet de la date de l'IVG : *« A cet égard, je crois qu'il faut demander l'avis de ceux qui mettent la main à la pâte, si je peux me permettre cette expression, et non pas à ceux qui descendent dans la rue »*.

Professeur René FRYDMAN - Oui, j'insiste, je pense que l'on va mettre en place, d'une façon ou d'une autre, une prise en charge que l'on veut complète et précoce. Or on ne peut pas le faire sans la participation de ceux qui sont chargés de cela. Aujourd'hui, il y a des interrogations et il nous manque une enquête d'intention, d'organisation sur le plan national. Dans les hôpitaux, des vacations sont libres et il n'y a pas de médecins pour les remplir pour cette activité. Dans certains services, nombreux sont ceux qui font des IVG médicales mais qui ne veulent pas dépasser ce terme. Il faut donc aborder la question, et la réponse je la vois dans les motivations qui doivent exister et qu'on ne peut nier de la participation du corps médical.

M. Jean CHÉRIOUX - Une seule question, monsieur le professeur, à propos de la définition de l'eugénisme. J'avais cru comprendre que la possibilité offerte à un couple de pratiquer des sélections à caractère eugénique était de l'eugénisme. J'ai cru comprendre maintenant que, pour

qu'il y ait véritablement eugénisme, il faut que ce soit une politique délibérée pratiquée au niveau gouvernemental, ce qui immédiatement ramène à certaines choses et qui, en quelque sorte, laisserait dans l'ombre la possibilité de ces sélections eugéniques qui, en définitive, aboutissent au même résultat sur le plan individuel. D'ailleurs, est-ce que le clonage, dans la mesure où il pourrait être demandé par un couple ou une famille, ne serait pas une pratique eugéniste parce qu'il ne s'agirait pas d'un clonage pratiqué au niveau le plus haut, c'est-à-dire au niveau gouvernemental ?

M. Jean-Louis LORRAIN - Je n'aurai qu'une question, monsieur le professeur. Nous avons souvent des vues très restreintes en ce qui concerne l'information voire le développement des méthodes de contraception. On s'est limité à quelques-unes et l'on fait l'impasse sur d'autres qui pourraient être aussi intéressantes en matière d'avortement. Quelle place pourriez-vous donner à l'avortement médicamenteux ?

Mme Gisèle PRINTZ - Monsieur le professeur, il y a un point qui m'inquiète un peu dans ce que vous avez dit. Vous savez déjà qu'il y a sept médecins qui vont refuser l'IVG à douze semaines. Il y a un côté pratique, une femme vient pour une interruption de grossesse et il n'y a pas de médecin, que va-t-elle faire ? Est-ce qu'on la transfère ailleurs ? Le problème n'est pas résolu.

M. Francis GIRAUD - J'aimerais que vous donniez votre avis sur la stérilisation proposée dans le projet de loi, aussi bien féminine que masculine, dans l'arsenal préventif.

Professeur René FRYDMAN - Je pense que le débat entre diagnostic prénatal et eugénisme montre bien une certaine difficulté entre le choix individuel et le choix collectif. On ne peut pas le nier, on ne peut pas non plus ramener l'un à l'autre. Ce n'est pas tout à fait la même chose d'avoir la possibilité d'un diagnostic d'une maladie chromosomique et de décider ou de ne pas décider un avortement. Si la société imposait un avortement sur une anomalie chromosomique, cela serait effectivement un eugénisme collectif. Le fait qu'un couple décide, en fonction d'une information, de ne pas poursuivre la grossesse et qu'il ait l'accompagnement et l'acquiescement médical, est le refus d'un enfant atteint d'une particulière gravité. Cela entre dans la discussion d'accompagnement et dans la volonté du médecin de pratiquer ou pas. Il y a au niveau individuel des choix et l'on peut employer le mot sélection.

Toutefois, ce n'est pas la même chose qu'une politique collective et coercitive. J'appellerai ça du « progénisme » si vous voulez, mais pas de l'eugénisme

M. Jean CHÉRIOUX - On a peur des mots.

Professeur René FRYDMAN - Non, nous n'avons pas peur des mots, les mots ont un sens et il ne faut pas jouer avec les faux sens qui font peur. Il faut distinguer une pratique collective et coercitive d'une pratique individuelle même s'il y a des interrogations de part et d'autre. Le clonage est interdit. Le clonage ne met pas à l'abri de la transmission de ses propres tares. Il n'est pas particulièrement eugénique puisque l'eugénisme c'est l'élimination des tares, ce qui est une utopie.

En ce qui concerne la question de l'avortement médicamenteux, il est important et intéressant à condition qu'il y ait un encadrement au terme précoce, puisqu'il est actif au terme précoce. L'avortement médicamenteux intervient en termes de préparation à l'acte chirurgical dans un deuxième temps au-delà de huit et douze et même dans les termes tardifs. Il évite le geste chirurgical dans les termes précoces. Sinon, il facilite le geste chirurgical qui ne peut être gommé après douze semaines. Il faut que l'on développe cette prise en charge qui constitue une alternative.

En ce qui concerne la question sur les femmes qui arrivent dans les centres à un terme élevé, je pense qu'il y aura une participation médicale si cela entre dans le cadre de l'IMG. S'il n'y en a pas, il y aura un ou deux endroits par région. Autrement dit, des médecins seront volontaires pour accueillir ces femmes. Il est plus simple pour nous, en banlieue parisienne sud, d'envoyer une patiente à Saint-Vincent-de-Paul qui en accepte le principe, plutôt que de l'envoyer en Belgique. Il est regrettable qu'il n'y ait pas une prise en charge plus globale, quel que soit le terme.

En ce qui concerne la stérilisation, je pense qu'il faut bien entendu lever la loi de 1920 sur la pratique de la stérilisation volontaire, à condition qu'elle soit volontaire et qu'elle ait pu s'exprimer tout à fait clairement et là aussi être discutée car il y a parfois des demandes que l'on estime irrecevables. Je me rappelle dans ma pratique que nous avons eu parfois, sur des accès dépressifs ou réactionnels à une situation, des jeunes femmes qui demandaient de façon définitive une stérilisation et que nous avons estimé devoir reporter ou en tous les cas trouver une autre alternative. Je crois que c'était souhaitable. Si l'on avait suivi là le principe de la liberté absolue, nous n'aurions pas fait le bon choix. Il faut un accompagnement pour bien expliquer le caractère difficilement réversible d'une stérilisation et les précautions que cela doit entourer.

M. Jean CHÉRIOUX - Que pensez-vous des cas de stérilisation des handicapés, notamment des handicapés mentaux ? Est-ce de l'eugénisme ? Cela est-il répréhensible ?

Professeur René FRYDMAN - Je pense que le moyen de contraception forcé contre l'avis librement exprimé est une décision extrêmement lourde et encore plus lorsqu'il s'agit d'un acte à visée définitive.

Il doit sortir d'un colloque singulier qui n'existe pas par définition (car souvent il n'y a pas de dialogue possible) et doit être l'effet d'une décision collective médicale qui permette de trouver des alternatives. A l'inverse, nous avons tous connu dans nos services des jeunes femmes atteintes mentalement qui font des grossesses et ont des enfants qu'elles abandonnent successivement et qu'elles sont incapables d'élever. Cela crée d'énormes difficultés. Cela mérite une décision médicale collective.

D. MME DANIELLE GAUDRY, PRÉSIDENTE DE LA CONFÉDÉRATION DU MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL ET DE MME MARTINE LEROY, RESPONSABLE DU DOSSIER AVORTEMENT DE LA CONFÉDÉRATION

M. Jean DELANEAU, président - Nous venons de recevoir un texte de l'Assemblée nationale qui a subi un certain nombre de modifications. Quel est votre point de vue sur ce texte au point où il en est actuellement ? Y a-t-il des choses que vous n'acceptez pas ou que vous souhaitez voir évoluer ?

Mme Danielle GAUDRY - Je suis présidente de la Confédération du mouvement français pour le planning familial et je suis gynécologue obstétricienne. Je suis venue avec Martine Leroy qui est responsable du dossier avortement à la Confédération.

Je vais commencer par resituer le projet de loi tel qu'il a été voté par l'Assemblée nationale, avec l'historique de ce droit et l'histoire de notre association. Le mouvement français pour le planning familial s'appelait au départ « la maternité heureuse ». En 1956, cette association a été créée par des personnalités qui ne supportaient plus la confrontation des couples aux grossesses non désirées alors que cette problématique était prise en charge d'une certaine façon dans d'autres pays d'Europe. La France était en retard au niveau de la législation par rapport à l'Angleterre ou la Suisse. Cette période a été importante vis-à-vis de la contraception. De plus, la problématique de l'avortement était posée. Certains ont cru que la loi de 1967, M. Neuwirth en est le témoin, allait tout régler par rapport aux avortements et que les couples maîtriseraient parfaitement leur fécondité. Cela était utopique car toute maîtrise est extrêmement difficile et chacun peut le savoir autour de cette table.

Dans les années 70, nous avons changé de nom et nous sommes devenus le Mouvement français pour le planning familial. Nous avons adhéré à une association internationale de planification familiale. Nous attendons toujours les décrets d'application de la loi de 1967. Les décrets d'application de loi sont un de nos soucis surtout concernant ce sujet et en particulier pour la loi qui va être discutée et votée courant 2001. Dans les années 70, le mouvement français, avec d'autres associations de femmes, a pesé de tout son poids sur le législateur, plus que maintenant. Les décrets d'application de la loi ont vu le jour en 1972 et la loi de 1975 sur l'avortement a été votée.

Cette loi de 1975, revue actuellement, nous la définissons comme une loi de santé publique. Le droit des femmes à décider de leur grossesse n'était que partiellement toléré et très encadré par cette loi. Nous avons dit dès le début que son application demandait des moyens humains et budgétaires qui

étaient très inégalement répartis géographiquement sur le territoire français. Nous avons dénoncé le fait qu'un certain nombre de réticences idéologiques nuisaient à la place des femmes dans notre société. Notre association a continué le travail commencé en 1956. En d'autres termes, nous avons continué, depuis 1975, à accueillir un certain nombre de femmes en difficulté. Nous avons soixante associations départementales dont trente centres de planification gérés par notre association et de nombreux groupes locaux qui assurent des lieux de parole pour les femmes qui en ressentent la nécessité, quel que soit leur âge. Nous recevons 300.000 personnes dans l'année dont 150.000 jeunes.

Dans ces lieux de parole, nous écoutons les difficultés rencontrées par les femmes et les hommes qui viennent par rapport à leur demande d'avortement. Ces difficultés sont liées à des détresses personnelles importantes (la loi, le terme de la loi), mais aussi liées aux fausses informations que les couples peuvent rencontrer, à des réticences des professionnels, à des délais de rendez-vous du service public qui ne répondent pas du tout aux besoins. Nous savons que nous devons agir sur ces difficultés. Par contre, la détresse personnelle existera toujours. Il faudra bien entendu l'accompagner. Il est de notre responsabilité, en tant qu'association et en tant que citoyens, de faire en sorte que soient levées les difficultés d'organisation de l'application de la loi. Peut-être que cette loi peut comprendre un certain nombre d'améliorations. Nous tirons de cette loi, proposée à votre réflexion et à votre vote, des éléments positifs. Sur d'autres points, nous estimons qu'il y a des choses à améliorer. Je vais passer la parole à Martine Leroy qui va vous exposer cette appréciation de la loi telle qu'elle a été votée par l'Assemblée nationale.

Mme Martine LEROY - Je vais prendre les mesures au fur et à mesure et donner les éléments d'appréciation que nous en avons.

Sur l'élargissement du délai possible pour une interruption de grossesse qui serait fixé à douze semaines, je vous livre un premier constat : nous bénéficions du délai moyen fixé en Europe et pour les femmes françaises le statut de la légalité sera allongé de deux semaines. Nous avons expliqué que ce délai ne couvrirait pas les demandes de 80 % des situations comme il a été dit parfois. Ce seront 40 % des situations qui seront réglées. Par conséquent, 60 % partiront à l'étranger s'il n'y a pas de solution proposée en France.

Nous avons constaté que tous les parlementaires, toutes les associations professionnelles, l'opinion publique et évidemment les femmes estiment que ce fait est insupportable, discriminant, inégalitaire et qu'il faut régler le problème de toutes les situations. Pourquoi 40 % ? Pourquoi pas 100 % ? Nous pensons que le parti de fixer un délai est un faux débat car une

femme qui a décidé d'interrompre une grossesse le fera car à ce moment-là il n'est pas envisageable de mettre un enfant au monde.

Certains pays comme l'Angleterre, la Hollande, la Catalogne (en Espagne) ont porté le délai au seuil de viabilité. S'il n'y a pas d'autre solution en France, les femmes partiront dans ces pays pour interrompre leur grossesse. La différence est que cela se fera à des coûts prohibitifs. Une solution a été envisagée : l'élargissement du cadre de l'IMG aux situations à caractère psychosocial. Cette proposition nous choque pour les raisons suivantes : ce qui est déterminant pour l'IVG, c'est la démarche d'une femme à qui il revient, et à elle seule, de juger des raisons personnelles, affectives ou morales qui la conduisent à estimer qu'elle ne peut poursuivre cette grossesse.

L'IMG est une autre démarche dans la vie d'une femme, qui a souhaité une grossesse et qui ne peut la mener à terme à cause de risques qui menacent sa vie ou celle de l'enfant à naître. Son dossier est examiné, expertisé et même si le cadre de l'IMG est assoupli, comme il est proposé, il impose que la femme ait une autorisation. Nous souhaitons donc que l'on reconnaisse comme légitimes les motifs qui conduisent les femmes à vouloir interrompre leur grossesse au-delà des délais légaux et que les réponses soient apportées en France. Nous avons bien entendu les réticences de certains médecins qui sont pour nous plus dues au fait que l'avortement était tabou, était un facteur d'isolement, n'était pas reconnu, que les recherches n'étaient pas encouragées et promues. Nous pensons qu'un certain type de réponses pourrait faire l'objet d'une action expérimentale avec un suivi et une évaluation avant de prendre une décision définitive vers l'une ou l'autre des options proposées.

La deuxième remarque concerne le statut de la femme mineure non émancipée. Nous avons souhaité la suppression de l'obligation de l'autorisation parentale pour qu'une mineure puisse interrompre une grossesse non désirée, ceci étant basé sur notre pratique.

Nous recevons beaucoup de jeunes filles et nous savons que lorsque les jeunes peuvent parler à leurs parents, c'est évidemment la première démarche qu'elles vont faire. Nous savons aussi l'utilité des lieux de parole et d'écoute, puisque nous les avons mis en place, pour qu'elles puissent s'informer, parler et ensuite être fortes pour faire une démarche auprès de leur famille.

Enfin, nous savons qu'il y a des situations où cette démarche est impossible. La proposition de texte prévoit un protocole où le médecin devrait convaincre la jeune fille d'obtenir le consentement de ses parents, puis de l'orienter vers une personne adulte de son choix si elle persiste dans sa demande de secret.

Pour nous, une jeune fille non émancipée, qui le devient lorsqu'elle se marie et qu'elle a un enfant, doit être la ligne de conduite pour réfléchir sur le statut des femmes mineures. La démarche d'interrompre une grossesse est aussi importante que celle de mettre au monde un enfant et cette décision reste pour nous le droit d'une femme.

L'autre aspect qui nous dérange dans l'article 6 du projet de loi est le fait que cet entretien singulier soit réalisé avec le médecin. Dans la réalité, lorsqu'une jeune fille n'ose pas en parler, elle ne s'adresse pas forcément en premier lieu à un médecin, mais plutôt à une infirmière scolaire, au centre de planification, aux établissements d'information.

Ce dispositif imposé aux mineures est lourd. Il aura aussi des conséquences sur le risque de dépassement de délai. Nous lui préfererions la solution que représente la mise en place d'une majorité sanitaire émancipant la femme lorsqu'elle poursuit ou interrompt sa grossesse suivant sa décision. Ce statut aurait l'avantage de responsabiliser la femme non émancipée et de lui reconnaître un droit légitime.

La dépénalisation de l'IVG est juste et forte symboliquement pour toutes les femmes. Elle remet les choses à leur place. L'IVG est un acte inscrit dans le code de la santé et sur lequel nous pouvons faire de l'information en toute légalité. C'est aussi le signe que le législateur reconnaît aux femmes un droit fondamental à la maîtrise de leur corps et de leur maternité. Cela va permettre la mise en place de véritables possibilités d'information, d'éducation, la mise en place avec ces moyens d'une véritable politique de prévention des grossesses non désirées. Reste une interrogation : pourquoi maintenir dans le code pénal l'article qui pénalise l'avortement pratiqué sur une femme sans son consentement et ne pas l'inscrire aussi dans le code de la santé ? En outre, si la femme non émancipée n'acquiert pas une majorité sanitaire la rendant seule libre et responsable de sa décision, nous nous inquiétons de savoir quelle pourra être l'utilisation de cet article contre la personne majeure qui accompagnerait une mineure dans le cadre du recours en l'absence d'autorisation parentale.

Enfin, j'aborderai le statut de l'entretien social dont le caractère obligatoire est supprimé. Nous avons toujours expliqué que la pratique nous démontrait que les femmes, lorsqu'elles prennent la décision d'interrompre une grossesse, ne le font pas par caprice, de façon irréfléchie ou irraisonnée. Elles le décident, et si elles ont besoin d'écoute, de parole, de conseil, d'information, elles sont tout à fait capables de le demander, pour peu que l'on mette à leur disposition des lieux de proximité, des temps adaptés, des professionnels compétents. L'obligation n'a pas de raison d'être et n'apportera qu'un caractère répressif à cet entretien singulier qui ne peut se réaliser que dans la confiance.

Pour conclure, je dirai que notre mouvement se félicite de la dynamique que le législateur a impulsée dans ce débat, de sa volonté que la loi garantisse le droit fondamental des femmes à la libre disposition de leur corps. Il s'agit d'un dispositif d'ampleur qui doit se mettre en place et nous espérons que les circulaires et les décrets permettront une application rapidement. Nous prendrons toute notre part dans l'information et l'éducation sexuelle qui devrait être l'axe central d'une prévention des grossesses non désirées.

M. Jean DELANEAU, président - J'ai retrouvé l'audition de la délégation du mouvement français pour le planning familial en 1979. J'ai l'impression qu'il y a une radicalisation de votre mouvement par rapport à cette période, qui était celle de la première phase d'application de la loi de 1974. Sur l'intervention de Mme Leroy, je vois le médecin un peu dégagé, mis sur la touche avec quasi-obligation pour ceux qui ne font pas jouer la clause de conscience, une espèce d'instrumentalisation du médecin qui serait une sorte d'automate. On nous a dit tout à l'heure que les interrogations se faisaient de plus en plus fortes chez les médecins. Par ailleurs, il y aura dans cette salle, le 5 janvier, une réunion organisée par l'association « Pro-choix ». Je constate que vous êtes les premiers intervenants de la table ronde, c'est dire si le Sénat est très ouvert à toute expression des pensées. L'invitation était accompagnée d'un texte intitulé *Avortons sans entrave*. Ce texte émane-t-il de vos services ? Soutenez-vous cette position ?

Mme Danielle GAUDRY - Sur la radicalisation de notre mouvement, je remercie Simone Iff d'avoir travaillé comme elle l'a fait pour le droit des femmes. Elle l'a prouvé en participant au secrétariat d'Etat aux droits des femmes à partir de 1981. Lorsque l'on se replace en 1979, il était normal que la santé publique prédomine. On disait qu'il y avait une femme par jour qui mourait d'avortement. Il était donc important que le premier droit des femmes soit le droit de vivre, de ne pas avoir de complications suite à un avortement. Aujourd'hui, nous sommes à l'heure de la parité et le droit des femmes n'est pas seulement le droit de vivre mais d'être reconnue à part entière comme citoyenne réfléchissant, ayant exactement la même clairvoyance dans leurs choix que les personnes du genre masculin. Nous sommes très contentes d'en être là et ne regrettons absolument pas le passé.

Sur la démedicalisation, il est vrai qu'il nous semble important que le choix revienne à l'intéressée, que ce soit un choix pour avorter ou pour des soins particuliers. Le médecin est dans l'obligation d'informer et d'obtenir le consentement éclairé pour toute chose. Les prescriptions ne sont que des conseils et non pas des ordres ni des autorisations. Cela me semble tout à fait important que la place de la personne qui doit faire le choix soit la place centrale. Le médecin conseille, informe, exécute, mais ce n'est pas spécifique à l'avortement. Il pourra dire qu'il n'accepte pas et adresser la femme à un

confrère comme le prévoit la loi. Nous remplaçons l'avortement comme acte médical.

M. Jean DELANEAU, président - Si j'ai bien compris, vous êtes médecin. Avez-vous pratiqué des IVG au-delà de douze semaines d'aménorrhée ?

Mme Danielle GAUDRY - Je pratique des interruptions pour raison médicale, donc au-delà de douze semaines. Pour en revenir à la question de la démedicalisation, il ne s'agit pas d'une instrumentalisation du médecin, mais simplement de remettre le médecin dans son rôle et qu'il n'ait pas à peser sur le choix de la femme.

M. Lucien NEUWIRTH - Je voudrais poser une question presque méthodologique. Les médecins que nous avons entendus en général nous affirment que ce n'est plus la même intervention avant dix semaines et après dix semaines. A partir de ce passage, entrons-nous de fait dans le processus de l'IMG ?

M. Jean DELANEAU, président - Pour le docteur Claude Janneau, qui accompagnait Simone Iff et André Joubert dans le rapport, il y avait aussi un passage à neuf-dix semaines vers un autre type d'acte médical.

M. Jean-Louis LORRAIN - Monsieur le président, l'idéologie a souvent mauvaise presse, que ce soit pour les associations ou pour les politiques. Je crois que le débat n'est pas là. Croyez-vous qu'il y a des femmes qui n'ont pas la même ligne de pensée que vous ? Quelle place laissez-vous à ces femmes ? Vous parlez des droits des femmes. Pensez-vous qu'il existe des devoirs de la femme ? Nous sommes dans un cas de figure particulier puisqu'il y a une femme, plus une deuxième personne, un fœtus. Nous ne pouvons faire abstraction de la société, coercitive ou pas, soutenance ou pas et donc se pose le problème de cette liberté. Quelle place pourrait-on donner au géniteur, à l'homme ?

Mme Danielle GAUDRY - La formulation « avortons sans entrave » relève de l'association « Pro-choix ». Nous n'avons pas participé à l'élaboration de cette lettre. Ce titre est effectivement un peu provocateur. Nous sommes seulement invités à participer à leur colloque et nous y participerons.

La femme a toujours eu beaucoup de devoirs, et l'homme aussi du reste. Je me souviens d'un article intéressant de M. Daffos dans *Le Monde*, qui s'intitulait « Droits et devoirs du fœtus ». Tout droit amène des devoirs, et là-dessus les femmes sont très claires.

Lorsque vous avez parlé du fœtus, vous avez dit « personne ». Actuellement, dans le droit français, et c'est en réflexion, le fœtus n'a pas le statut de personne. Nous posons cette réflexion, pas dans les mêmes termes que vous, mais avec la même acuité, le même intérêt.

Sur le terme d'IVG, à partir du moment où une femme fait une demande, il s'agit d'une demande d'interruption volontaire. Par contre, l'interruption médicale, thérapeutique, se cantonne à des raisons de santé de la mère, du fœtus ou du futur enfant. Pour nous, la question n'est pas " avant ou après dix semaines ". Cela n'a rien à voir avec le terme légal, mais c'est le sens profond de la démarche.

Depuis 1979, les techniques ont évolué. Avant 1975-1979, l'expérience et le matériel en matière d'aspiration étaient un peu différents. Nous ne pensons pas, pour avoir vu les médecins travailler à l'étranger et pour avoir travaillé nous-mêmes, que ce soit fondamentalement différent. Les médecins en France auront certainement besoin d'une formation, d'une réflexion par rapport à des pratiques qui peuvent évoluer en fonction de la loi. Les équipes accompagnantes auront également besoin d'une formation professionnelle.

Mme Martine LEROY - Sur la place du médecin et le souci de travailler ensemble, nous avons des expériences intéressantes à partir de la mise en place des observatoires dans le cadre des plates-formes régionales de la naissance : certaines régions impulsent des dynamiques intéressantes d'échanges, de confrontation, de mise en commun des pratiques avec des propositions de formation, d'échanges. Cela casse l'idéologie appliquée sans discernement. Ceci était une des propositions du rapport Nisand, reprise par Martine Aubry.

Sur la place du géniteur, je renverrai la question en demandant si cela est bien le débat dans la mesure où, dans les faits, si le géniteur vient avec la femme qui fait la demande, nous l'accueillons à bras ouverts et discutons avec lui. La réalité est que le géniteur n'est pas là : il ne faut donc pas renverser le débat.

Concernant l'éthique, il est important de reconnaître l'éthique individuelle d'une femme lorsqu'elle considère que son corps est porteur d'un enfant ou ne l'est pas. Il faut également prendre en compte la dimension de ce que représente pour la femme cet état de grossesse dont elle veut ou elle ne veut pas car cela aura des conséquences sur la façon dont l'enfant sera reçu ou pas, placé ou pas.

Mme Danielle GAUDRY - Je l'ai dit dans le colloque à l'Assemblée nationale : une des causes pour lesquelles les femmes viennent nous voir, envoyées par le service public au-delà de dix semaines, est le départ du

géniteur, le projet familial et parental disparaissant alors. Nous connaissons des cas de pressions sur les femmes de la part de conjoints qui ne veulent pas des grossesses.

M. Bernard SEILLIER - Je souhaiterais vous voir préciser votre position en réponse à Lucien Neuwirth sur l'IVG-IMG. J'ai entendu le professeur Nisand dire qu'à partir de dix semaines, c'était pour les médecins un geste difficile techniquement et psychologiquement. Il supposait de faire jouer à ce moment-là une nouvelle clause de conscience qui n'était pas l'objection de conscience systématique, si les motivations de la femme sont disproportionnées par rapport à la gravité d'implication du médecin dans l'opération.

Mme Danielle GAUDRY - J'ai entendu deux choses dans votre question : une difficulté technique et une difficulté éthique. J'ai parlé de la difficulté technique. Je ne pense pas que nous soyons moins compétents techniquement qu'un médecin hollandais ou anglais.

Sur le plan du jugement de la motivation de la femme, il s'agit d'une position philosophique du médecin. Comment peut-il juger du bien-fondé de la demande de quelqu'un dont il ne connaît pas complètement la vie ? En tant que médecin, je ne vois pas comment on peut se mettre à la place de quelqu'un d'autre. La motivation de la femme est ce qu'elle en dit. Elle n'annoncera peut-être pas à la première consultation toutes les difficultés qu'elle rencontre parce que cela relève de sa vie intime, de sa conviction profonde. Elle dira plutôt, parce que cela est plus facile, que la grossesse ne l'arrange pas à ce moment-là. Concernant la stérilisation, on peut prendre le temps de voir quelle est la motivation de la femme ou du couple, voir si le couple a fait le deuil complet de l'idée d'avoir des enfants. Pour ce qui est de l'IVG, il y a une question de délai qui empêche de juger à ce moment-là de la motivation.

M. Jean DELANEAU, président - Sur le plan technique, il y a une appréciation constante des praticiens : au-delà de dix semaines, on tombe dans un acte qui entre dans un environnement chirurgical, ce qui pose un problème.

M. Bernard SEILLIER - Le professeur Nisand a exprimé sa réflexion de manière très cohérente. Il demande qu'il n'y ait plus de délai. Il dit que « *tout est audible, mais tout n'est pas acceptable à partir de dix semaines* ». Le médecin doit pouvoir intervenir dans le débat car cela concerne un acte lourd. Il ne veut pas juger mais demande de pouvoir faire jouer, à partir de ces dix semaines, une clause de conscience.

M. Francis GIRAUD - Nous sommes plusieurs médecins autour de cette table. Nous avons bien entendu ce que vous avez dit sur le jugement que l'on peut porter ou pas sur la décision de quelqu'un. Par contre, l'inverse doit être vrai. Je ne crois pas que les médecins puissent être des prestataires de

service qui obéissent sans pouvoir faire part de leur décision. Vous dites que le médecin doit, s'il ne souhaite pas réaliser cet acte, orienter la femme vers un autre confrère, ce qui est vrai. Mais sur un plan déontologique général, nous quittons le domaine de l'avortement, le médecin a l'obligation morale de proportionner l'acte qu'il va entreprendre au jugement qu'il fait de la nécessité de l'acte. Nous ne pouvons modifier le serment que nous avons prêté, sur le plan juridique et éthique. Il s'agit d'un problème fondamental entre des demandes et l'intervenant médical.

M. Jean DELANEAU, président - Vous avez fait allusion aux pratiques à l'étranger. Je crois que l'on ne peut pas faire dans ce domaine une loi par imitation. Le motif le plus sérieux serait d'éviter à des femmes de partir à l'étranger, et vous l'avez d'ailleurs dit. Il existe un principe de subsidiarité qui doit s'appliquer à ce qu'il y a de plus intime au niveau des citoyens, c'est-à-dire l'individu. Il doit pouvoir exister d'autres conceptions en qui concerne notre pays. Par ailleurs, dans les centres d'interruption de grossesse, les praticiens sont-ils plutôt des hommes ou des femmes ?

Mme Danielle GAUDRY - J'ai tout à fait en tête que le premier principe du médecin est de ne pas nuire, dans l'immédiat et pour l'avenir. La proportionnalité s'applique aussi à l'avenir et il faut y réfléchir. Sur la question de l'imitation, je ne disais pas qu'il y a une norme qui correspond à une loi faite par d'autres. Je parlais au plan des techniques, des compétences. Je pense que de la même façon que nous allons prendre une technique de greffe dans les pratiques internationales, nous pouvons faire la même chose en ce qui concerne la pratique de l'IVG. Sur la parité dans les centres d'IVG, au départ il y avait plus d'hommes que de femmes. La féminisation de la profession commence à faire évoluer les choses. Nous manquons de médecins dans notre spécialité. Il y a par ailleurs une dévalorisation d'un certain nombre d'actes.

M. Jean DELANEAU, président - Souhaitez-vous une parité au niveau des exécutants ?

Mme Danielle GAUDRY - Pourquoi pas ?

E. PROFESSEUR BERNARD GLORION, PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

M. Jean DELANEAU, président - Je voudrais saluer le Professeur Glorion, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, que nous connaissons bien, aussi bien au titre de la commission qu'à titre personnel. Nous nous trouvons dans le cadre d'une audition publique, puisqu'elle est enregistrée et sera diffusée sur la chaîne publique Sénat. L'objectif est, comme je l'avais déjà fait en 1979 avec votre prédécesseur, que vous puissiez nous donner la position du Conseil national de l'Ordre sur le texte tel qu'il ressort de l'Assemblée nationale puisqu'il y a eu un certain nombre de modifications. Nos collègues sénateurs auront certainement des questions complémentaires à vous poser.

Professeur Bernard GLORION - Merci beaucoup mon cher Jean. En effet, à trente-cinq ou quarante ans de distance, nous nous retrouvons côte à côte, mais pour évoquer un problème auquel nous n'avions pas pensé à l'époque. L'attitude du Conseil national de l'Ordre devant la question de la prolongation du délai de l'IVG a été menée conjointement avec l'Académie de médecine. Je pense que mon collègue et ami Claude Sureau fera la même analyse puisque nous avons publié ensemble un communiqué. Nous n'avons cependant pas les mêmes missions et nous pouvons apporter à la discussion des éléments plus spécifiques à l'une et l'autre de nos institutions.

Je développerai trois points : l'application de la loi dans les nouvelles dispositions ; les conditions d'application de la loi, qui sont des conditions techniques sur lesquelles je ne m'étendrai pas parce que ce n'est pas la vocation du Conseil national de l'Ordre que de donner des conseils techniques. Cependant, il peut formuler un avis sur les conditions dans lesquelles peuvent être réalisés les actes médicaux. Je terminerai par des considérations sortant un peu du cadre de la loi, portant sur la maîtrise de la reproduction et en particulier la contraception qui est quand même une disposition sur laquelle nous n'avons peut-être pas assez discuté.

En ce qui concerne la prolongation précise du délai de l'IVG à douze semaines, je formulerai plusieurs observations. Après avoir analysé ce qui a été dit sur le sujet et sur le nombre de femmes qui se trouvent dans des situations difficiles, que l'on a évalué aux alentours de 5.000, et qui, ayant dépassé le délai français, se déplacent à l'étranger, il y a aucune raison que la loi qui a été appliquée jusque-là ne subisse pas quelques aménagements afin de permettre aux femmes qui ne pouvaient bénéficier des dispositions dans le cadre de l'IVG d'en bénéficier. Nous ne formulons aucune objection sur le principe de la prolongation à douze semaines.

En découlent des conséquences pratiques dont nous avons été informés par nos collègues obstétriciens et par le rapport de l'ANAES, saisie par le Gouvernement à ce sujet.

Dès lors qu'il est apparu à des conseillers ordinaires, qui ne sont pas spécialistes en obstétrique mais qui avaient envie de s'informer, que les conditions matérielles de réalisation de l'acte devenaient différentes, il fallait absolument veiller à ce que, dans le texte, il y ait des dispositions qui préservent la femme et préviennent les risques que cela peut comporter, c'est un élément essentiel. Ces aspects techniques font appel à des notions connues et je vais m'en expliquer.

La première notion est celle de l'information et du consentement, qui est la base de l'acte en général et de celui-ci en particulier. Il faut que les femmes sachent que cette IVG, dans les délais qui sont proposés, entraîne des complications et que, comme nous l'avons écrit, plus on s'éloigne des premières semaines de grossesse plus le risque de complication devient grand. C'est un point de vue général et c'est celui des femmes.

Il y a aussi le point de vue médical : qui peut faire ces IVG, dans quelles circonstances, s'agit-il des mêmes circonstances que celles que l'on trouvait précédemment dans les centres d'orthogénie ? La raison que nous donnons, après avoir consulté les spécialistes qui nous ont éclairés, et pour mettre à l'abri les femmes de toute complication, c'est qu'il faut considérer que cette prolongation de délai entraînera des conséquences dans l'organisation. Premièrement, il faut que ce soit médicalisé jusqu'au bout, c'est-à-dire que ce soit véritablement des médecins qui le fassent dans les conditions matérielles nécessaires. Je fais référence ici à une question qui nous a été posée et qui est l'anesthésie générale et ses conséquences, notamment pour les mineures. Il est fait référence à une disposition qui précise que les mineures n'auront pas besoin d'une autorisation parentale pour l'IVG à condition qu'une personne majeure les accompagne. Il ne faut pas oublier que les anesthésistes raisonnent d'une autre façon, ils ne peuvent donner une anesthésie générale à un mineur sans autorisation parentale. Va-t-on globaliser l'ensemble de l'acte : anesthésie et acte lui-même d'IVG avec l'évacuation de l'utérus ?

Va-t-on le globaliser au point que la mineure n'aura plus besoin d'une autorisation pour l'anesthésie générale ? La question est posée mais la réponse n'est pas donnée.

Nous avons clairement posé cette question de façon à ce que l'on sache. Les anesthésistes sont extrêmement susceptibles là-dessus. Je ne sais pas si vous avez auditionné des anesthésistes et s'ils sont concernés, mais j'ai pour ma part reçu une lettre du président de la société d'anesthésie qui m'a clairement posé la question de savoir qui sera responsable. Or, vous n'ignorez

pas les responsabilités majeures des anesthésistes. Ils ne prendront pas la décision de donner des anesthésies sans qu'il y ait un dispositif législatif qui les protège. J'insiste sur les aspects pratiques, sur la médicalisation de l'acte, sur l'information de la patiente avec son consentement. Cela fait partie intégrale du processus administratif qui entoure l'IVG.

Il est important de souligner qu'il ne faudrait pas qu'il y ait une banalisation d'un acte qui n'est pas banal. Il s'agit d'un acte médical et qui l'est de plus en plus au fur et à mesure que l'on avance dans la chronologie de la grossesse. Cet élément important implique des centres agréés, qui le sont déjà pour l'IVG, en sachant que pour réaliser cet acte il faudra peut-être faire plus. Nous savons que beaucoup de médecins généralistes réalisent cet acte. Or, le risque est que l'on dépasse encore plus le délai qui est proposé et que l'on arrive dans une tranche qui s'apparente plus à l'IMG qu'à l'IVG et dont on sait que l'acte lui-même est assez délicat et qu'il nécessite la présence d'un obstétricien, ou du moins de quelqu'un qui a une formation spécifique. J'insiste beaucoup sur les précautions car on a tendance à banaliser en disant que ce n'est rien d'augmenter de deux semaines le délai d'IVG. Je crois qu'il faut considérer que cette augmentation de deux semaines entraîne pour nous, médecins, des modifications substantielles auxquelles il faudra veiller.

La deuxième remarque concerne la contraception et je salue M. Lucien Neuwirth ici présent. A l'occasion de cette question qui est posée, il nous a semblé, avec le professeur Sureau, président de l'Académie de médecine, qu'il fallait rappeler que l'IVG n'est pas un moyen de contraception et que ça n'est qu'un pis-aller. Il ne faudrait pas que la prolongation de délai encourage les femmes à avoir recours à l'IVG. Bien au contraire, il faut saisir cette occasion pour dire et redire que, en particulier pour les jeunes et les mineures dont l'activité sexuelle démarre, la contraception existe, qu'elle a fait ses preuves, qu'elle n'entraîne pas de complications majeures à condition qu'il y ait un suivi médical. Il faudrait, et nous l'avons écrit dans le document que nous avons co-signé, une information mieux développée, mieux comprise, mieux acceptée, qui permettrait de diminuer le nombre des IVG.

Plutôt que d'augmenter le nombre des IVG en augmentant le délai et en disant « après tout, vous avez le temps », il faut avoir une réaction sur le plan médical et représentant le corps médical. Il faut une pédagogie forte en faveur d'une contraception orale qui, encore une fois, a fait ses preuves. Voilà ce qui me paraissait important de dégager de cette interrogation sur la prolongation du délai d'interruption de grossesse. La spécificité de l'acte va changer. Il est nécessaire que les médecins soient directement concernés et soient respectés dans leur activité. Cela ne doit pas encourager à avoir recours à l'intervention. Bien évidemment, il s'agit de femmes dans des situations de détresse, des situations qui ont été définies par la loi et qu'il faut aider.

Cependant, on peut en profiter pour redonner un élan à la contraception orale, ce serait une excellente chose.

M. Jean DELANEAU, président - Merci monsieur le président. Je crois que l'on ne peut que souscrire à la fin de votre intervention concernant la nécessité de développer l'information sur la contraception pour éviter les IVG. C'est ce que l'on pensait aussi en 1979. Nous avons assorti la mesure de pérennisation de la loi de 1975 de tout un environnement qui devait avoir cet objectif. Malheureusement, et ce n'est pas la faute des médecins, nous avons vu le nombre des interruptions de grossesse augmenter.

M. Claude HURIET - Merci messieurs les présidents. Au fond, le point de départ de ce projet de loi concerne les IVG qui ne peuvent pas être réalisées dans les délais. Avez-vous quelque idée quant à l'importance respective des facteurs qui peuvent expliquer ce retard de la demande ? La deuxième question est la suivante : comment expliquer que la France soit le pays dans lequel il y a le plus d'IVG ? Par ailleurs, pensez-vous que parmi les facteurs de retard, l'insuffisance des structures, des centres d'orthogénie, soit un élément important ? Si oui, considérez-vous que les dispositions législatives nouvelles constituent une réponse à cette pénurie, si pénurie il y a ?

Professeur Bernard GLORION - Claude Huriet me demande si j'ai une opinion ou du moins des informations concernant les raisons qui ont fait que l'on a proposé cette prolongation. Je crois que la raison avouée est qu'il y a eu probablement défaut d'information, peut-être défaut d'accompagnement dans le début de la grossesse et qu'ainsi on laisse passer le délai. Je n'ai pas d'explication, je vous le dis franchement.

Sur la pénurie de structures, là aussi, j'aurai tendance malheureusement à dire que je ne suis pas habilité à répondre parce qu'il s'agit d'une enquête réalisée par les organismes qui hébergent ces centres d'orthogénie. D'après ce que j'ai pu retirer de mes contacts, il n'y aurait pas véritablement une insuffisance, c'est-à-dire qu'il n'y aurait pas un encombrement de ces centres qui aurait pour conséquence que les femmes ne puissent manifester leur volonté, compte tenu des insuffisances techniques et numériques des centres. Cependant, je n'ai pas d'arguments chiffrés qui me permettent de l'affirmer.

Je pense que cette prolongation avait pour objectif de pouvoir répondre très précisément à des situations dépassées qui concernaient directement la femme. Cela relève de la défense individuelle de chaque femme, qui revendique de pouvoir bénéficier de cette disposition. Il serait regrettable qu'il y ait un blocage car ce serait revenir à l'état antérieur. Cela ne servirait à rien de prolonger le délai si les médecins ne le veulent pas. Cela ne veut pas dire pour autant que les médecins doivent favoriser le recours à l'IVG, ils doivent au contraire faire en sorte que l'on développe la

contraception. Cependant, à partir du moment où la grossesse est engagée, on ne peut pas refuser de répondre, sauf à faire jouer la clause de conscience.

M. Jean DELANEAU, président - Sauf la clause de conscience mais aussi sans une clause de conscience qui ait deux degrés pour certains et qui tient en particulier à leur rapport personnel avec l'acte. Certains médecins qui réalisent des IVG disent : « quand je fais par nécessité une IVG au-delà de dix-sept semaines, je mets un an pour m'en remettre » car ce n'est pas le même acte. Peut-on demander à des médecins d'accepter cette obligation même si par ailleurs ils n'ont pas fait jouer la clause de conscience sur l'IVG telle qu'elle existait jusqu'à maintenant ? N'y a-t-il pas, tout de même, un degré dans la clause de conscience ?

Professeur Bernard GLORION - Tout dépend de la valeur que l'on donne au témoignage des femmes qui se sont trouvées dans une situation de détresse et qui n'ont pas pu avoir de recours. On ne peut que souhaiter que l'on tienne compte de ce témoignage et que l'on revienne à une bonne pédagogie. Sinon les médecins peuvent considérer que, dépassée la deuxième semaine, il s'agit d'un autre acte, presque chirurgical. Quid de ce qui se passe dans les pays voisins ? Comment ont-ils réagi ? Y a-t-il eu un recul des médecins ?

M. Jean DELANEAU, président - Je crois qu'ils ne l'ont pas abordé de la même façon au départ.

M. Jean CHÉRIOUX - Monsieur le professeur, vous avez abordé le problème des deux semaines de façon restrictive, en ce sens que vous n'avez pas posé le problème d'aller au-delà. Or, à l'évidence, puisqu'il s'agit de 5.000 femmes qui sont actuellement hors délai, nous ne réglerons pas le problème en passant à deux semaines de plus. Par conséquent, on pourrait dès maintenant poser le problème d'aller plus loin car on risque de devoir revoir le texte dans quelques années. Dans l'hypothèse où nous sommes, n'y a-t-il pas des risques de dérives eugéniques ? Je sais qu'on ne veut pas parler d'eugénisme individuel mais seulement collectif et organisé. N'y a-t-il pas des risques de sélections eugéniques pratiquées par des couples qui demandent l'IVG, parce que l'on veut un garçon au lieu d'avoir une fille ou vice versa.

M. Francis GIRAUD - Monsieur le président, il y a de nombreuses années, lorsque les médecins étaient confrontés à la justice, c'était vraisemblablement parce qu'ils avaient commis une faute importante. Les temps ont changé, nous sommes dans un contexte différent. On a pu entendre que les médecins avaient besoin d'un soutien face aux différentes questions à résoudre. Les médecins peuvent en effet, dans le cadre de notre sujet, être confrontés par la suite à l'opposition des familles, à celle d'associations ou des patientes elles-mêmes. Dans quelle mesure le Conseil national de l'Ordre peut-il apporter un soutien à ces médecins ? Cela est-il difficile lorsque les

médecins militent pour une certaine cause et ont une éthique différente par rapport à ce que l'on pourrait attendre d'eux ? Ressentez-vous la complexité de gérer tout ce monde ?

M. Lucien NEUWIRTH - Tout d'abord, monsieur le président, je vous remercie de ce que vous avez dit sur la contraception. Je continue à penser que si nous sommes presque les champions d'Europe de la demande d'IVG, cela est dû fondamentalement à l'ignorance des adolescentes et des femmes en général sur les mécanismes de transmission de la vie, cela est également dû aux violences de tous ordres qui augmentent, avec leurs conséquences. Il faut vraiment faire un effort conséquent, et j'aurai l'occasion de faire des propositions en direction de la contraception. Que pensez-vous de la suppression de l'obligation d'une prescription médicale pour tous les contraceptifs hormonaux ?

M. Jean DELANEAU, président - Une jeune fille qui démarre sa contraception, peut-elle démarrer n'importe quelle contraception hormonale, sans risques pour la suite, sans avoir eu le moindre examen médical avant ?

Professeur Bernard GLORION - Sur le risque de dérive au-delà de la prolongation de deux semaines : il est absolument certain qu'il y a un risque de voir émerger des demandes en ce sens et d'entendre dire qu'il faudra augmenter.

Concernant les conséquences sur la décision d'interruption de grossesse pouvant aller jusqu'à un certain eugénisme, c'est un eugénisme social, il n'y a pas de bon eugénisme. Il y a actuellement presque un conflit compte tenu du développement rapide des techniques d'échographie, de visualisation des anomalies. On sait très bien que cela ne concerne pas uniquement les délais qui sont de dix-douze semaines, cela va bientôt remonter beaucoup plus loin. La mise à disposition de ces techniques va permettre à la mère de connaître l'état exact de sa grossesse et de l'enfant et de prendre une décision.

Je crois pouvoir dire qu'il y a des conditions pour pouvoir accéder à une IVG. Il y aura de plus en plus un conflit entre les demandes et ce que le médecin pourra accepter. Il faut être vigilant, vous avez raison de le souligner. C'est pour cette raison que j'ai parlé des nouveaux développements techniques de l'échographie. Il n'est pas nécessaire d'attendre dix à douze semaines pour connaître l'état du fœtus et pouvoir prendre des dispositions concernant l'IVG. Ce n'est pas seulement lié à la prolongation du délai, mais aussi au progrès technique.

A M. Giraud, je répondrai à propos de la stérilisation, que nous avons contribué, avec l'Académie de médecine, à la modification du terme figurant

dans la loi, considérant le motif thérapeutique sérieux en le transformant en motif médical sérieux car il est évident aussi qu'il y a une proportion de femmes qui ne peuvent avoir recours à la contraception. Si on ne leur proposait pas cette alternative, elles seraient contraintes et forcées en cas de grossesse d'avoir recours à une interruption volontaire sans préjuger d'ailleurs des complications que cela peut entraîner. Nous avons considéré que la stérilisation pour motif médical permettait une contraception avec, quand même, un élément important qui est l'irréversibilité relative. On ne peut pas considérer, qu'après une ligature des trompes, on peut revenir à un état de fertilité sauf dans certains cas. Notre position était de permettre une contraception mécanique par rapport à une contraception chimique, pour permettre à une femme de ne pas avoir recours à des IVG dans les cas de grossesses non désirées.

J'en viens à la question du soutien des médecins. Soutenir les médecins, pourquoi ? L'ordre des médecins n'est pas tellement fait pour soutenir les médecins. Il est fait pour assurer la qualité de la médecine et répondre aux exigences de la population. Néanmoins, on ne peut pas abandonner les médecins. J'aurais tendance à dire qu'il y a une déontologie et qu'ils connaissent cette déontologie qui contient beaucoup d'éléments. S'ils ont à répondre à des questions ou à des agressions injustes, il est du rôle de l'Ordre, pour préserver l'honneur de la profession, de prendre fait et acte pour ces médecins.

En réponse à M. Neuwirth, je dirai qu'en effet ce dont on parle n'est pas anodin. A partir du moment où l'on prescrit, que ce soit des molécules c'est-à-dire des pilules, ou que l'on prenne une décision, il est certain que la prescription médicale paraît logique. Maintenant, faut-il rendre le processus contraignant sur le plan administratif, nécessitant une répétition de prescriptions ? Dans tous les cas, pour la première prescription, il est important qu'il y ait un examen médical et que l'on sache s'il n'y a pas de contre-indication. Pour le suivi, on peut espacer les prescriptions, mais il faut ce suivi, sauf peut-être dans le cas de la pilule du lendemain où il y a un élément d'urgence qui fait que le suivi médical ne sera installé que secondairement.

En conclusion, je ne veux qu'exprimer un souhait, c'est que cette décision n'entraîne pas de conséquences pour les femmes concernées et que cela n'entraîne pas non plus au sein du corps médical des divisions qui sont tout à fait préjudiciables. Je crois que nous sommes au service des patients. Notre rôle est de bien préciser tous les dangers, tous les aléas, toutes les contraintes individuelles et collectives que cela peut représenter.

F. PROFESSEUR MICHEL TOURNAIRE, CHEF DE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE À L'HÔPITAL SAINT-VINCENT DE PAUL, PRÉSIDENT DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES) SUR L'IVG

M. Jean DELANEAU, président - Nous souhaitons que vous puissiez nous donner votre avis sur le projet de loi tel qu'il ressort de l'Assemblée nationale afin de savoir si vous trouvez que l'on est allé trop loin dans la rédaction ou pas assez, si cela correspond à ce qui paraît souhaitable pour assurer nos concitoyens et concitoyennes de la meilleure santé possible.

Professeur Michel TOURNAIRE - Je vais faire le point des travaux de l'ANAES qui a été saisie pour donner une évaluation de type médical sur les modifications éventuelles de la loi d'IVG. Parmi les nombreuses questions, je retiendrai deux questions principales qui peuvent poser des difficultés d'application éventuelles, nous avons essayé de faire le point sur ce sujet.

Je vous rappelle simplement la méthode de travail de l'ANAES. Le groupe de travail qui était multidisciplinaire comportait une vingtaine de participants. J'ai coordonné ce groupe. Il y a eu une analyse de littérature en profondeur faite par le docteur Carbonne, élaboration d'un texte de synthèse de la littérature puis élaboration de recommandations. Ce texte et ces recommandations ont fait une navette aussi vers des lecteurs qui sont plus d'une centaine et qui ont donné un avis détaillé sur les différents points de nos recommandations. Le stade actuel peut être décrit comme pré-définitif, en ce sens qu'il y a eu le retour des critiques de lecteurs qui ont été intégrées la semaine dernière dans les recommandations et il reste l'apport du comité scientifique de l'ANAES qui peut modifier ce texte. Le professeur Durocher, qui coordonnait le groupe, pense qu'il ne devrait pas y avoir de grandes modifications.

Les deux points que je voudrais rapporter concernent la place des méthodes médicamenteuses dans l'IVG, qui est une chose relativement récente, le deuxième point est celui de l'incidence de la prolongation de deux semaines sur le plan médical pour l'IVG.

En ce qui concerne la place de l'interruption médicale par rapport aux techniques chirurgicales, l'ANAES considère que, jusqu'à sept semaines de grossesse (j'emploierai le terme de grossesse tel qu'il est employé dans le projet de loi et non pas le terme d'aménorrhée) le choix doit être laissé à la femme après information aussi claire que possible, ceci lors de la consultation ou des deux consultations pré-IVG. La méthode chirurgicale comporte une dilatation et une aspiration. La méthode médicale correspond à la prise d'un

anti-progestérone, le RU 486 ou Mifépristone, puis trente-six ou quarante-huit heures après, par l'administration d'une prostaglandine particulière, essentiellement de Misoprostol.

L'ANAES considère, et c'est une option assez nette et nouvelle, que jusqu'à cinq semaines de grossesse, donc au tout début de la grossesse, l'hospitalisation qui était jusque-là systématique et même obligatoire, n'apparaît pas indispensable. Cependant, pour que cette technique soit employée à domicile, il faut impérativement des précautions qui sont : le choix laissé à l'intéressée entre l'hospitalisation ou le domicile, qu'il y ait une distance limitée entre l'hôpital et le domicile, qu'il y ait la possibilité de contacter cet hôpital ou de s'y rendre vingt-quatre heures sur vingt-quatre, il faut une évaluation sur le plan médico-psychosocial pour savoir quelles patientes sont éligibles pour cette méthode. Je rappellerai que, dans le cadre actuel, il y a une obligation d'hospitalisation.

Comment se passent les choses en réalité ? L'anti-progestérone, le RU, est donné et il y a quarante-huit heures plus tard une hospitalisation de quelques heures. On donne à l'arrivée un deuxième médicament, les prostaglandines, qui aboutissent dans un certain nombre de cas à la fausse couche en hospitalisation et, dans un grand nombre de cas, il ne se passe rien, si l'on peut dire, et la fausse couche a lieu à domicile. Cette hospitalisation ne paraît pas très justifiée, du moins au tout début de la grossesse. En revanche, pour la période suivante, c'est-à-dire pour la sixième et la septième semaines de grossesse, on laisse le choix entre méthode médicamenteuse et méthode chirurgicale. L'ANAES considère que pour des raisons entre autres de complications un peu plus fréquentes, de douleurs plus intenses, d'hémorragies plus fréquentes, il est nécessaire qu'il y ait, comme jusqu'à maintenant pour cette période-là, une hospitalisation.

J'ai lu attentivement le projet de loi, il m'est apparu une contradiction entre ce souhait de l'ANAES que, pour une période limitée, l'interruption de grossesse puisse avoir lieu complètement à domicile et l'article 11 bis, qui est nouveau et qui dit que « le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer l'interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300.000 francs d'amende, ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500.000 francs d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle. En aucun cas la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte ». Je me demande s'il n'y a pas un fort décalage entre cet article et le souhait de l'ANAES, qui n'est pas un souhait pris à la légère et qui correspond à des données de la littérature, à des données de pratique en France aussi, il y a eu un travail de fond fait sur ce sujet. Je crois qu'il y a une contradiction.

M. Jean DELANEAU, président - Puis-je, à ce moment-là, simplement poser une question de calendrier. Avez-vous pu présenter vos arguments à la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales à l'Assemblée nationale ?

Professeur Michel TOURNAIRE - Oui, j'avais fait l'exposé dans les mêmes termes.

Le deuxième grand sujet est celui de l'allongement du délai de deux semaines. Pour cette période de la onzième et douzième semaines, l'ANAES considère qu'entre méthodes médicales qui sont possibles et méthode chirurgicale, l'ANAES recommande la méthode chirurgicale. Cependant, il faut insister sur le fait qu'il s'agit d'une technique chirurgicale différente de celle qui était utilisée dans le cadre de la loi précédente.

En effet, la littérature montre que le taux de complications augmente progressivement avec le terme et il augmente en particulier pour cette période de onze-douze semaines. Il n'est pas facile dans la littérature de faire un distinguo entre ces onze-douze semaines et puis des termes plus avancés, mais on a pu trouver tout de même des études sur les complications et l'on voit que les complications, entre autres les lésions d'utérus et l'hémorragie, sont plus fréquentes et peuvent être importantes.

Il faut cependant ramener les choses à leur juste niveau puisqu'on passe d'un taux de complication de ce type dans le cadre actuel de la loi de l'ordre de 1 % à un taux qui est de l'ordre de 1,5 % mais avec éventuellement, entre autres, des hémorragies plus importantes. La technique particulière exige tout d'abord une préparation du col. L'ANAES recommande, puisqu'il y a deux possibilités, une préparation par dilateurs physiques ou des préparations médicamenteuses. Au vu des résultats de littérature, l'ANAES recommande une préparation médicamenteuse du col qui peut se faire soit par des anti-progestérones et ceci quarante-huit heures avant l'intervention, soit par des prostaglandines particulières, Misoprostol, qui peuvent être administrées par voie orale ou par voie vaginale trois ou quatre heures avant l'intervention. Le geste chirurgical lui-même est différent parce qu'il exige une dilatation plus importante et que la méthode actuelle d'aspiration peut-être suffisante mais pas toujours, donc il peut y avoir nécessité d'un recours à une extraction par des instruments spéciaux qui sont des pinces adaptées à cette situation.

Le plus souvent cette méthode fait appel à une anesthésie générale et au contrôle échographique soit en cours d'intervention, soit immédiatement en fin d'intervention. Au total, cette méthode est techniquement plus difficile et elle est vécue par l'équipe comme plus difficile sur le plan émotionnel. Elle a le grand avantage, par rapport aux méthodes médicamenteuses, d'être beaucoup plus simple pour la femme. En effet, les méthodes purement médicamenteuses demandent des délais parfois très prolongés,

s'accompagnent de douleurs souvent très intenses et requièrent éventuellement des anesthésies péridurales voire générales. Clairement, l'option qui est celle d'une meilleure acceptabilité pour la femme a fait choisir la méthode chirurgicale mais avec des particularités. Les moyens particuliers nécessaires sont donc le fait de pratiquer dans un bloc opératoire, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui. Il faut qu'il y ait, comme dans toute intervention gynécologique, accès possible à des moyens de transfusion. Le risque d'hémorragie est certes rare mais il est réel.

Il faut aussi la possibilité d'interventions d'urgence en cas de complications et il faut que les opérateurs aient une formation spécifique. C'est une situation qui n'est pas nouvelle en France parce que l'on se souvient peut-être que, lors de la loi de 1975, la tradition de l'interruption de grossesse était alors de faire dilatation et curetage à la curette et il a fallu aussi apprendre la méthode d'aspiration qui est un geste d'apprentissage pas très difficile, il a fallu aussi s'adapter à une nouvelle méthode. Nous sommes dans une situation un peu comparable mais sûrement avec l'exigence d'un niveau d'expérience de la chirurgie gynécologique plus importante et d'un environnement de moyens et de médecins plus exigeant. Je vais être bref sur ces deux points puisque je crois que vous préférez laisser une place sur la discussion.

Je peux dire en conclusion du groupe de travail, pour ce qui concerne l'allongement de deux semaines, que cette prolongation devrait permettre de résoudre une partie des situations douloureuses pour les femmes qui sont obligées d'aller à l'étranger dans des conditions qui sont inacceptables, que cette situation concerne environ un peu moins de 2 % des IVG, soit 3.000 à 4.000 interventions par an. Si on peut imaginer, et c'est possible, qu'il y ait certains centres qui se destinent à faire plus spécialement ces interventions, l'ANAES considère que ce serait une bonne option, on arriverait à une demande qui serait de l'ordre d'une intervention par semaine et par département. On a là une exigence relativement modérée en termes de quantité mais claire en termes de moyens.

Cet allongement, si on se situe par rapport aux autres pays d'Europe, nous amènerait à une situation moyenne dans les pays d'Europe où elle ne semble pas poser de grands problèmes. Si on se situe par rapport à la loi française, dans certains pays il n'y a pas deux types d'interruption de grossesse, il y a une interruption de grossesse libre, par exemple en Angleterre, jusqu'à une date tardive. En France, il y a une frontière entre l'IVG à la demande de la femme et l'IMG avec décision du médecin. On peut considérer que cet allongement consiste un peu à élargir l'espace de liberté de choix des femmes et à empiéter légèrement sur la décision médicale.

M. Jean DELANEAU, président - Merci Professeur. Une question sur les complications tardives. En ce qui concerne les complications immédiates,

je dois dire qu'en 1979, j'étais le rapporteur du texte. J'ai retrouvé les éléments : on avait cette rupture entre huit et dix semaines et au-delà, et parmi les problèmes il y avait les hémorragies. Par contre, en ce qui concerne les complications plus tardives qui avaient été évoquées et qui concernaient d'une part les problèmes d'immunisation fœto-maternelle, je n'en ai pas tellement entendu parler depuis, mais aussi des problèmes pour les grossesses ultérieures, des problèmes d'avortements spontanés plus fréquents, des problèmes de perturbation psychique qui pouvaient se manifester après une IVG. Avons-nous des éléments qui permettent de dire s'il y a une différence ou pas ?

Professeur Michel TOURNAIRE - Sur l'immunisation rhésus, il est impératif d'avoir une prévention de l'immunisation rhésus chez toutes les femmes rhésus négatif et ceci d'ailleurs pose un problème pratique si la méthode retenue est celle de l'interruption à domicile pour les tous débuts de grossesse. Les choses ne sont pas très simples, nous avons cherché à l'ANAES quelles recommandations donner. Pour entrer dans des détails pratiques, la protection contre l'immunisation rhésus a un effet sur trois jours, si on donne la liberté aux femmes, en donnant les médicaments, d'avoir l'interruption à domicile, on a un petit doute sur la date précise de l'interruption de la grossesse et si l'on fait de la prévention lors de la consultation, elle risque d'être moins efficace. Il est prévu de soumettre cette question aux spécialistes des immunisations rhésus pour savoir quelle est l'option à prendre. Il y en aura, il y a des choses à faire, l'essentiel est que cette prévention ne soit pas oubliée.

En ce qui concerne les risques pour les grossesses ultérieures, c'est une préoccupation en outre en ce qui concerne le risque de prématurité. Dans le passé, il y a des situations pour lesquelles on a démontré que des dilatations importantes du col de l'utérus étaient responsables d'une augmentation assez importante de la prématurité pour les grossesses ultérieures. Ceci concernait les études d'Europe de l'est aussitôt après la guerre, avec des conditions difficiles, avec des dilatations extrêmement importantes, on peut dire forcées. Pour moi, c'était une question importante et nous avons refait une recherche bibliographique à l'ANAES parce qu'il y avait peu de documents sur ce sujet, il y a peu d'études alors que c'est une question essentielle. Ces études ne montrent pas jusqu'à cette date-là et avec ces méthodes actuelles d'augmentation de la prématurité. On doit tout de même signaler que depuis la loi de 1975, il y a un progrès médical essentiel : c'est l'apport de la préparation médicamenteuse du col de l'utérus que ce soit par le RU ou par prostaglandine avant l'intervention chirurgicale. Ceci évite sûrement d'avoir des lésions du col de l'utérus, cela change radicalement les conditions. Nous avons un bon espoir pour les deux semaines supplémentaires. La littérature ne montre pas de preuve d'augmentation de risques de ce type.

M. Francis GIRAUD - Monsieur le professeur, vous nous avez disséqué avec une précision parfaite les différentes possibilités médicamenteuses ou chirurgicales. Ma question va porter sur ce que vous avez annoncé, c'est-à-dire la consultation pré-IVG. Dans le texte qui nous vient de l'Assemblée nationale, alors que dans le cadre de la loi Veil cette consultation était obligatoire, il est prévu qu'elle soit simplement proposée et plus obligatoire. Sur le plan strictement médical, quelle est votre opinion ? Un médecin pourra-t-il délivrer ces médicaments, voire passer au stade chirurgical sans que cette consultation soit obligatoire ?

Professeur Michel TOURNAIRE - Je crois qu'il faut examiner les différentes consultations qui ont lieu avant l'IVG. Les consultations médicales restent obligatoires dans le projet, ce qui est particulièrement important si l'intervention a lieu à domicile. En revanche, l'entretien ne sera plus obligatoire sauf chez les mineures. Je peux donner mon avis personnel, en tant que chef de service. Dans un premier temps, de par ma formation, ma famille, je n'ai pas été favorable à l'IVG, et puis, comme beaucoup d'entre nous, devant les accidents mortels, j'ai changé d'avis puisque personne n'est arrivé à éviter l'IVG, il faut s'en occuper médicalement le mieux possible. J'avais donc ordonné en 1985 un livre sur les aspects médicaux de l'interruption de grossesse.

Pour en revenir à cette question, la question m'avait été posée lorsque nous avons été entendus à l'Assemblée nationale, j'étais plutôt assez favorable à cet entretien parce qu'il ne fait pas double emploi avec la consultation médicale. Il y a des traditions médicales en France telles qu'il n'est pas habituel de poser des questions sur la vie privée, sur la sexualité, comme dans certains pays dont l'Amérique du nord où, dans la check-list de toute observation médicale, on va fouiller dans la vie personnelle. Il est vraisemblable que la consultation dite sociale par une conseillère conjugale, qui a souvent une formation de psychologue ou bien d'assistante sociale, peut apporter un angle nouveau et repérer des problèmes que le médecin n'aura pas repérés. J'avoue que j'étais assez favorable à cette consultation à titre personnel.

M. Jean-Louis LORRAIN - Je suis impressionné par la qualité du rendu et des observations que vous avez faites, monsieur le professeur. Ce matin, on nous a dit que c'était une loi de santé publique, ce qui sous-entendrait que l'approche médicale est en train de se transformer. Quelle est la part du médical pur, et dans ce qui est médical, quelle est la part du psychologique, du psychiatrique ? Ce qui veut dire aussi que cela peut entraîner une modification de votre approche de l'évaluation. Monsieur Delaneau vous a interrogé judicieusement sur les conséquences. Avez-vous des réponses sur, par exemple, la notion de répétitivité des IVG ? Y a-t-il des études là-dessus ? Retrouve-t-on, par exemple, des dépressions et dans quelles

proportions ? A-t-on une idée du comportement des personnes qui ont eu une IVG et de la date à laquelle elles auront leur prochain enfant ? Est-ce que l'on connaît la fréquence des violences sexuelles en ce qui concerne la demande des IVG ? Ce sont des questions qui nous permettent de mieux percevoir le champ de votre action.

Mme Annick BOCANDÉ - J'avais l'intention de poser aussi une question sur les conséquences sur la morbidité. Je crois que la question a déjà été abordée. En lisant les différents documents, vous parliez tout à l'heure de littérature, je n'ai pas eu l'impression que les médecins concernés portaient le même regard sur les dix semaines et les douze semaines. J'aimerais votre avis sur la différence de réponse concernant cette période. Vous avez bien dit que, de toute façon, si l'on passait à douze semaines, il s'agit d'une technique qui se modifiait dans la plupart des cas, que le risque était grand. Vous avez également parlé de formation des médecins à un acte médical qui serait relativement nouveau. Nous avons entendu en ce moment plusieurs intervenants nous dire qu'en termes de moyens, ces moyens manquaient. J'aimerais avoir votre sentiment par rapport à cela. J'aimerais également vous poser une question par rapport à la philosophie, à la conscience médicale. Est-ce que le fait de passer à douze semaines peut considérablement changer le comportement des équipes médicales sur le sujet ?

M. Guy FISCHER - Vous avez évoqué la création de centres spécialisés puisqu'on privilégierait la méthode médicale. Les centres, qui conditionnent la réussite de la réforme avec des formations adaptées des personnels, auraient-ils une vocation, compte tenu du nombre que vous avez annoncé, plus large, éventuellement régionale... ?

M. Alain GOURNAC - Vous avez été très précis dans vos propos, vous avez parlé de médicaments, de chirurgie à domicile, d'hospitalisation nécessaire. Je suis persuadé que vous avez été interpellé par le fait que l'IVG pourra se réaliser sans autorisation parentale, mais, dans le cas d'une anesthésie générale, il va falloir obtenir une autorisation parentale. Quelle réponse apportez-vous à cela car il y a une grande contradiction ?

M. Charles DESCOURS - Je voudrais revenir sur le problème de la compétence des équipes qui font actuellement des IVG. Aujourd'hui dans un grand nombre d'hôpitaux et même en dehors des hôpitaux, ce sont souvent des médecins généralistes et quelquefois gynécologues qui s'occupent de ces centres de planification. La technique change. Ne va-t-il pas y avoir des équipes qui font aujourd'hui des IVG qui, pour la sécurité des malades, ne devraient plus les faire ?

Mme Gisèle PRINTZ - Lorsqu'une jeune fille ou une jeune femme fait appel à l'IVG, le médecin qui pratique cette IVG est-il obligé de le consigner quelque part ?

Professeur Michel TOURNAIRE - Sur le retentissement psychologique, l'ANAES a fait une revue de la littérature impressionnante, y compris sur le versant psychologique et le nombre de textes qui étaient en rapport avec ce sujet était incroyablement faible. Il y a une raison historique, ce sujet a beaucoup préoccupé dans les années soixante aux Etats-Unis et les années soixante-dix en France, on redoutait effectivement beaucoup de conséquences psychologiques de l'IVG et c'est souvent ce qui était donné contre l'IVG à l'époque.

On peut répondre de façon assez simple que, par rapport au degré de retentissement que comportait l'interruption de grossesse dans des conditions qui précédaient la loi, c'est-à-dire de culpabilité maximale et de complications fréquentes, l'IVG dans des conditions médicales a moins de retentissements physiques et aussi psychologiques. La façon d'accueillir et d'aider est certainement essentielle pour réduire les retentissements psychologiques.

Plusieurs remarques concernent la question de savoir qui peut pratiquer, qui doit pratiquer les interruptions de grossesse pour ces deux semaines supplémentaires. Vous avez sûrement noté qu'un certain nombre de médecins, souvent des militants de la première heure, sont réticents pour cet allongement de deux semaines. On peut rappeler déjà qu'en réalité il y avait une réticence de leur part à partir de huit semaines. Assez souvent dans les centres où les interventions se faisaient de façon ambulatoire, sous anesthésie locale, il y avait une certaine appréhension pour les interruptions de grossesse qui se rapprochaient de la date précédente. Donc, il n'y a pas une cassure brutale. Il y avait une appréhension qui s'est logiquement aggravée avec les deux semaines supplémentaires. C'est un message important qu'il faut recevoir.

On peut dire que la clause de conscience peut jouer aussi pour les deux semaines supplémentaires, clause de conscience avec une base un peu technique. On ne doit pas imposer l'interruption de grossesse avec deux semaines de plus pour des gens qui déjà avaient une certaine appréhension à partir d'un certain terme. Si l'on cherche des solutions, on s'oriente vers des centres qui seront plus habilités à faire ces interruptions de grossesse plus tardives. Qui peut le faire ? Il faut rappeler que, dans le cadre de l'IMG actuellement, beaucoup de centres et surtout les centres universitaires sont amenés à faire des interruptions non seulement à onze-douze semaines mais jusqu'à des termes plus avancés, car vous savez que la loi curieusement ne donne pas de limite à l'IMG. Il serait logique que, soit les services eux-mêmes, soit les centres directement attachés à un centre universitaire prennent en charge ces situations qui sont un peu plus délicates. Il faudrait qu'il y ait dans chaque région un centre qui soit fléché en quelque sorte, faute de quoi il y aura un blocage.

En ce qui concerne l'autorisation parentale, je crois que c'est un sujet douloureux et que la loi va dans le bon sens : le fait qu'on n'oblige pas une mineure à obtenir l'autorisation des parents. En effet, il s'agit réellement, dans certains cas, d'une révélation aux parents de la grossesse et évidemment de la sexualité, ce qui peut être très mal reçu et il peut y avoir une mise en danger physique de cette jeune femme. Il me semble que dans cette situation, qui reste marginale, il est prévu –et je crois que c'est raisonnable– que l'on essaie en insistant d'avoir à la fois l'information et l'accord des parents. Si réellement il y a un danger pour cette personne, je crois qu'il est légitime de venir à son aide. Cette solution de remplacement en quelque sorte des parents par un adulte de son choix paraît acceptable.

Sur la question de l'anesthésie, nous avons buté comme vous. Il faut résoudre cette question et la société française d'anesthésie-réanimation se préoccupe de cette question. Actuellement, il n'y a pas d'anesthésie sans l'autorisation des parents. Il y a là un obstacle. Il y a tout de même une solution actuellement si je ne me trompe pas, c'est d'avoir recours aux autorités juridiques qui peuvent prendre sur elles. Cette solution est lourde, il faut trouver un aménagement et c'est possible.

Est-ce que l'IVG est consignée ? La question était dans le sens de l'anonymat. J'ai une question intéressante à renvoyer au législateur, l'IVG est un des rares actes qui soient recensés parce qu'il a une cotation spéciale à la sécurité sociale. Deuxième point, l'obligation légale d'avoir une feuille de statistique, que la DASS vérifie, la profession de la personne apparaît sur cette feuille. Nous avons donc l'acte qui est coté, le lieu de l'IVG, la profession. Je suis étonné que la CNIL ne se soit pas penchée sur cette question. Il y a là une absence d'anonymat sur un sujet qui est délicat. En pratique, ceci est consigné dans son dossier médical, qui est soumis au secret professionnel et l'on peut imaginer que l'on pourrait trouver le dossier. Déjà, de façon bien plus officielle, les employés de la sécurité sociale ont l'information. Par ailleurs, il y a forcément un protocole opératoire dès qu'il s'agit d'un acte chirurgical.

L'ANAES, devant l'urgence, a envoyé, avant le 28 novembre, qui était la date de présentation à l'Assemblée nationale, les recommandations dans leur état du moment. Elles sont très proches de ce qu'elles seront dans la phase définitive.

M. Claude HURIET - Dans le champ du travail qui a été confié à l'ANAES, pouvez-vous avoir une approche concernant la fréquence des facteurs qui expliquent le retard à la demande de l'IVG ?

Professeur Michel TOURNAIRE - Nous l'avons analysé. Il y a deux niveaux de travail : la littérature et les opinions d'experts qui constituent le groupe mais aussi l'opinion de lecteurs qui renvoient des informations utiles.

Parmi les éléments qui se retrouvent, il y a les changements de situation individuelle, le fait de l'ambivalence qui rend la décision difficile à prendre et qui la retarde, il y a les grossesses qui sont découvertes tardivement, même chez des gens parfaitement informés, éduqués. Il faut aussi voir quelle est la responsabilité médicale dans ce dépassement, l'accès à l'IVG n'étant pas toujours simple. Mais dans la majorité des cas les IVG sont faites très tôt.

M. Nisand était plutôt partisan, dès la limite actuelle, de passer à l'IMG. Je suis un peu en désaccord avec lui pour une raison claire : à l'usage, nous avons un certain nombre de situations de dépassement des délais actuels et nous demandons l'avis des experts. Il faut bien dire que ces avis des experts sont tout à fait imprévisibles. L'expert n'est peut-être pas le mieux placé pour décider de la capacité d'un couple et à plus forte raison d'une femme seule à mener à bien sa grossesse. Il me semble que les deux semaines laissent cet espace de liberté à la femme pour deux semaines de plus, après quoi c'est une décision médicale. Il serait souhaitable que dans les possibilités d'interruption de grossesse se trouvent aussi des problèmes psychosociaux plus qu'ils ne sont reconnus actuellement, ce qui permettrait d'éviter que des femmes, qui dépassent le nouveau délai, se retrouvent tout de même dans la même situation d'être obligées d'aller à l'étranger.

M. Charles DESCOURS - Vous avez parlé d'un certain nombre de complications éventuelles, peut-on rattacher des stérilités à l'IVG ?

Professeur Michel TOURNAIRE - La stérilité dans le cas de l'IVG paraît être une complication tout à fait rare. Elle était sûrement fréquente dans le cas de l'interruption non médicalisée. Le risque d'infection à l'origine de stérilité apparaît comme très faible dans la méthode par aspiration et probablement encore plus dans les méthodes médicamenteuses. Le taux d'infection après IVG chirurgicale se situe à un niveau de 3 ou 4 % de fièvre qui dépassent 38° C, ce qui ne veut pas dire qu'il y aura stérilité.

M. Charles DESCOURS - Y a-t-il eu des cas où des patientes ont poursuivi des médecins pour cause de stérilité suite à une IVG ?

Professeur Michel TOURNAIRE - Pas encore à ma connaissance.

G. PROFESSEUR CLAUDE SUREAU, PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

M. Jean DELANEAU, président - Monsieur le président, je suis très heureux de vous recevoir. Je vais vous passer la parole tout de suite. Nous souhaiterions avoir l'avis de l'Académie de médecine, qui est souvent très en avance sur certains problèmes.

Professeur Claude SUREAU - Monsieur le président, je vous remercie. Après avoir écouté à la fois M. Glorion et M. Tournaire, je me rends compte que je n'ai pratiquement rien à ajouter, ce qui va libérer du temps pour la discussion. Je tiens à souligner que notre position sur le problème de l'IVG et sur le problème de la stérilisation, à l'Ordre national des médecins et à l'Académie nationale de médecine, est une position convergente. Mon ami Michel Tournaire vient de parler au titre de l'ANAES. Il parlait aussi finalement en tant qu'ancien président du collège national des gynécologues obstétriciens et dans la réflexion que nous avons eue à l'Ordre et à l'Académie de médecine, était associé le président actuel du collège national des gynécologues obstétriciens. Il s'agit de trois formations travaillant ensemble et qui ont établi ce document.

J'avais eu l'occasion également d'être auditionné à la délégation aux droits de la femme et de donner mon point de vue sur ce problème de l'IVG mais aussi sur ce problème, très présent dans notre pays, qui est celui de la stérilisation. Sur le problème de l'IVG, bien entendu, l'Académie nationale de médecine n'a considéré de son devoir que de se prononcer sur les aspects techniques qui ont été très largement évoqués, et il est clair que je n'ai rien à ajouter à ce qu'a dit le professeur Glorion. Notre propos a été élaboré en commun et tout ce qu'il a dit me paraît parfait. Sur le problème de la stérilisation, j'ai apporté le rapport commun Académie-Ordre sur la stérilisation chirurgicale. Je crois pouvoir dire que nous étions assez marris de l'application qui était faite par la Cour de Cassation de l'article 16-3 du code civil. Cet article prévoit, dans la version de la loi de 1994, que l'on ne doit faire d'agression sur le corps humain que s'il y a une nécessité thérapeutique pour la personne. Les gynécologues, de manière générale, ont beaucoup protesté en raison de ce libellé qui, au risque de choquer les législateurs que vous êtes, me paraît assez absurde. Pourquoi absurde ?

Dans la version nouvelle qui résulte de l'intervention du sénateur Autain, reprise dans l'article 70 de la loi du 27 juillet 1999, on a remplacé le terme thérapeutique par médical. Cela a été fait pour améliorer les conditions de la stérilisation, mais le terme reste absurde parce qu'il dit « pour la personne », intérêt thérapeutique et aujourd'hui médical « pour la personne ».

Je pose la question : quelle personne ? Il faut reconnaître que si on suit cette manière de s'exprimer, on aboutit à une incohérence profonde. Je pense en particulier à une situation très présente dans nos esprits, à nous gynécologues accoucheurs, qui est celle de la césarienne d'indication fœtale. Une femme a une procidence du cordon, le cordon sort, la dilatation du col est à deux centimètres, l'enfant va mourir. Bien entendu, on va faire une césarienne, mais cette césarienne est d'indication pour qui ? Pas pour la mère, car elle est parfois au détriment de la mère, elle comporte un risque pour la mère. Il s'agit d'une indication pour le fœtus, mais vous savez qu'il n'est pas, juridiquement parlant, une « personne ».

Vous savez que la Cour de cassation, il y a quelques mois, a cassé un arrêt de la Cour d'appel de Lyon à propos d'une interruption de grossesse involontaire, c'était une confusion de patiente qui avait abouti à la mort d'un enfant au terme de cinq mois. Il y avait une poursuite pénale pour homicide et après les différentes étapes de la réflexion, la chambre criminelle de la Cour de Cassation a cassé sans renvoi la décision de la Cour d'Appel au motif que la loi pénale est d'interprétation stricte et que l'homicide ne pouvait pas être appliqué à un fœtus de cinq mois. Dans l'arrêt de la chambre criminelle, étaient dits ce fait brutal et un autre élément qui était que, subsidiairement, le problème de la viabilité ne se posait pas parce que l'enfant était de cinq mois. Il y a actuellement une autre affaire qui est pendante, qui doit passer devant la Cour de Cassation et qui va peut-être définitivement régler le problème au regard du concept de viabilité. Toujours est-il qu'en l'occurrence, il est clair que la césarienne d'indication fœtale ne vise pas la « personne » sur laquelle on la réalise.

Autre exemple, la circoncision qui n'a ni d'intérêt thérapeutique ni d'intérêt médical pour la personne. Ou encore le don d'ovocytes, bien réglé par la loi de 1994, qui n'a pas d'intérêt thérapeutique ni médical, sauf éventuellement psychologique, pour la donneuse. Il n'a d'intérêt que pour la receveuse. Il y a là une situation paradoxale, car pour pouvoir faire prendre en charge par l'assurance maladie les actes que l'on fait, on est obligé de faire une confusion volontaire entre la donneuse et la receveuse. Tout cela pour dire que le terme déjà général d'intérêt thérapeutique ou médical « pour la personne » ne se justifie pas. Indépendamment de cela, il y a un autre aspect de fond qui nous ramène au problème de la stérilisation, qui est que la stérilisation, aux yeux des gynécologues, est un moyen contraceptif.

Ce n'est pas, me semble-t-il, à la Cour de cassation de dire quel moyen contraceptif doit être utilisé par une femme ou par, éventuellement, un homme. Regardez ce qui se passe et qui est très curieux, la Cour de cassation dit : « la stérilisation est un acte illicite donc condamnable ». Je sais qu'il n'y a pas eu de poursuites. Il n'en reste pas moins que si un accident survenait au cours de la réalisation d'un acte illicite, on peut s'attendre à ce que les

conséquences soient lourdes pour le praticien qui l'aura réalisé. D'ailleurs, les conséquences de cette position officielle de la Cour de cassation sont très claires, des anesthésistes se sont refusés à participer à cet acte et les compagnies d'assurance se posent beaucoup de problèmes quant à la couverture.

Il y a tout un enchaînement de circonstances qui est particulièrement fâcheux, et qui conduit à récuser l'éventualité d'une stérilisation pour les cas où l'on peut considérer qu'elle est indiquée. La Cour de cassation se met la main sur le cœur, si j'ose dire, en faisant une distinction entre les indications médicales et les indications de convenance. Il faut admettre que le problème de la convenance mis dans ces termes n'est pas une attitude justifiée. La Cour de cassation a exprimé à plusieurs reprises la condamnation de la stérilisation contraceptive. C'est une façon de s'exprimer étrange, peut-on imaginer qu'il y ait des stérilisations qui ne soient pas contraceptives ? Il y a donc une contrainte qui conduit à récuser la stérilisation au profit d'autres techniques. La Cour de cassation s'arroge le droit de dire quelle est la contraception utilisable chez une femme donnée ou chez un homme. Je parlais, concernant la Cour de cassation, en mon nom personnel.

La position de l'Académie de médecine est de dire que la stérilisation doit être introduite dans l'application de la loi Neuwirth, avec des modalités et des précautions et en particulier une discussion préalable à sa réalisation. Il est opportun de tenter, du fait de son caractère supposé « définitif », de dissuader une patiente qui demande une stérilisation. Il s'agit d'un problème médical inscrit dans le problème général de la contraception et non pas d'un problème juridique à régler par les autorités judiciaires françaises.

M. Jean CHÉRIOUX - La première question est celle des risques de dérive eugénique dans la mesure où on dépasse les dix semaines, on parle de douze, certains pensent qu'il faudrait aller plus loin dans le cadre de ce que l'on appelait l'avortement thérapeutique et que l'on appelle pudiquement aujourd'hui l'interruption médicale de grossesse. N'y a-t-il pas des risques de dérives eugéniques ? La deuxième question concerne la stérilisation des jeunes filles ou des jeunes femmes qui sont handicapées mentales, là aussi, n'y a-t-il pas un risque de dérive eugénique ? En annexe, il y a ce concept d'eugénisme, il semblerait aujourd'hui qu'on essaye d'avoir une conception sémantique très limitée sur l'eugénisme, considérant qu'il n'y a un eugénisme que lorsqu'il est organisé par un Etat et qu'il a un caractère obligatoire. Je crois que le mot eugénisme a un sens, c'est un terme grec, vous le savez mieux que moi, et que même des pratiques individuelles ont un caractère eugénique. J'aimerais avoir votre position là-dessus. En ce qui concerne la loi de 1994 et ce que vous avez appelé le don d'ovocytes, je me permettrai de vous faire remarquer, car j'étais le rapporteur, que la loi n'a pas permis le don d'ovocytes. Elle a mis en place justement le système de « l'accueil » d'embryons plus exactement, pour bien

faire ressortir que l'embryon était porteur de droits et par conséquent qu'il était déjà une personne humaine en puissance.

Professeur Claude SUREAU - Je réponds tout de suite à ce problème de l'accueil de l'embryon que je connais un peu parce que j'ai fait partie de la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction. Je suis tout à fait d'accord avec vous pour ce qui est de l'accueil de l'embryon en attirant votre attention sur un point qui m'a toujours choqué, aussi bien dans la loi que dans le décret d'application, c'est que dans cette circonstance la confidentialité de l'accueil de l'embryon n'est pas respectée, du fait même des contraintes que l'on a imposées et en particulier de la responsabilité que l'on a donnée aux juges de faire une enquête socio-psychologique. Mais, comme vous l'avez dit vous-même, il s'agit là de l'accueil de l'embryon et ce à quoi je faisais allusion ce n'est pas l'accueil de l'embryon, c'est le don d'ovocytes qui est tout à fait une autre matière.

Je suis très content que vous me posiez la question de la dérive eugénique. D'abord, la dérive eugénique dans le cadre de l'IVG, argument que Israël Nisand a très vigoureusement défendu. Je dois dire que je ne partage pas l'opinion d'Israël Nisand. Je pense que la crainte qu'il a exprimée d'un chevauchement des deux problèmes de l'IVG et de l'IMG, conduisant éventuellement à des indications d'IVG qui seraient en fait des indications d'IMG déguisées, ne paraît pas convaincante, pour la simple raison que les progrès qui vont être faits, en particulier en matière de diagnostic de sexe, comporteraient la même question beaucoup plus tôt au cours de la grossesse. Si on se met à utiliser ce type d'argument, tôt ou tard on va les retrouver plutôt au cours de la grossesse, à six ou huit semaines. La position d'Israël Nisand à cet égard ne me paraît pas convaincante. Finalement, vous m'avez posé la question de la dérive eugénique de notre société, et bien au risque de vous plaire, je vous répondrais oui. Je suis tout à fait de votre avis, ceux qui restreignent le concept d'eugénisme à l'eugénisme nazi, génocidaire, obligatoire, ne voient qu'une petite partie de la situation.

Nous sommes effectivement dans une société qui devient eugénique. Je vais faire allusion à une situation que vous avez bien connue. Il y a trois ans, on a beaucoup discuté et il y a eu des prises de positions fortes des autorités politiques françaises sur le problème de l'utilisation des marqueurs pour le dépistage du risque de trisomie 21. C'était quand M. Gaymard était ministre de la santé. L'Académie de médecine a pris un parti très fort avec le président de l'époque qui était le président Laroche. Nous avons rencontré le ministre et son conseiller, qui était Jean-François Mattei, qui nous disaient que si on allait dans cette direction, du fait du caractère extensif des examens, on allait déboucher sur un eugénisme. D'un autre côté, nous étions sensibles au fait qu'à l'époque seules les femmes de plus de trente-huit ans avaient droit au remboursement de l'amniocentèse. Nous étions très motivés par le fait qu'on

ne pouvait pas introduire un système différencié, les unes qui avaient droit au remboursement et les autres qui n'y avaient pas droit. Lorsque nous avons été auditionnés par le groupe de travail, nous avons convaincu et c'est ce qui a entraîné par la suite la prise en charge totale de l'ensemble des amniocentèses, quelle que soit la raison pour laquelle elle était indiquée. Mais, je reconnais qu'avec l'évolution des choses, nous aboutissons à une sorte de dérive eugénique.

Je fais partie du Haut Conseil de la population et de la famille. Lors de l'installation du Haut Conseil par le Président Chirac, j'ai eu une divergence d'opinion avec lui sur ce point. C'était au moment où l'affaire Perruche était en discussion. Je soulignais que l'évolution de notre société se faisait dans le sens d'une non-acceptation des individus mal formés. Le Président Chirac m'a dit : « il y a plus de trottoirs pour handicapés, donc ce que vous dites n'est pas tout à fait vrai ». Cela étant dit, monsieur le sénateur, je crois que le fait objectif est que notre société tolère de moins en moins les handicapés. D'un autre côté quand nous, les médecins en particulier, voyons le drame que représente pour une famille la présence d'un enfant sévèrement handicapé, nous ne pouvons pas ne pas être heureux d'avoir la possibilité d'interrompre la grossesse. Il faut informer la population du risque de dérive et dire qu'il faut peut-être tenter d'avoir une attitude différente vis-à-vis des enfants mal formés. D'un autre côté il faut reconnaître que la charge physique, psychique, émotionnelle, financière que représente un enfant handicapé, surtout si ce n'est pas le premier dans une famille, nous conduit à accepter l'interruption de grossesse et surtout dans les situations particulièrement dramatiques où les enfants souffrent, je pense notamment à la myopathie et à la mort pénible d'un myopathe.

M. Jean DELANEAU, président - Vous feriez l'interruption pour cette raison ?

Professeur Claude SUREAU - Je suis catholique pratiquant. A cet égard, il faut bien reconnaître que j'ai une position différente de celle que les autorités pontificales prônent. Ma position vis-à-vis de l'IVG a toujours été une position restrictive. Les IVG que j'ai faites dans ma vie sont au nombre de trois. Cela étant, je n'ai jamais interdit dans mon service que l'on fasse des IVG. En revanche, j'ai participé directement ou indirectement à des IMG. Je suis bien conscient d'un fait, que M. Chérioux va certainement m'objecter, qui est qu'un mongolien ne souffre pas. Cependant, il peut représenter pour les familles une charge insupportable. Je pense surtout que ce n'est, ni à la collectivité, ni aux autorités de l'Etat, ni au corps médical, de dicter à une famille la règle qu'elle doit suivre et de juger de l'acceptabilité d'une situation comme celle-là. Sur la stérilisation des incapables, effectivement, j'ai déjà fait des stérilisations sur des incapables à la demande expresse de la famille, car souvent c'est la grand-mère ou le grand-père qui va élever l'enfant d'une

personne qui est dans une institution. J'ai beaucoup moins d'hésitations à faire une stérilisation sur une incapable qu'à faire une interruption de grossesse. Je sais qu'il y a des établissements où l'on impose la stérilisation avant l'acceptation dans l'établissement. Bien entendu, cela est inadmissible. Il faut que les décisions de stérilisation d'un incapable soient mûrement pesées avec éventuellement plusieurs consultations.

M. Claude HURIET - Claude Sureau vient d'évoquer la nouvelle rédaction du code civil dans le cadre de la loi créant une couverture maladie universelle et il se trouve que j'étais rapporteur au Sénat pour ce titre III. Je veux apporter une précision. Dans la discussion qui était instaurée suite à l'amendement François Autain, j'avais été amené à évoquer un autre exemple que celui de la stérilisation, je veux parler de la chirurgie esthétique. La chirurgie esthétique, avant cette modification, était condamnable, sauf à prétendre que toute chirurgie esthétique a des vertus thérapeutiques. Ma question est la suivante : quelle est actuellement l'évolution de la démographie des gynécologues obstétriciens ? La discussion passionnée qui est intervenue il y a quelques mois entre les tenants des différentes filières a-t-elle des conséquences en termes de démographie et de réponse aux besoins ? Dans les facteurs de retard de réalisation d'IVG, l'insuffisance des centres d'orthogénie et du nombre de gynécologues obstétriciens est-il un facteur qui va évoluer dans le bon sens ou dans le mauvais ?

M. Jean-Louis LORRAIN - Je me souviens avoir vu des références à l'Académie de médecine. Souvent vos avis peuvent être pris comme alibis, être instrumentalisés. Comment vous positionnez-vous par rapport à la diffusion de l'information et par rapport aux médias, du fait que le niveau de vos interlocuteurs peut être totalement différent ? Comment arrivez-vous à garder votre indépendance, à ne pas être instrumentalisés ? Votre propos pose aussi la question l'indépendance des experts, des politiques, des juges.

M. Lucien NEUWIRTH - Je voulais simplement rappeler que, lorsque la loi sur la contraception a été votée, le problème de la stérilisation avait été soulevé. A ce moment-là, le corps médical interrogé nous avait répondu qu'elle était irréversible, ce qui fait qu'elle n'a pas été inscrite dans la loi. Je crois avoir compris que le corps médical est revenu sur cette définition.

Professeur Claude SUREAU - J'oserai dire qu'en trente-trois ans l'Académie de médecine a aussi évolué. C'était une époque difficile, que l'on a retrouvée en 1975. Nos prédécesseurs avaient une philosophie réticente vis-à-vis de certains contrôles de la procréation humaine.

En 1979, lors de la loi Pelletier, je me souviens m'être fait critiquer à l'Académie à cause des positions que j'avais soutenues, considérées comme révolutionnaires à l'époque. Sur le problème de la réversibilité, en 1967, on ne connaissait pas la fécondation in vitro, c'était le début de la cryoconservation

du sperme et c'était avant le développement de la microchirurgie. Il était convenable et réel de considérer la stérilisation comme irréversible.

Aujourd'hui ça n'est plus vrai, en ce qui concerne la stérilisation féminine, elle est réversible à 75 %, au prix d'une intervention chirurgicale et en ce qui concerne la stérilisation masculine, elle est moins réversible mais comme elle est associée à une mise de sperme en banque, on a le moyen de tourner cette infécondité consécutive à la stérilisation. Cet argument de la réversibilité ou de l'irréversibilité d'un point de vue philosophique me paraît important à considérer et je ne suis pas convaincu de la légitimité pour le droit positif de faire le bien des gens malgré eux. Sur certains problèmes qui engagent lourdement l'avenir des individus, il faut les informer des conséquences, mais a-t-on le droit d'enfermer les individus dans les contraintes législatives, je n'en suis pas certain.

Il y a eu une étude faite aux Etats-Unis, le taux de regret des stérilisations faites après trente-trois ans est de 6 %, le taux de regret des stérilisations faites avant trente-trois ans est le d'ordre de 20 %. C'est le rôle des médecins d'expliquer aux patientes que la stérilisation va comporter des aspects importants et il faut être conscient de ces aspects. Ensuite c'est à la femme de décider de son mode de contraception.

Là, on retrouve le problème de la stérilisation des incapables. J'entends dire couramment qu'il est ridicule d'accepter le principe d'une stérilisation sur les incapables puisqu'il y a d'autres moyens de contraception comme le stérilet. Ce à quoi j'objecterais qu'à mes yeux et en fonction de l'article 16-3 du code civil, la mise d'un stérilet sur une incapable, surtout si elle est vierge, est un acte aussi traumatisant, si ce n'est plus, qu'une stérilisation. Pratiquement, pour mettre un stérilet sur une jeune fille de seize ou dix-sept ans il faut une anesthésie générale. Si on dit qu'il suffit de faire une injection d'hormones, on sait que cela peut entraîner au bout de vingt ou trente ans une ostéoporose considérable. Allons-nous, pour satisfaire à l'article 16-3, faire de telles injections ? Pour ma part la réponse est non.

Sur l'indépendance de l'Académie vis-à-vis des médias. L'Académie de médecine a été fondée en décembre 1820 par le roi Louis XVIII qui était notre protecteur. Nous n'avons pas d'autorité de tutelle, nous avons une gestion par le ministère de l'éducation nationale. Nous sommes indépendants de tout pouvoir et notre protecteur est le Président de la République avec qui nous avons des relations puisqu'il nous commande parfois des rapports. Il nous est arrivé d'avoir des positions qui ne sont pas les mêmes que celles du Gouvernement, comme dans le cas de l'accouchement sous X. Nous avons essayé depuis quelques années de développer la communication. Notre philosophie est de ne nous soucier de rien, d'examiner les problèmes et d'exprimer publiquement notre opinion.

Sur l'évolution géographique gynéco-obstétricale, je ne crois pas que ce soient les problèmes liés à l'IVG qui sont à l'origine de la désaffection des gynécologues accoucheurs pour leur spécialité. Cette désaffection est liée à deux problèmes : les contraintes de l'activité, et en particulier de l'activité obstétricale, et la situation dans laquelle nous sommes où les poursuites sont de plus en plus fréquentes, au civil et au pénal, y compris pour les chefs de service des hôpitaux publics.

H. PROFESSEUR DIDIER SICARD, PRÉSIDENT DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ

M. Jean DELANEAU, président - Vous aviez été saisis par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat pour donner votre avis sur le texte qui va venir en discussion au Sénat début février et sur le problème du risque de dérives eugéniques dans le cadre de l'augmentation éventuelle de deux semaines du délai d'interruption de grossesse.

Professeur Didier SICARD - Monsieur le président, messieurs les sénateurs, j'imagine qu'après toutes ces auditions vous êtes maintenant éclairés, informés. Je voudrais simplement apporter quelques commentaires, je ne vais pas relire la réponse du comité, cela n'aurait pas de sens.

Je vais apporter quelques commentaires libres sur cette réponse. Je crois que l'interruption de grossesse n'est jamais une pratique de convenance ou en tout cas il ne faut pas en faire le motif de l'interruption pour les femmes. Il s'agit toujours d'une pratique traumatisante, même si les femmes le nient. Quelquefois elles disent que ce n'est rien du tout. Je pense que c'est une censure qu'elles regrettent parfois ultérieurement. Je suis frappé de voir dans la pratique, car j'interroge très souvent les femmes sur la notion d'antécédent d'une interruption de grossesse, combien cela reste toujours un antécédent douloureux.

Quand une femme est confrontée à une grossesse qu'elle ne souhaite pas à ce moment-là, dans ces circonstances, elle veut avoir recours à l'interruption le plus vite possible. Elle supporte même mal, semble-t-il, le délai de réflexion qui paraît pourtant tout à fait légitime. Le désir que cette grossesse ne se prolonge pas apparaît presque comme une urgence. C'est pour cela que douze semaines de grossesse c'est beaucoup ou c'est peu. C'est parfois effectivement beaucoup pour des femmes qui seraient dans la maturité et qui seraient assez inconscientes de leur corps. C'est peu pour un certain nombre de femmes, en particulier les mineures ou les femmes appartenant à des cultures où la sexualité est particulièrement occultée à cette période de la vie. Quand une grossesse dure, elle n'est pas linéaire et les femmes qui ont des enfants le perçoivent. A partir du moment où la grossesse se prolonge dans le temps, dix, onze, douze semaines, celle-ci s'inscrit de plus en plus dans le mental ; parfois même le sentiment d'avoir à prendre une décision en urgence, liée à ce délai de dix semaines, peut aboutir à demander une interruption de grossesse. Alors que, sans manier le paradoxe, cette grossesse qui aurait été interrompue à dix semaines, dans l'angoisse d'un dépassement du délai, ne le sera pas à douze en raison de cette inscription mentale. Je ne veux pas utiliser

cet argument de façon malhonnête, mais je pense que c'est en tout cas une possibilité.

En ce qui concerne la notion d'eugénisme, je pense que c'est un procès qui me paraît difficile à faire pour les femmes qui souhaiteraient interrompre leur grossesse en France à douze semaines plutôt qu'à dix. Le fait est, et je pense que c'est une évolution inquiétante pour l'ensemble de la médecine, que la grossesse est de plus en plus médicalisée ; tous les maris, les hommes, les amis, la famille ne demandent plus à une femme « comment elle va » mais « comment est son échographie ».

Cette notion de transfert sur l'image de la grossesse est effectivement une notion que chacun accepte et qui traduit de fait une sorte de médicalisation que certains pourraient appeler eugénique ; ainsi la médecine, l'obstétrique dans son ensemble seraient alors eugéniques ! Ce problème d'eugénisme ne doit pas être posé avec simplisme. En effet, dire qu'en fonction d'un aspect échographique une malformation, même mineure comme une fente labiale, et vous avez dû entendre quantité d'informations sur ce sujet, aboutirait à ce que la femme en profite pour interrompre la grossesse, c'est nier ce rapport très particulier qu'une femme entretient avec son fœtus. Je crois qu'en dehors de pressions, et là les hommes peuvent jouer un rôle étrangement défavorable, dans ce domaine, faire le procès d'une femme qui, en fonction d'un aspect mineur, se débarrasserait de ce fœtus comme l'on se débarrasse d'un objet encombrant me paraît très insultant pour notre humanité et en particulier pour les femmes.

On dit que les médecins échographes, j'ai lu beaucoup de leurs réflexions, considèrent que leur responsabilité va être mise en jeu de façon croissante et j'entendais le professeur Sureau parler de ces responsabilités. Il est vrai que l'échographie engage la responsabilité, mais c'est une responsabilité qui ne doit pas en tout cas pouvoir être un facteur de limitation pour les femmes. C'est un problème spécifique mais il ne faut pas que la médecine, par ses contradictions ou par ses progrès, aboutisse à entraver ce qui appartient à ce moment-là à la liberté de la femme.

Je crois que, et nous l'avons beaucoup marqué dans cette réponse, deux points nous paraissaient importants. D'une part que le transfert de l'IVG sur un geste d'interruption médicale de grossesse (IMG), qui se voudrait compassionnel, prenant en compte au-delà de douze semaines des facteurs psychologiques ou psychosociaux ne nous paraissait pas une bonne chose car il remettait en cause l'esprit de la loi Veil qui laissait tout de même à la femme une grande liberté d'appréciation : ce serait dénaturer la loi de considérer que ce passage de dix à douze semaines doit s'accompagner d'un transfert sur un avis médical. D'autre part, il paraît effectivement très impressionnant que nous soyons le pays d'Europe qui a le plus grand pourcentage et le plus grand

nombre d'avortements en termes absolus. Est-ce lié au fait que nous avons pour une fois une épidémiologie assez précise et que d'autres pays l'ont moins ou que d'autres encore ne la déclarent pas ? Il est tout de même préoccupant qu'une grossesse sur cinq se termine par un avortement volontaire ! Nous avons probablement une responsabilité en amont sur l'éducation.

Je pense que les jeunes garçons et les jeunes filles, avant la puberté, devraient être informés d'emblée de ce risque de survenue d'une grossesse à l'occasion du premier rapport sexuel ou de rapports sexuels un peu « ludiques », risque qui retombe non pas sur les hommes mais sur les femmes.

En conclusion, le respect des femmes passe par la mise en oeuvre de moyens pour qu'elles ne soient pas expulsées de notre pays pour pouvoir répondre à une détresse transitoire, qui se prolongera alors souvent dans l'avenir. Autrement dit, ce n'est pas une bonne solution bien sûr que de prolonger de dix à douze semaines, comme si c'était la réponse qui permettait de résoudre la souffrance de ces femmes, mais je crois que faire de ces limites une sorte de barrière qui encadrerait de façon excessive leur liberté a paru à l'ensemble du comité de nature à être une gêne et un manque de respect des femmes. On peut s'interroger sur ce qu'est la liberté d'avorter, une femme n'est pas libre d'avorter, elle est souvent contrainte par l'homme avec lequel elle vit, par la société, mais elle peut au moins avoir l'illusion de sa liberté et c'est ce que nous avons voulu préserver.

M. Jean DELANEAU, président - Je vous remercie monsieur le professeur. Ce matin, dans le cadre de l'audition du professeur Frydman, il mettait un peu en cause la réponse du Comité consultatif national d'éthique en disant que le problème avait été examiné sous l'angle de l'eugénisme, c'est ce que vous indiquez d'ailleurs dans votre réponse en parlant de pratique collective institutionnalisée, et qu'en fait la véritable question, et vous l'avez soulevée également, concernait certaines pratiques individuelles qui pouvaient se produire. Sur la création de centres spécialisés qui donneraient des diagnostics assez précoces et qui agiraient en fonction des demandes, nous savons que certains médecins sont sensibles à un certain nombre d'aspects de la profession, de la commercialisation peut-être de certains actes. N'y a-t-il pas là quand même un problème ?

Professeur Didier SICARD - On peut toujours prendre le problème par là et considérer que l'imagerie, les dépistages biologiques aboutiraient à ce qu'une femme prenne une décision rapide, laxiste. Je crois qu'une grossesse est avant tout une aventure pour une femme, qui se vit pour elle, à ce moment-là, éventuellement avec un regard extérieur, mais ce regard extérieur me paraît toujours marginal par rapport à sa propre décision. J'ai le sentiment que la nécessité au fond d'une prise en charge professionnelle devrait permettre que l'ensemble des hôpitaux universitaires, que les plus grands services

d'obstétrique ne considèrent pas comme une tâche mineure d'aider une femme qui veut arrêter sa grossesse. Certes, cela fait partie des activités médicales, qui sont effectivement très dures ; un médecin ne se vante jamais du nombre d'interruptions de grossesses qu'il a faites, en même temps la médecine est faite pour répondre à une détresse. Je crois, au contraire, que ce passage de dix à douze semaines nécessitant une logistique, une formation, devrait permettre que les femmes trouvent dans les meilleures institutions médicales universitaires un accueil. Il y aurait une sorte de médicalisation croissante de l'interruption volontaire de grossesse qui me paraît souhaitable dans sa pratique.

M. Jean DELANEAU, président - Je ne mettais pas en cause les femmes mais plutôt la possibilité qu'auraient un certain nombre de personnes, médecins, de faire des propositions. On voit apparaître un certain nombre de choses aux Etats-Unis ou ailleurs, l'histoire du sperme des prix Nobel, etc. N'y aurait-il pas quelque part des tentations de cette nature ?

Professeur Didier SICARD - Monsieur le président, je crois que cela paraît plutôt sous la rubrique des faits divers. La médecine ne doit pas être inconsciente de ses engagements dans ce domaine. Cela peut probablement survenir dans certains cas mais je vois mal, en dehors des sociétés qui l'ont mis en pratique comme en Chine, les femmes attendre un résultat échographique pour profiter à ce moment-là de l'interruption. Je crois que ce serait toujours considérer qu'une grossesse est extérieure. Il est vrai que l'échographie extériorise la grossesse mais elle reste tout de même une perception intérieure. Je pense qu'un problème de société ne doit jamais être pris sous l'angle de dérives, mais toujours par la remise en question du rapport que l'on a avec les êtres humains qui sont en situation de souffrance. A force de vouloir faire le bonheur des autres contre eux, on peut aboutir quelquefois à des errances.

M. Claude HURIET - Monsieur le président, vous avez répondu à l'objet de la saisine du président du Sénat et du président de l'Assemblée nationale, qui avaient centré leurs interrogations sur les risques eugéniques éventuels. La question que je pose, je vous la pose davantage à titre personnel puisque le comité d'éthique n'a pas été saisi sur ce point, concerne l'autorisation parentale et plus précisément le référent, est-ce que cette idée paraît recevable ? Et si oui, et je veux parler du référent, il y a actuellement une prise de conscience des situations particulières, dont l'inceste, pour lesquelles le législateur doit autoriser que l'IVG ne soit pas pratiquée avec l'exigence de l'accord parental. L'idée de référent fait son chemin.

Une interrogation se pose quant à la qualité du référent, qu'est-ce qui empêcherait le père de cette jeune adolescente d'apparaître comme le référent ? On est amené à s'interroger pour savoir s'il serait pertinent que le

réfèrent soit soumis à l'autorité du juge ? Avez-vous des éléments de réflexion sur ce point ? Deuxième remarque, on fait état de chiffres, d'ailleurs approximatifs et dont on ne connaît pas la source, quant au nombre de femmes françaises qui vont faire pratiquer l'IVG à l'étranger. Combien y a-t-il de femmes non françaises et ne vivant pas dans notre pays qui viennent pour faire pratiquer des IVG en France ? Cette question me paraît nécessaire car certains disent que les conditions de l'IVG en France attirent des personnes pour des raisons diverses qui ne sont pas que matérielles. Je ne crois pas que l'on puisse considérer un flux centrifuge sans se préoccuper d'un flux éventuellement centripète. Avez-vous sur ce point des informations ou des réflexions qui pourraient nous éclairer ?

Professeur Didier SICARD - Sur le premier point, effectivement, un réfèrent incestueux est une référence a priori insupportable et paradoxalement autorisée par la loi puisqu'il est le père. Je crois, mais je ne suis pas juriste, que la France est un des seuls pays où le viol n'est pas marqué de façon explicite comme une cause d'interruption de grossesse, alors que dans la plupart des pays européens (Espagne, Allemagne, Suède) le viol est explicitement noté comme donnant droit de façon absolue à cette femme d'interrompre la grossesse, ce qui montre que le législateur n'a pas voulu aller très loin dans les situations précises.

Nous sommes dans une période où celui qui est malade, celui qui est dans une situation de détresse, doit être en mesure d'avoir de l'aide de personnes en qui il a confiance. On peut se trouver face à une femme ayant une grossesse d'un père incestueux et tellement terrorisée qu'elle demande que le père soit le réfèrent, dans une situation de contrainte psychologique très grande. Je crois que le danger de terroriser une jeune adolescente de quinze ans et demi d'être exclue du domicile familial, d'être mise au ban de la famille et de la société, me paraît de nature à ne pas faire de ce réfèrent familial une exigence et de laisser à cette jeune fille la possibilité de choisir, en laissant à l'équipe médicale le soin de s'exprimer lorsqu'elle a l'intuition d'une situation ambiguë. Je ne crois pas dans ce domaine qu'on puisse arriver à trouver des référents qui soient parfaits.

M. Claude HURIET - Je pense à des référents hors famille. C'est-à-dire que cela peut très bien être le père de l'enfant, l'adulte de vingt ou vingt-cinq ans, qui se présente comme réfèrent pour que la jeune adolescente à laquelle il a fait un enfant puisse se passer de l'accord parental.

Professeur Didier SICARD - Je pense que vous avez raison et que cela est tout à fait possible. A ce moment-là, on peut dire que ce sera une interruption d'un couple, la femme étant soumise au désir du père.

Sur le deuxième point, les femmes qui viendraient d'Europe, je n'ai pas de chiffre, je ne suis pas compétent pour répondre. Nous n'avons pas

voulu ajouter l'étude que nous avons faite en Europe pour ne pas donner l'impression que cet avis était donné en fonction des autres situations européennes. Je ne pense pas que la prise en charge des interruptions de grossesse soit tellement bonne en France qu'elle entraîne une importation de ce genre de situations...

M. Jean DELANEAU, président - Il me reste à vous remercier. Je crois que vous avez conclu une journée qui était très importante pour nous.

III. AUDITIONS DU MERCREDI 17 JANVIER 2001

M. Jean DELANEAU, président - Nous ouvrons les auditions sur le projet de loi portant sur l'interruption volontaire de grossesse. Nous avons demandé au Docteur Bernard Maria, Président du collège national des gynécologues-obstétriciens français de bien vouloir venir devant la commission. Il se trouve directement concerné par le projet de loi que nous étudions actuellement. Il tentera de nous dire les problèmes que ce projet de loi lui pose et ce qu'il en pense.

A. *DOCTEUR BERNARD MARIA, PRÉSIDENT DU COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS*

Docteur Bernard MARIA - Je vous remercie monsieur le président.

Mesdames et messieurs les sénateurs, c'est en tant que professionnel que je me présente devant vous afin de vous donner mon avis sur le projet de loi. Je suis, depuis deux ans, président du collège national des gynécologues-obstétriciens. A ce titre, je tenterai de représenter la profession qui est amenée à s'occuper de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse ainsi que de la stérilisation tubaire dont nous discuterons ultérieurement.

A titre personnel, je suis, depuis quinze ans, chef d'un service de gynécologie obstétrique dans un hôpital de la banlieue parisienne à Villeneuve-Saint-Georges. Ainsi, je pratique des interruptions volontaires de grossesse depuis de nombreuses années. J'appartiens à cette génération qui a vu se mettre en pratique la loi Veil lorsque j'étais interne. Pour des raisons personnelles, j'ai toujours accepté de pratiquer des IVG. J'en pratique d'ailleurs toujours. Dans mon service de gynécologie-obstétrique, nous pratiquons des IVG au sein de l'ensemble de la spécialité sans être isolés du reste du service.

La présente loi va modifier profondément l'organisation des interruptions volontaires de grossesse. Ce projet de loi comporte trois modifications majeures. La première porte sur l'allongement du délai. La deuxième porte sur la suppression de l'entretien social. Enfin, le dernier point que je souhaiterais aborder porte sur la stérilisation.

La première modification a été celle qui a été le plus largement débattue par les médias. Il s'agit de la prolongation de l'âge autorisant la pratique de l'interruption de grossesse. Pour utiliser des termes communs, je dirai que le projet de loi souhaite porter le terme de dix à douze semaines de

grossesse. En d'autres termes, l'interruption est autorisée jusqu'à douze semaines de grossesse ou quatorze semaines d'aménorrhée.

A titre personnel, je crois que ce point de la loi a un peu occulté la réalité du problème. Le fait est qu'en France la loi n'est pas strictement appliquée. Il existe d'évidentes difficultés dans l'organisation des centres d'IVG et des pratiques. En effet, l'accessibilité des centres n'est pas toujours correctement visible pour les personnes les plus démunies. C'est malheureusement le cas de nombre de ces femmes qui demandent une interruption de grossesse. Aujourd'hui, entre 5 et 7.000 demandes d'IVG ne peuvent être acceptées. Or, à chaque fois que l'on établit des dates butoirs, des personnes parviennent à passer par la porte tandis que d'autres butent après la barrière. Demain, nous pouvons imaginer que quelques milliers de femmes souhaiteront recourir à une IVG après quatorze semaines de grossesse, ce qui sera toujours impossible. Nous pourrions envisager de repousser encore et encore le délai. Nous pouvons penser que nous serons amenés à faire des commissions, des lois et des décrets pour repousser à nouveau ces limites.

C'est la raison pour laquelle le collège a souhaité prendre position. Nous considérons que la seule augmentation du délai n'est pas une excellente réponse au véritable problème auquel nous devons faire face. Nous pensons que le véritable problème est davantage lié à la bonne organisation de l'interruption volontaire de grossesse et en particulier à son accès. Pourquoi rencontre-t-on tant de difficultés ? A mon sens, je pense que cette situation a une double explication.

Premièrement, elle s'explique par des raisons culturelles. L'interruption volontaire de grossesse est passée dans les mœurs sans être complètement intégrée par l'ensemble des citoyens, hommes et femmes, comme un recours et une pratique tout à fait légitimes au même titre que d'autres moyens de contraception et de contrôle des naissances. L'IVG n'est pas non plus acceptée comme peuvent l'être d'autres sortes de soins. Je pense en particulier à la chirurgie plastique et reconstructive. Une personne qui demande une IVG n'est pas toujours aussi bien entendue qu'un malade qui se plaint auprès d'un médecin. Cette différence sociologique me semble fondamentale.

Deuxièmement, la loi Veil n'a pas été exécutée dans la pratique par les établissements privés comme publics. En effet, pour certains de ces établissements, l'application de la loi pose des problèmes en termes de moyens. Pour d'autres établissements, elle pose des problèmes d'organisation. Pour d'autres encore, il s'agit d'un problème de lisibilité de l'accès. Force est de reconnaître que le système actuel souffre d'une absence de publicité. J'entends par ce terme qu'il manque une information visible et lisible pour les femmes les plus démunies. Ce manque d'information rend leur parcours plus

difficile. Lorsque ces femmes se retrouvent dans la détresse la plus totale -la majorité d'entre elles se trouvent dans une situation socio-économique relativement critique- trouver un centre d'IVG est un véritable parcours du combattant. Je pourrai vous citer de nombreux exemples issus de mon expérience personnelle. Je me suis fréquemment retrouvé devant de jeunes femmes démunies qui ne savaient pas où s'adresser. Dans de nombreux cas, ces femmes ne pensent pas à se renseigner auprès de l'hôpital public pour que ce dernier puisse leur fournir une adresse d'un centre ou leur donner les modalités d'accès à l'interruption volontaire de grossesse.

Au-delà de l'augmentation du terme autorisant l'IVG, il serait essentiel que nous insistions fortement sur l'organisation et la bonne visibilité du parcours pour les femmes. Il faudrait également définir les moyens qu'il serait nécessaire d'accorder aux centres et aux équipes qui pratiquent les IVG sans que cette pratique ne soit dissoute dans l'ensemble de la pratique de l'établissement. On entend parfois dire que des moyens ont été alloués à des centres d'IVG. Pourtant, lorsque nous interrogeons les gens de terrain nous constatons que le personnel n'est pas plus nombreux dans ces centres. Nous déplorons qu'il n'y ait ni davantage de secrétaires ni davantage de psychologues.

Pour prévenir les IVG, qui sont encore trop nombreuses en France, il est impératif de développer une politique culturelle sur la contraception et l'accès à la prévention des grossesses non désirées. En effet, la contraception n'est pas si automatique que l'on pourrait le supposer. Les sociologues et les psychologues expliquent que le fait de maîtriser sa reproduction pour une femme ou pour un couple n'est pas aussi évident que l'on voudrait le laisser entendre. Par conséquent, il faut sans cesse fournir des efforts d'éducation et d'information afin que cette contraception passe dans les mœurs. Or ce n'est pas lorsque les femmes se situent au milieu de leur parcours qu'il faut commencer à se préoccuper de leur information. C'est lorsque ces femmes sont jeunes. Il est essentiel de les informer avant qu'elles ne rentrent dans la vie sociale et dans la vie active. Nous citons volontiers l'exemple des Pays-Bas, non pas parce qu'ils bénéficient d'une limite avancée d'IVG, mais parce qu'ils ont un des taux les plus faibles d'IVG rapporté à la population des femmes actives. Ceci s'explique par le fait qu'ils ont mis en œuvre, de longue date, une politique de prévention et d'éducation sexuelle. C'est probablement au cours de la scolarité et au début de l'adolescence qu'il faut inculquer un certain nombre de connaissances liées aux risques de la sexualité. Il faut non seulement informer sur les maladies sexuellement transmissibles mais également assurer une information en matière de grossesse non désirée.

Ce deuxième point du projet de loi me semble d'autant plus important qu'il permet de montrer aux jeunes femmes et aux jeunes gens que la

contraception est une absolue nécessité pour éviter de se retrouver dans cette issue dramatique qu'est l'interruption volontaire de grossesse.

Le troisième point est peut-être un aparté car il ne figurait pas dans le texte initial présenté par Mme Aubry. Je veux parler de la stérilisation tubaire. C'est une méthode de contraception particulière car définitive. Voilà fort longtemps que les professionnels et le collège militent pour sa reconnaissance ou au moins son autorisation en France. Il est nécessaire que cette méthode soit extraite de ce vide juridique. Il s'agit d'une bataille à la fois entre juristes, légistes et professionnels pour que cette méthode soit raisonnablement accessible comme c'est le cas dans beaucoup de pays occidentaux. Cette méthode est également recommandée par l'OMS et les instances internationales. Il est donc heureux que ce point ait été clarifié par l'article 70 de la loi portant création de la couverture maladie universelle.

Aujourd'hui, il faut que les choses soient encore mieux clarifiées grâce à un texte supplémentaire affirmant que l'occlusion tubaire peut être une forme de contraception recevable et utilisable. Cette forme de contraception doit se faire à la demande des patientes sous réserve d'une claire négociation avec les médecins afin d'éviter les dérives et les excès. Dans ces conditions, il est évident que la stérilisation tubaire peut avoir sa place comme mode de contraception proposé aux femmes et aux couples. En France, on pense plus fréquemment à la ligature des trompes qu'à la ligature des canaux déférents alors que dans d'autres pays, si elle n'est pas de 50 %, la répartition est mieux équilibrée.

Voici quels sont les points généraux que je souhaitais porter à votre connaissance sur ces trois aspects de la loi. Je suis désormais prêt à répondre à vos questions qu'elles portent sur les aspects techniques ou professionnels de ce projet.

M. Jean DELANEAU, président - Je vous remercie monsieur le président. Je laisse la parole à monsieur le rapporteur.

M. Francis GIRAUD, rapporteur - Monsieur le président, mes chers collègues, mes chers confrères, ce projet de loi va modifier le délai qui autorise l'interruption de grossesse. Quelles sont, selon vous, les conséquences médicales de l'allongement de deux semaines du délai légal pour une interruption de grossesse ? L'intervention est-elle plus compliquée et plus risquée à douze semaines de grossesse ? Suppose-t-elle une compétence particulière ainsi que des moyens particuliers ?

N'existe-t-il pas un risque de voir diminuer le nombre de médecins pratiquant des IVG si le délai légal est prolongé de deux semaines ? En effet, on nous signale que certains médecins qui pratiquaient des IVG jusqu'à douze semaines d'aménorrhée ont fait part de leur réticence voire de leur farouche

volonté de ne pas pratiquer l'interruption de grossesse au-delà du délai de douze semaines.

Une question me semble importante même si vous ne l'avez pas évoquée dans votre intervention. Que pensez-vous de la suppression, par l'Assemblée nationale, du caractère obligatoire qui figurait dans la loi Veil de l'entretien social préalable à l'IVG ?

Quelles réflexions vous inspire la disposition du projet de loi prévoyant la présence d'un adulte référent chargé d'accompagner dans sa démarche la mineure qui n'aurait pas obtenu le consentement parental ? Je regrette d'ailleurs que l'on ne nous donne pas une définition exacte de ce référent. Quelle serait, dans ce cas, la responsabilité juridique d'un médecin qui aurait pratiqué une IVG sur une mineure sans l'accord des parents ?

Que pensez-vous des dispositions introduites par l'Assemblée nationale relatives à la stérilisation à visée contraceptive ? Par ailleurs, les modifications que connaissent les couples actuellement, qui sont confirmées par les données statistiques dont nous disposons, ne vous interpellent-elles pas sur le fait de proposer une contraception définitive et irrémédiable ?

M. Jean DELANEAU, président - Je souhaiterais compléter quelque peu les questions du rapporteur. Monsieur Maria, vous avez dit que des interventions se faisant au-delà de la dixième semaine ne serait-ce qu'à cause des incertitudes qui pèsent sur l'âge de la grossesse. Il est ainsi nécessaire de procéder à une échographie pour avoir davantage de précision sur le terme de la grossesse. Vous avez évoqué le risque que la date butoir ne soit à nouveau repoussée au bout d'un certain nombre d'années.

Nous avons rencontré ce type de difficultés en 1979. Avez-vous une idée de l'importance des interruptions qui ont lieu au-delà de douze semaines de grossesse par rapport au nombre total d'interruptions de grossesse ? Avez-vous une idée des complications possibles qu'entraînerait un avortement tardif ?

Docteur Bernard MARIA - Le problème médical lié aux complications de l'acte agite tout le monde et les professionnels en premier lieu. Il est clair que plus la grossesse avance, plus l'embryon est volumineux et plus il sera difficile à évacuer de façon commode sans incident et sans complication. Dans ces conditions, il est plus difficile de pratiquer une intervention avec évacuation par les voies naturelles. Le col de l'utérus n'est pas conçu pour s'ouvrir facilement en début de grossesse. Il faut par conséquent trouver des techniques ou des moyens qui permettront la réalisation de l'interruption de grossesse sans conséquence future pour la femme. Il est certain que nous nous préoccupons de ce sujet. Toutefois, le taux de complication est faible. Ce taux s'élève à moins de 1 % jusqu'à la septième

ou la huitième semaine de grossesse. Il peut s'élever à 1,5 % de douze à quatorze semaines de grossesse.

Bien entendu, tout statisticien pourrait nous dire que le taux de complication augmente et qu'il est nécessaire de veiller à ce problème. Nous pouvons estimer également qu'un taux s'élevant à 1,5 % de complication est relativement faible par rapport à d'autres procédures pratiquées par les thérapeutes. L'IVG est à cet égard l'une des procédures qui a le plus faible taux de complication par rapport aux autres techniques appliquées à la médecine humaine.

Néanmoins, ce point reste une préoccupation. C'est peut-être pour cette raison qu'un certain nombre de nos collègues se sentent un peu moins motivés pour faire des interruptions de grossesse entre douze et quatorze semaines d'aménorrhée. A cet égard, un autre point se doit d'être soulevé. La plupart n'ont pas l'habitude d'utiliser de telles techniques. Ils sont craintifs et se posent de nombreuses questions. Par conséquent, il est nécessaire de passer par une première étape. Il faut en effet apprendre, auprès de ceux qui disposent du savoir-faire et de la connaissance, que ces derniers soient français ou étrangers. Certes, il est essentiel d'être volontaire. Nous espérons également que ces techniques d'interruptions tardives seront appliquées à une minorité de femmes et qu'elles ne seront pas une pratique quotidienne.

Ceci pose la question de l'équilibre entre savoir et savoir-faire. En effet, apprendre des techniques utilisées peu fréquemment, est-ce la meilleure manière de procéder ? C'est une question qui peut se poser légitimement. Tous les praticiens qui font des IVG actuellement peuvent-ils faire ou seront-ils autorisés à faire de telles IVG ? L'hypothèse est de savoir s'il faut réserver cette pratique à quelques praticiens qui, pour des raisons de matériels ou parce qu'ils ont l'habitude des interruptions médicales de grossesse, seraient mieux à même d'assurer une sécurité et une compétence technique.

Dans le domaine professionnel, le débat n'est pas du tout tranché. Certaines personnes estiment qu'apprendre une technique n'est pas si difficile. Nous disposons de moult exemples en gynécologie-obstétrique. Certaines techniques, fascinantes au sens médiatique ou technique du terme, sont passées dans les pratiques courantes avant même d'être correctement évaluées car il était à la mode de les pratiquer. Des médecins ont décidé de très vite apprendre ces techniques par désir de briller. Bien entendu, aucun professionnel ne dit que l'on brille en pratiquant des IVG.

Le médecin rend un service. Il rend un humble service qui est plutôt une besogne. C'est peut-être pour cette raison que les professionnels sont peu motivés lorsqu'il s'agit d'apprendre des techniques nouvelles d'IVG.

Personnellement, je souhaiterais rappeler un détail historique récent. Au cours des années 85, nous avons participé à la mise en place des techniques médicamenteuses d'IVG avec le RU 486. Cette technique était également novatrice. Nous souhaitions développer la connaissance et la recherche dans ce domaine et certains médecins se sont lancés dans cette aventure. D'autres ont attendu que ces techniques soient codifiées. Ces nouveautés allaient certes changer les habitudes. Il fallait apprendre de nouvelles procédures et expliquer les choses différemment aux patientes. Il est certain que ces bouleversements ne sont pas toujours faciles à appréhender. Ceci oblige à fournir un effort constant de la part des professionnels. Il est nécessaire de s'adapter à de nouvelles techniques médicales et d'en faire son propre usage. Vous aurez toujours dans tous les domaines cette préoccupation : comment se lancer dans quelque chose de nouveau ? Il faut réfléchir et apprendre avec modestie. Il faut appliquer ces techniques avec conscience pour ensuite pouvoir les proposer aux patients qui en ont besoin.

A l'heure actuelle, nos collègues étrangers nous regardent avec le sourire car ils estiment que les Français, une nouvelle fois, sont en train de se battre sur de faux problèmes. Certes, des aspects techniques doivent être connus. Dans d'autres pays, on les maîtrise déjà. C'est le cas en Espagne, en Angleterre, aux Pays-Bas ou encore dans d'autres pays européens. Ces pays ne se sont pas posés les mêmes questions que celles qui préoccupent la profession française. Néanmoins, nous insistons sur le fait que plus nous augmentons le terme de l'IVG, plus il faut être attentifs. Le risque de complication peut être plus important. Il relève du devoir professionnel de bien s'organiser et de bien apprendre ces techniques afin de fournir une prestation de qualité.

M. Jean DELANEAU, président - Vous dites qu'il est nécessaire de suivre une formation. Or la plupart des praticiens qui font des IVG sont des vacataires. Qui va prendre en charge leur formation ?

Docteur Bernard MARIA - Vous vous situez au cœur du problème. En effet, il existe une réelle distinction entre les statuts des médecins. Le statut de médecin titulaire offre une reconnaissance professionnelle et des droits à la formation. Lorsqu'un médecin pratique de façon totalement libérale, les procédures sont plus complexes. Lorsque des médecins bénéficient du statut ambigu d'attaché vacataire, on se retrouve avec une absence totale de statut et de prise en charge. Qui va prendre en charge la formation ? L'hôpital va dire au médecin non titulaire qu'il doit avoir recours à la formation privée. Le médecin va dire qu'il n'a pas le temps et rétorquer que faire des IVG dans les hôpitaux ne relève pas de sa vocation première.

Dans ces circonstances, il faudrait repenser les modalités administratives ou techniques. Peut-être doivent-elles être modifiées, recrées ou reconnues pour l'ensemble des acteurs et non seulement pour les médecins

qui pratiquent l'IVG. Ce point doit être éclairci pour que l'ensemble des médecins qui travaillent à l'hôpital, quel que soit leur statut, aient un droit parfaitement défini d'accès à la formation professionnelle et aient la possibilité d'évoluer et d'apprendre des techniques et des pratiques nouvelles. Il ne faut pas que ce droit soit réservé à des médecins bénéficiant d'un statut particulier. Cette asymétrie me semble préjudiciable à l'évolution des techniques et à la qualité des soins.

M. Jean DELANEAU, président - Peut-on reprocher à ce médecin vacataire, notamment par le Conseil de l'ordre, de ne pas avoir utilisé les meilleures techniques qui existent dans l'état actuel des connaissances ?

Docteur Bernard MARIA - C'est possible. En matière de plainte et d'obligation, c'est l'expertise réalisée par le médecin expert qui tranchera sur les techniques utilisées ou sur les précautions prises ou non prises. Au sein de la profession médicale, le code de déontologie nous impose d'utiliser des techniques appropriées et de suivre l'évolution des pratiques.

Au-delà des règles administratives et financières assorties à cette possibilité, il est nécessaire d'appliquer les techniques les plus appropriées à la situation à laquelle le médecin doit faire face. Si ces techniques ne sont pas appropriées et s'il y a complication et plainte, le médecin pourra faire l'objet de sanctions. Il incombe également aux professionnels et aux systèmes de santé de résoudre cette question. Ils doivent se demander comment ils peuvent aider à encadrer la formation professionnelle des médecins quel que soit leur statut, qu'il relève d'un statut privé, public ou qu'ils soient encore vacataires, afin que ces médecins puissent communément évoluer dans leurs pratiques. Cette remarque n'est pas propre à l'IVG.

Pour revenir à la question qui m'était posée portant sur la réticence de certains praticiens, nous avons effectivement été saisis par un certain nombre de nos collègues, de toutes origines et de tous statuts, disant que nous avions une bonne pratique des IVG par aspiration jusqu'à dix semaines de grossesse. Ils étaient embarrassés pour deux raisons. Le problème ne se situe pas uniquement au niveau des nouvelles techniques qu'ils ne maîtriseraient pas. En effet, nous leur répondrions alors qu'il existe bien d'autres techniques récentes qu'ils ne maîtrisent pas encore. L'interruption volontaire de grossesse n'est pas une opération chirurgicale standard. Il ne s'agit pas d'un acte anodin, ni pour les médecins ni pour les femmes. Il s'agit en effet de faire disparaître un embryon ou un fœtus. Au-delà des considérations strictement idéologiques ou éthiques, il faut reconnaître qu'il s'agit d'un acte particulier.

Une aspiration à huit ou neuf semaines concerne un embryon qui mesure 25 à 30 millimètres de longueur dont l'apparence est relativement floue. En revanche, plus le terme avance, plus l'embryon est gros, plus il est difficile à faire sortir, et plus l'apparence est déterminée. C'est pour cette

raison que certains médecins sont réticents. En effet, en allant de plus en plus loin, les professionnels risquent de se retrouver à cette frontière ténue et non écrite. Certes, la femme est enceinte. Toutefois, nous sommes à un stade où la décision de la continuité appartient à la patiente. En revanche, lorsque la grossesse se poursuit, les choses sont différentes. Il est nécessaire de faire la déclaration de grossesse avant quatorze semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire avant la douzième semaine de grossesse.

Nous arrivons alors à la frontière où la grossesse acquiert une identité sociale. Je crois que psychologiquement, c'est à ce niveau que se situe la préoccupation principale des médecins.

Je souhaite, bien entendu, que ces interruptions de grossesse avancées ne soient pas trop nombreuses. Il est nécessaire de respecter scrupuleusement le volontariat des professionnels dans la pratique des IVG. Lorsque le professionnel pense ne pas pouvoir réaliser un acte, il doit le confier à un confrère qui bénéficie de l'organisation idoine pour réaliser de telles interventions. Nous retrouvons le système d'organisation de santé en réseaux où des opérations sont effectuées dans des centres spécialisés. Je pense qu'il existe une vraie réticence mais nous disposons des moyens professionnels d'y répondre.

La troisième question que vous m'avez posée portait sur la place de l'entretien social. Sur le plan historique, je crois que l'entretien social était destiné à rendre service aux patientes afin de les renseigner sur les droits qu'elles pouvaient faire valoir. Aujourd'hui, les choses sont différentes et sont devenues beaucoup moins intéressantes et utiles. Force est de constater que cette étape apparaît comme une étape supplémentaire de la procédure. Plus de 90 % des patientes qui viennent faire une IVG sont fermement décidées dès la première consultation. Or le système actuel leur demande de se rendre à divers entretiens. Je pense que si nous supprimions une étape, les femmes prêtes à subir une IVG seraient tout aussi décidées.

Le côté obligatoire de l'entretien peut être effectivement discuté. La suppression peut être envisagée pour alléger les procédures. Elle peut permettre également de donner du temps aux conseillères conjugales et aux psychologues de s'occuper plus spécifiquement des véritables problèmes des patients indécis plutôt que de les surcharger de patients qui ne connaissent pas de véritables problèmes. Par conséquent, nous serions volontiers d'accord pour que l'entretien social ne soit plus obligatoire. Il serait préférable qu'il soit à la carte et qu'il soit réservé aux préoccupations les plus criantes.

En ce qui concerne les mineures, vous touchez du doigt un sujet de société qui fait l'objet de moult débats. Lorsque les mineures sont impliquées, nous pouvons nous trouver dans trois cas de figure différents.

Dans le premier cas, la mineure enceinte entretient de bonnes relations avec ses parents. Ses parents sont au courant de la situation. Dans ces conditions, que la mineure obtienne l'autorisation ou non, la relation parents-mineures est claire. La demande d'interruption volontaire de grossesse est alors faite de façon conjointe.

Les deux autres cas de figure sont plus difficiles. Dans le deuxième cas, la mineure n'a jamais osé parler de sa sexualité et de sa grossesse à ses parents. Il est difficile de parler d'IVG à des parents pour lesquels le dialogue autour de la sexualité n'existe pas voire est culturellement impossible. Dans les délais impartis par la loi, les professionnels se doivent en peu de temps de lever tous ces tabous et de pousser les jeunes à des extrémités. Il existe plusieurs solutions. Le professionnel peut remettre une attestation à la mineure et refuser de savoir si c'est effectivement le parent qui la signe. La jeune femme peut faire appel à un adulte de son entourage pour parapher l'autorisation. La responsabilité est alors semble-t-il protégée par cette autorisation. Certains autres médecins exigent que les parents viennent signer l'autorisation en leur présence. Dans la mesure où le professionnel de santé n'a pas mission de police, il ne vérifie pas la pièce d'identité de l'adulte présent. Aucune solution ne semble facile. Il est clair qu'il est nécessaire de trouver une solution.

Le troisième cas me semble encore plus caricatural. C'est lorsque des patientes se trouvent dans des situations extrêmement défavorisées pour lesquelles les parents ne sont pas présents. Leurs parents peuvent vivre en dans un pays étranger. Ils peuvent être déjà décédés. Lorsque la famille se trouve au bout du monde, il est néanmoins nécessaire de prendre une décision pour cette adolescente. Dans ces conditions, l'application stricte du texte est impossible voire impensable. Nous parvenons, dans certains cas, à avoir des communications par fax. Des autorisations parentales nous sont parfois parvenues par fax sous le sceau d'un consulat ou d'une ambassade. Toutefois, force est de reconnaître que ces procédures sont lourdes.

Toutes ces raisons font que l'autorisation parentale ne devrait pas toujours recouvrir un caractère obligatoire. Cette disposition peut rendre service à ces mineures. D'autres personnes vous diront qu'aucune autorisation parentale n'est requise lorsque les adolescentes souhaitent mener leur grossesse à terme. Elles auront même des droits. Il existe donc une asymétrie. Les adolescentes n'ont pas besoin d'autorisation pour mener leur grossesse à terme. En revanche, elles auraient besoin d'une autorisation pour supprimer la grossesse alors que nous nous trouvons dans un pays où le droit à l'IVG est reconnu pour les majeures. Il faut ainsi réfléchir à la modification de cette obligation.

Mme le professeur Michèle Uzan propose qu'une majorité sanitaire puisse être attribuée. Il serait peut-être bon que cette majorité ne soit pas accessible pour les toutes jeunes filles. Mais elle permettrait pour nombre de jeunes femmes de résoudre leurs problèmes.

Dans le cas où une anesthésie est nécessaire, les anesthésistes ont le droit d'exiger une autorisation parentale, qu'il s'agisse d'une IVG ou d'une autre intervention chirurgicale. Nous nous retrouvons devant les mêmes difficultés. Certes, la procédure peut revêtir un cadre moins rigide. On peut faire signer une demande d'anesthésie pour une intervention que l'on peut baptiser d'un terme différent. Cependant, si les parents ne sont pas présents, l'opération n'est pas plus simple.

La question de la responsabilité est un large débat. La proposition qui nous a été faite est de définir un adulte référent. Je partage tout à fait votre opinion lorsque vous vous interrogez sur ce qu'est la définition d'un adulte référent. J'ai été saisi par le personnel à ce sujet. En effet, si l'adulte référent peut être une personne du personnel, il y aura engagement de responsabilités de personnes qui se trouvent des deux côtés de la barrière, l'infirmière qui reçoit, l'assistante sociale qui mène l'entretien, le médecin qui décide. Tous ces acteurs professionnels peuvent-ils être des référents ?

Pourtant, la solution paraît simple. Lorsque l'adolescente a un bon contact avec un professionnel, il peut paraître logique que cet individu joue le rôle de l'adulte référent. Lorsque cette décision part d'un bon sentiment, on peut penser que cette situation convient. Toutefois, si un problème survient, ces personnes engageront une responsabilité qui va au-delà de leur rôle *stricto sensu*. Le mélange des responsabilités entre d'une part celle du professionnel organisant ou réalisant l'IVG et d'autre part celle du professionnel ayant accordé l'autorisation à la mineure, autorisation qui pourrait par la suite être contestée en cas de complications, induit une préoccupation sensible. C'est pour ces raisons que nous souhaiterions que la loi détaille les applications de cette mesure. Il est souhaitable que la loi définisse plus précisément ce point afin que nous sachions quelle est la définition exacte de l'adulte référent et que celui-ci soit parfaitement défini par rapport à la personne mineure. Néanmoins, le mélange des genres est difficile. Il me paraît logique que les membres du personnel bienveillants pour les IVG fassent des restrictions au niveau de cette demande. Ils peuvent se sentir déchirés entre le sentiment de ne pas laisser la jeune fille seule avec ses difficultés et le fait de ne pas pouvoir décider pour elle. Le risque est alors de devenir des personnes qui jugent et autorisent les pratiques pour toutes les mineures, ce qui serait excessif.

La dernière question que vous m'avez posée porte sur la stérilisation tubaire. La stérilisation tubaire est un mode de contraception particulier car définitif. C'est sur ce point qu'il est nécessaire de porter toute l'information

nécessaire. Indépendamment des arguties historiques et juridiques, la stérilisation tubaire se pratique en France. Depuis longtemps, le collège, l'ordre des médecins comme diverses autres sociétés savantes, distribuent et éditent des règles de bonne conduite qui permettent d'accepter ou de refuser la demande d'occlusion tubaire.

Bien entendu, des paramètres doivent être pris en considération. Il s'agit en premier lieu de l'âge de la patiente. Il est évident que nous ne pouvons procéder à une stérilisation tubaire sur une femme jeune. Il faut savoir si le couple ou la femme a déjà donné naissance à des enfants. Il est également nécessaire de vérifier si la femme a des contre-indications ne lui permettant pas de faire appel aux autres méthodes de contraception. L'étude de ces paramètres doit être assortie d'une information claire et nette. Il est également nécessaire que la patiente exprime son consentement en signant une autorisation. Des études démontrent qu'il existe fréquemment des remords après une stérilisation. Ceci est une réalité quel que soit l'âge auquel on procède à une stérilisation tubaire.

Néanmoins, les professionnels français persistent à penser que ce droit doit être proposé et être accessible. Il incombe aux professionnels de le régler de façon harmonieuse, efficace et intelligente. Nous sommes parfois étonnés de voir que ces pratiques, dans des pays étrangers, sont extrêmement laxistes et aboutissent parfois à des décisions étonnantes. A ce propos, j'ai souvenir d'avoir rencontré une jeune femme américaine qui était venue pour pratiquer une IVG en France au début de l'utilisation du RU 486. Cette jeune femme avait déclaré qu'après cette grossesse non désirée, elle allait demander une ligature des trompes. Elle n'avait que 24 ans et n'avait pas d'enfant. Sans considérer qu'elle pouvait prendre la pilule et qu'elle pouvait avoir recours à un stérilet, elle demandait une stérilisation définitive. Cette décision est aberrante. Ceci relève d'une autre culture. Cette décision nous surprend considérablement. Je pense que les professionnels français sont très sensibles au fait que la stérilisation tubaire ne se manie qu'avec beaucoup de précaution et beaucoup d'informations et requiert un délai de réflexion. Un temps est nécessaire entre la demande et la réalisation de la stérilisation afin que toutes les informations soient parfaitement comprises par la femme ou le couple.

M. Lucien NEUWIRTH - Je souhaite vous poser une question portant sur la création des centres spécialisés pour des IVG au-delà du délai de dix semaines de grossesse. Pensez-vous qu'il est possible de spécialiser suffisamment de centres pour répondre à la demande ? De plus, je considère que vous avez parfaitement raison en ce qui concerne la situation des médecins vacataires. Nous pouvons peut-être résoudre ce problème au travers de la création de ce type de centres.

M. Claude HURIET - Pouvez-vous confirmer que le nombre d'interruptions volontaires de grossesse est plus important dans notre pays que dans d'autres pays ? Si oui, comment expliquez-vous cette situation ? Par ailleurs, en ce qui concerne, les 4 à 6.000 femmes qui dépassent le délai, avez-vous une idée du motif de retard ? Ceci est-il lié au nombre de centres ? Quelle a été l'évolution du nombre des centres d'interruptions volontaires de grossesse au cours des cinq ou six dernières années ?

En conclusion et selon vous, l'allongement de deux semaines du délai est-il la réponse que vous souhaiteriez donner en fonction de votre réponse aux deux premières questions ?

M. Guy FISCHER - Nous voyons la nécessité d'avoir un temps de dialogue. Par rapport au problème d'information et la visibilité, vous avez insisté sur ce volet pour les personnes démunies. Certes, le prolongement du délai peut constituer une réponse. Vous avez d'ores et déjà esquissé des pistes de réflexion. Que faudrait-il entreprendre de manière très concrète ?

M. Paul BLANC - Si effectivement dans notre pays il y a davantage d'interruptions volontaires de grossesse que dans d'autres, pensez-vous que le fait d'avoir adopté la loi sur la pilule du lendemain est susceptible de faire diminuer le nombre d'interruptions volontaires de grossesse ?

Docteur Bernard MARIA - Je vais tenter de répondre à vos questions en procédant dans l'ordre.

Concernant la création des centres spécialisés, pour des raisons techniques et pour des raisons de volontariat des professionnels, nous pouvons admettre qu'il faudrait réserver cette pratique à certains centres. Il faut également faire en sorte que ces centres soient répartis de façon harmonieuse sur le territoire afin d'être accessibles. Cette solution me paraît raisonnable et possible. Cependant, je souhaite émettre deux réserves. Premièrement, il faut accorder les moyens nécessaires. Les missions de service public doivent être clairement définies jusque dans les détails. Il ne suffit pas de dire aux professionnels « il faut », « il n'y a qu'à », « vous avez des obligations ». Il est aussi nécessaire de dessiner un contour, d'allouer du personnel et d'accorder du temps. Ce personnel se rémunère. Il utilise quelques moyens même s'ils restent modestes par rapport à d'autres techniques médicales. Nous ne pouvons pas nous permettre de rester dans le flou. Un service de gynécologie-obstétrique est plus ou moins défini dans un hôpital. Les pratiques prennent de plus en plus de temps. Il faut du temps pour diffuser l'information. Il faut accorder quelques moyens pour que ces médecins aient le temps d'effectuer correctement les missions qui leur sont confiées. Faire des centres spécialisés me paraît possible. Il me semble que cette solution doit être envisagée. Il faut penser que ces centres doivent être harmonieusement répartis dans les régions et les départements de France. Il faut certes parfois secouer les pesanteurs

historiques et administratives car les hôpitaux et les cliniques ne se déménagent pas aisément.

La deuxième question portait sur le nombre d'IVG pratiquées en France. Il est vrai que, par rapport à certains pays, il existe des divergences. Dans certains pays, le taux d'IVG est relativement élevé. C'est le cas de la France ou de l'Angleterre. Dans ces pays, le taux est environ de 15 % d'IVG par rapport au nombre de grossesses déclarées et au nombre de grossesses persistantes. Dans un autre groupe de pays, le taux d'IVG est de 7 %. C'est le cas de l'Allemagne ou des pays scandinaves. Cela étant dit, je n'ai pas personnellement vérifié ces sources. Par conséquent, je ne saurais vous dire quelle est la précision de ces données statistiques. Vous savez fort bien qu'en matière de comptabilité de santé, selon la rigueur et la définition des registres, il est possible de faire considérablement varier les résultats. Ce fut le cas en matière de mortalité maternelle. En effet, le taux de mortalité maternelle anglaise paraissait remarquable par rapport au taux français. Toutefois, celui-ci a changé de façon sensible et significative lorsqu'ils se sont aperçus qu'avec un petit détail de définition comptable, il fallait rentrer dans une autre formule. Tout d'un coup, leur taux de mortalité maternelle est passé de 9 ‰ à 13 ‰. Dans la mesure où le taux français s'élevait à 13 ‰, nous étions soudainement devenus aussi bons que les Anglais dans ce domaine alors que quelques années auparavant on pensait que nous étions en deçà. Par conséquent, cet exemple illustre qu'il faut se méfier des comparaisons hâtives.

Néanmoins, je reconnais qu'il existe des pays dans lesquels il y a moins d'IVG. Il est fréquent de citer en exemple le cas des Pays-Bas. Ce pays mène depuis fort longtemps une politique active en matière d'éducation sexuelle et sanitaire. Cette information est délivrée aux adolescents dans le cadre scolaire. Il est nécessaire de tirer des leçons de cet exemple hollandais. En effet, tant que nous ne fournissons pas un effort d'éducation, nous ne pourrions réduire ce taux. Je pense que les débats sur l'IVG ne doivent pas être menés au niveau du ministère de la Santé mais au niveau du ministère de l'Éducation. C'est au niveau de l'éducation primaire, voire au début de l'éducation secondaire, qu'il faut aborder ces questions. Traiter de l'IVG en classe de 3^{ème} ou de 4^{ème} me semble déjà trop tard. Il serait préférable d'en parler avant la puberté. Comme on inculque des principes de précaution ou de sécurité, la sexualité devrait être apprise. Par ailleurs, cette information ne doit pas uniquement être adressée aux filles.

Enfin, concernant la pilule du lendemain, nous sommes en droit de penser que dans tout développement de la contraception, que celle-ci soit d'urgence ou définitive, l'objectif est de réduire le taux de grossesses non désirées. Plus la contraception est visible, moins nous aurons de grossesses non désirées. Cela étant dit, lorsque vous discutez avec des psychologues, ils vous parlent de l'ambiguïté de la situation. Il y a une ambiguïté des femmes

face à la grossesse. Néanmoins, si nous améliorons l'accessibilité à la contraception, nous devons inévitablement voir se réduire le nombre de grossesses non désirées.

M. Jean DELANEAU, président - Que pensez-vous de la suppression de la prescription médicale nécessaire pour la délivrance des contraceptifs hormonaux ?

Docteur Bernard MARIA - Personnellement, je parlerai peut-être davantage en mon nom qu'en celui du collègue. Je pense qu'il est nécessaire d'alléger le plus possible les procédures de distribution des contraceptifs. Toutefois, nous pouvons dessiner deux limites. Premièrement, nous devons nous demander si le produit fait l'objet de complications. Plus les contraceptifs d'urgence seront accessibles, mieux ils pourront être utilisés. Si le parcours est compliqué et s'il faut demander une ordonnance, les contraceptifs d'urgence ne seront pas utiles.

En dehors de la contraception d'urgence, certains ont des préoccupations sur la contraception orale, c'est-à-dire la pilule, qui est la plus employée des méthodes de contraception. Dans les milieux professionnels, nous sommes frappés de voir une certaine résistance qu'ont les médecins généralistes ou spécialistes à prescrire cette contraception orale. Il y a un effort à faire au niveau du corps professionnel pour expliquer que la contraception est une nécessité de la vie courante.

Il faut reconnaître que la contraception actuelle présente peu de risques pour la population générale. Il est nécessaire de repérer les patientes qui ont des problèmes et pour lesquelles il faudra faire des choix particuliers. La prescription devrait être simple. Je ne vais pas jusqu'à dire qu'elle pourrait se faire hors de la prescription médicale. Certains groupes professionnels se penchent sur la question. La demande de renouvellement est parfois automatique tous les six mois. Plus la contraception sera accessible et plus probablement les grossesses non désirées tendront à diminuer.

Mme Gisèle PRINTZ - Au début de votre intervention, vous disiez que les lieux où se pratique l'IVG sont peu connus. Pensez-vous que ceci est dû au fait que les centres ont peur des représailles des commandos anti-IVG ?

Docteur Bernard MARIA - Sur le plan historique, ce ne sont pas les commandos anti-IVG qui sont responsables. En fait, la publicité sur la contraception et sur l'avortement n'est toujours pas autorisée. Il est évident qu'il est impossible de mettre de grands panneaux à l'entrée de l'hôpital. Nous avons alors utilisé d'autres termes comme celui d'orthogénie. Toutefois, ce terme n'est pas toujours bien compris des jeunes femmes. Il est donc nécessaire de trouver d'autres moyens.

Je suis membre de la commission régionale des naissances d'Ile-de-France. Nous avons été sollicités à la fois par les autorités et les utilisatrices pour nous pencher sur l'organisation des IVG. La première des réponses qui s'impose est de trouver un numéro vert. Comment une femme dans la détresse peut-elle obtenir des renseignements simples ? Comment peut-elle obtenir des renseignements accessibles ? Si un numéro vert existe et qu'il est connu de la population, il sera possible d'obtenir des renseignements tels que la liste des centres. Ainsi, l'information sera accessible sans être complètement publique. Nous sommes en train d'envisager de créer un numéro vert sur l'Ile-de-France. Je suis étonné de voir que lorsque les femmes sont dans la détresse, elles n'ont pas le réflexe de s'adresser à l'hôpital public. Or, tous les jours, les urgences sont remplies de patients qui ne sont pas de vraies urgences hospitalières.

Concernant les militants anti-avortement, leur action me semble loin d'être anodine. Toutefois, je ne suis pas certain que ce soit cela qui motive les responsables et les autorités pour ne pas afficher clairement les endroits où l'on pratique les IVG. De plus, dans la mesure où la loi autorise l'interruption volontaire de grossesse, il s'agit d'une mission de service public. Probablement, nous tournons autour du pot. Nous n'osons pas utiliser le terme d'avortement. Nous parlons plus volontiers d'une interruption volontaire de grossesse ou d'orthogénie. L'appellation utilisée est empreinte d'un peu de flou ce qui contribue à ne pas rendre les choses totalement lisibles pour les patientes. Nous n'avons pas honte d'utiliser les termes de maternité ou de centre d'accouchement. Pour l'avortement ou l'interruption volontaire de grossesse, les choses sont à l'évidence plus difficiles.

M. Francis GIRAUD, rapporteur - Les renseignements que vous nous avez donnés sont particulièrement précis. Les opinions que vous avez exprimées sont également parfaitement claires. Ma question est la suivante. L'académie de médecine a donné un avis écrit sur nombre de sujets de sociétés. Y a-t-il toujours débat au niveau du collège national sur ces problèmes ou au contraire, avez-vous une idée parfaitement exprimée et consignée dans un texte écrit ? Il semble que certains praticiens faisant partie de votre société n'expriment pas exactement les mêmes opinions que les vôtres.

Docteur Bernard MARIA - Premièrement, lorsque les premières rumeurs sur les modifications législatives se sont fait jour, les professionnels qui pratiquent les IVG nous ont demandé si ces modifications allaient passer de façon simple, de façon critique ou de façon rigide au sein du conseil d'administration du collège qui rassemble toutes les tendances. Les plus anciens avaient souvenir des difficultés rencontrées au moment de la loi Veil. A notre étonnement, ou à notre satisfaction, cette question n'a pas été un sujet de crispation. Nous avons pris l'information comme étant une évolution technique et une volonté politique, peut-être discutable, comme je vous l'ai

dit, mais qui ne méritait pas que nous levions des boucliers en affirmant qu'il s'agissait d'une loi scélérate, criminelle ou scandaleuse. Globalement, même si quelques collègues avaient quelques réticences, cette réticence était davantage d'ordre intellectuel ou confessionnel qu'une réticence d'ordre professionnel. La tendance actuelle est de dire que la loi sur l'IVG évolue. Des arguments politiques sont contestés. Néanmoins, c'est à nous qu'il incombe de définir de bonnes pratiques professionnelles.

Deuxièmement, plusieurs spécialistes, dont des membres du collège, ont été saisis par l'ANAES pour participer à un groupe de réflexion sur des recommandations relatives à la pratique de l'IVG. Ces recommandations sont sur le point d'être publiées au cours des prochaines semaines. Le collège a été saisi par l'ANAES avec d'autres associations professionnelles. C'est un ancien président du collège, le professeur Michel Tournaire, qui dirige le groupe de réflexion. Le collège est pleinement partie prenante dans l'écriture des recommandations pratiques et techniques de la pratique des IVG.

Nous avons commis deux textes relativement simples et courts. L'un était un communiqué de presse qui a été édité au moment où la proposition de loi a été faite par Mme Aubry. Nous avons voulu prendre date auprès des médias. L'allongement du terme de la grossesse n'est peut-être pas la meilleure réponse à nos difficultés. Deux autres points méritent d'être développés. Il s'agit de l'information sur la contraception et sur la sexualité.

Nous avons également publié un communiqué de presse commun avec l'Académie de médecine et l'ordre des médecins. Mon maître, le professeur Sureau, nous a invités à une rédaction commune d'un communiqué afin de préciser nos intentions. Je pense donc que le collège s'est clairement prononcé sur la place publique.

M. Jean DELANEAU, président - Je vous remercie.

B. DOCTEUR PAUL CESBRON, PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC) ET CHANTAL BIRMAN, VICE-PRÉSIDENTE DE L'ANCIC

M. Jean DELANEAU, président - Nous allons poursuivre nos auditions. Je vous demande d'accueillir le professeur Paul Cesbron et Mme Chantal Birman. Quel est votre point de vue sur le projet de loi portant sur l'interruption volontaire de grossesse et sur la contraception ?

Docteur Paul CESBRON - Je remercie la commission de nous recevoir. Pour répondre très succinctement et très simplement à votre question, nos centres connaissent de réelles difficultés. L'auteur du rapport sur l'interruption de la grossesse en France, Israël Nisand, a souligné ces difficultés. Nous partageons assez largement son analyse. Nos difficultés sont principalement liées au fait que les services de gynécologie-obstétrique ont vu, au cours de ces vingt dernières années, des transformations assez fondamentales liées aux progrès médicaux et scientifiques. Il incombe à ces services d'assurer de nouvelles tâches. Je pense, en particulier, au diagnostic anténatal et à la procréation médicalement assistée. Si les moyens mis à la disposition de ces services ont évidemment évolué, ils n'ont sans doute pas évolué à un rythme suffisant. Or l'orthogénie et la contraception font partie traditionnellement de leurs obligations. Ces services ne peuvent faire face à ces activités dans de bonnes conditions. Lorsque l'on interroge l'ensemble des professionnels et des responsables des services, autant la plupart considèrent que c'est de leur responsabilité que de prendre en charge l'interruption de grossesse et la contraception, autant tous soulignent la difficulté qu'ils ont à mettre en œuvre ces activités.

L'expérience nous démontre que certains centres parviennent à fonctionner dans des conditions relativement satisfaisantes. Pour des raisons historiques, ces centres bénéficient d'une autonomie de fonctionnement. Ils sont soutenus par la Direction des hôpitaux permettant l'accueil et la prise en charge des interruptions de grossesse dans des conditions correctes. C'est pour cette raison que nous souhaitons que les législateurs soutiennent le développement de services, de centres ou d'unités -peu importe le titre- qui aient une autonomie suffisante. Notre volonté n'est pas de détacher ces centres de façon absolue. Notre objectif est que des moyens soient accordés aux services d'interruption de grossesse et de contraception. Pour défendre cette activité, il est nécessaire que ces centres bénéficient d'une autonomie reconnue par les hôpitaux, qui permette aux professionnels de travailler dans de bonnes conditions.

Je souhaite également insister sur le fait qu'il existe une dissociation des compétences entre les départements et l'Etat.

Les centres de planification dépendent actuellement de la compétence des départements tandis que l'interruption de grossesse dépend de la compétence de l'Etat. Or, à nos yeux, cette situation est l'une des origines des difficultés que connaissent les centres. Les services hospitaliers réclament des moyens pour d'autres activités. La tendance est de reporter la responsabilité de l'interruption de grossesse sur le département. Or les départements ont des contraintes et des limites de financement. Dans les faits, je déplore que l'on rejette la responsabilité de l'un sur l'autre, de l'Etat sur le département et du département sur l'Etat.

Le nombre d'interruptions de grossesses paraît à beaucoup comme important. Pourquoi parvient-on à ce chiffre, presque constant depuis vingt ans, alors que la contraception s'est améliorée ? Nous répondons à cela que l'accessibilité à la contraception n'est pas encore excellente. Si la contraception reste encore difficilement accessible, c'est en partie parce qu'il existe une dissociation de ces deux fonctions.

J'ajouterai une dernière remarque concernant le bon fonctionnement des centres. Le problème de l'accueil, de l'information et du respect dû aux femmes doit être discuté. Dans le texte de l'Assemblée nationale, on propose de supprimer la contrainte de l'entretien social. On propose également de faciliter l'accès à l'IVG pour les mineures et les jeunes femmes étrangères. Nous considérons non seulement que ces contraintes ne présentaient que peu d'intérêt mais qu'elles ne correspondaient plus aux besoins des femmes.

En revanche, nous souhaitons insister fortement sur le fait que nous devons, dans nos structures, avoir une obligation d'écoute, d'information et d'accueil des femmes. Cette obligation doit se traduire dans les textes d'application. Depuis 25 ans, le personnel soignant accueille et écoute les femmes. Il assure souvent la médiation entre les femmes et les médecins. C'est le rôle des conseillers conjugaux. Force est de reconnaître que les médecins sont souvent assez peu formés ou enclins à recevoir les femmes qui demandent une interruption de grossesse. Le personnel qui accueille les femmes est composé de conseillers et de conseillères familiaux et conjugaux. Or ce personnel ne bénéficie pas, pour le moment, de statut reconnu. Nous considérons qu'ils doivent bénéficier d'une qualification, d'une formation et d'une reconnaissance professionnelle.

M. Francis GIRAUD, rapporteur - Monsieur le président, vous avez commencé votre intervention en plaidant pour l'autonomie des centres que vous représentez. Le projet de loi prévoit un allongement de deux semaines du délai légal. Or les techniques ne sont plus strictement les mêmes. Sans doute les locaux et les moyens mis à votre disposition pour faire ces interventions

dans la sécurité ne sont pas rigoureusement les mêmes que ceux qu'il était nécessaire de posséder dans le cadre de l'application de la loi Veil, c'est-à-dire jusqu'à dix semaines de grossesse. Dans ces conditions, comment pouvons-nous envisager une autonomie des centres ?

Ma deuxième question concerne également vos centres. Un certain nombre de médecins vacataires pratiquent des interruptions de grossesse jusqu'à douze semaines d'aménorrhée. Ne pensez-vous pas que la prolongation du délai va poser un problème vis-à-vis de cette population de médecins ? Y aura-t-il suffisamment de médecins ? Comment seront-ils formés ?

Troisièmement, vous dites que le personnel doit accueillir les femmes. Nous sommes sur ce point parfaitement d'accord avec vous. Vous soulignez le manque de statut de ce personnel. Je voudrais savoir quelle est votre opinion sur l'entretien social qui, dans la loi Veil, a un caractère obligatoire.

Quatrièmement, pour les mineures qui se présentent dans vos centres, des problèmes se posent portant sur la responsabilité. Quelles réflexions vous inspire la disposition du projet de loi prévoyant la présence d'un adulte référent chargé d'accompagner dans sa démarche la mineure qui n'aurait pas obtenu le consentement parental ? Quelle serait, dans ce cas, la responsabilité juridique des médecins qui auraient pratiqué une IVG sur une mineure sans l'accord des parents ?

Enfin, ma dernière question concerne la suppression du consentement parental pour la prescription et la délivrance de contraceptifs aux mineures et de la suppression de l'obligation d'une prescription médicale pour les contraceptifs hormonaux. Qu'en pensez-vous ?

M. Jean-Louis LORRAIN - Je vous prie de m'excuser si ma question vous paraît un tant soit peu impertinente. Je me demande si l'avis d'un expert est compatible avec l'engagement militant profond qui est le vôtre. Je me demande si votre engagement ne nuit pas à la sérénité du débat.

Je souhaiterais également connaître votre position en ce qui concerne le droit à l'avortement. En effet, il semblerait que ce droit ne vous satisfait pas. Vous demandez non seulement que l'accès soit amélioré mais également vous plaidez pour une reconnaissance plus globale du droit à l'avortement. Est-ce lié au fait que vous ayez participé à une association pro-choix ?

M. Guy FISCHER - Quelle est votre position sur le rejet des responsabilités entre l'Etat et le département ? Etes-vous plutôt tout Etat ou plutôt tout département ?

Pour notre part, nous sommes sensibles à l'accueil des jeunes femmes les plus démunies. Dans les villes où se trouvent de grands ensembles défavorisés, la réponse apportée par le centre de planification départemental semble être une réponse de qualité en termes de proximité de service. En effet, eu égard à leur localisation, ces centres apportent une réponse directe aux femmes. Il semble exister alors une contradiction. S'il existe une insatisfaction dans l'exercice des responsabilités -c'est une préoccupation que je partage tout à fait- ces centres apportent néanmoins un accueil de proximité.

M. Louis SOUVET - J'avoue être assez mal à l'aise avec certains de vos propos. En effet, vous dites que la suppression de l'entretien social ne vous choquerait pas particulièrement. Or je souhaite vous rappeler que le législateur a également un souci moral.

M. Jean DELANEAU, président - Je souhaite vous rappeler que nous sommes en audition. Nous ne sommes pas présents dans cette instance pour dévoiler nos états d'âme mais pour poser des questions.

M. Louis SOUVET - Je pose en l'occurrence une question précise. Lorsque nous parlons de divorce, un entretien préalable est requis. Au moment d'un licenciement, on mène également un entretien préalable. Je suis choqué par la proposition de supprimer l'entretien préalable au moment de décider de la vie ou de la mort d'un fœtus. Je suis extrêmement surpris par cette position de technicien.

Docteur Paul CESBRON - Concernant le caractère militant de notre association, je souhaite rappeler que nous sommes une association professionnelle. Notre association a été créée en 1979 par des professionnels qui souhaitaient réfléchir sur les nouvelles pratiques. Cette association s'était donnée comme objectif le respect du droit à la contraception et au libre-choix de donner ou non la vie. En tant que médecin et gynécologue-obstétricien, mon action n'est pas de l'ordre de la militance mais de l'exigence professionnelle et de l'éthique. Mon rôle est de répondre à une détresse telle qu'elle était posée en 1975 par Simone Veil. C'est sur ce terrain que les professionnels se trouvent. C'est sur ce terrain qu'il fallait réfléchir. Je rappelle que, hormis les médecins, des sages-femmes, comme Chantal Birman, participent à cette association.

Un certain nombre de médecins sont intervenus sur ce débat, en particulier des chefs de service de gynécologie obstétrique. Ces derniers connaissent l'interruption volontaire de grossesse. Depuis vingt ans, nous pratiquons des IVG au-delà des douze semaines d'aménorrhée. Le personnel hospitalier, en particulier de gynécologie-obstétrique, connaît aujourd'hui les techniques de prise en charge des interruptions, quel qu'en soit le terme. Je vous rappelle que notre loi autorise l'interruption de grossesse jusqu'à terme. Tous les médecins savent-ils pratiquer ce type d'opérations ? Je réponds par la

négative. Comme tout acte médical, il nécessite un apprentissage et une formation. Il est évident que la prise en charge d'une intervention plus tardive va nécessiter la formation de quelques médecins qui n'en ont pas l'expérience si les médecins qui le faisaient jusque-là ne souhaitent pas ou ne veulent pas le faire.

Les interruptions tardives, c'est-à-dire au-delà de dix semaines sont rares. Elles se chiffrent à environ 5.000 par an. Autrement dit, cela revient à 1 ou 2 interventions par semaine et par département. Par conséquent, nous n'envisageons pas de demander à tous les médecins de pratiquer des interruptions de grossesse s'ils n'en ont pas la formation ou s'ils ne souhaitent pas l'acquérir ou si, pour des raisons personnelles et tout à fait respectables, ils ne souhaitent pas le faire. A-t-on besoin d'une formation pour pratiquer des IVG tardives ? Je réponds oui. Doit-on être gynécologue-obstétricien pour réaliser une interruption à dix semaines de grossesse ? Je réponds non. Les médecins ont, en revanche, besoin d'une formation. Nos unités ou nos centres doivent être en lien professionnel étroit avec les services de gynécologie-obstétrique.

Aux Pays-Bas, les médecins généralistes sont autorisés à prendre en charge des IVG au-delà de douze semaines de grossesse.

L'ensemble des professionnels, non seulement les gynécologues-obstétriciens mais aussi les universitaires, reconnaissent l'excellence de la pratique hollandaise. J'en veux pour preuve que les médecins, y compris des chefs de service gynécologiques et d'obstétrique, universitaires compris, recommandent aux femmes, lorsque le terme légal est dépassé, d'aller dans ces services. Je n'imagine pas que des médecins responsables puissent s'autoriser de telles recommandations s'ils doutaient de la compétence de ces pratiques.

La dernière de vos questions portait sur le fait de savoir s'il y aurait suffisamment de médecins pour pratiquer ces interruptions. Certes elles sont rares. Toutefois, elles existent. Elles nécessitent au moins la présence d'un médecin par département. Est-ce le cas aujourd'hui ? Sur la base d'une enquête, aujourd'hui, au moins 120 médecins sont prêts à pratiquer ces interruptions particulières. Actuellement, dix centres en France ont proposé de prendre en charge des interruptions au-delà de dix semaines. Ils ont déposé des protocoles techniques précis auprès des autorités concernées, c'est-à-dire auprès du ministère de la Santé et de la direction des Hôpitaux.

M. Jean DELANEAU, président - Parmi ces dix centres, combien se situent en région parisienne et combien se situent dans l'agglomération de grandes villes ? Quelle est la répartition de ces centres à l'échelle nationale ? Il faudrait que la répartition de ces centres soit géographiquement correcte. Je ne pense pas que l'on puisse demander à une femme en difficulté de se déplacer à 200 ou 300 kilomètres de chez elle pour subir une telle intervention.

Concernant les problèmes de formation, qui prend en charge la formation des médecins vacataires ?

Docteur Paul CESBRON - Les techniques d'IVG ont évolué. Nous disposons aujourd'hui de médicaments qui permettent d'obtenir une dilatation du col. Des prostaglandines ou le médicament communément appelé RU 486, ont beaucoup facilité la prise en charge des IVG.

Concernant la formation, je souhaiterais insister sur le rôle que doivent jouer les responsables politiques. Nous déplorons qu'en 25 ans d'existence cette loi n'ait pas permis de dégager un personnel compétent et formateur. Les services de gynécologie-obstétrique ont le devoir de répondre à ces questions mais ne l'ont pas fait. Peut-on les en accuser ? Nous ne le faisons pas. Je dis simplement, qu'il ne leur était pas possible d'effectuer correctement cette activité. A ce titre, y a-t-il des médecins, y compris des praticiens hospitaliers, qui ont cette formation et cette capacité ? Oui, il en existe.

Mme Veil, qui avait compris cette question, avait créé un cadre précis, celui des contractuels. Ce cadre permettait de donner aux médecins, spécialistes ou généralistes, la possibilité d'avoir un statut particulier. Pour des raisons historiques, le centre de Grenoble est très lié à l'interruption de grossesse et à la contraception. Un praticien hospitalier à temps plein a la responsabilité de ce centre. Il s'agit d'une situation exemplaire. Ce type d'organisation peut-il exister dans tous les centres ? Non. Cependant, nous pensons que, par région, il est nécessaire qu'il existe au moins un praticien hospitalier temps plein, lié aux structures universitaires, qui assure le travail de formation.

Mme Chantal BIRMAN - Vous avez posé d'autres questions sur l'entretien préalable auxquelles je vais tenter de répondre. Je répondrai à vos questions de façon très concrète. La plupart des femmes sont satisfaites de l'entretien social. Il s'agit d'un entretien d'accueil au cours duquel on tente de mettre en mots la situation dans laquelle ces femmes se trouvent. Dans certains endroits, nous savons que cet entretien est toujours fait de façon dissuasive et reste extrêmement difficile. Nous connaissons, bien entendu, les endroits dans lesquels ces choses se passent. Ceci est lourd de conséquences pour l'histoire des femmes. Nous sommes tout à fait en faveur d'un accueil et nous sommes pour le fait que les femmes puissent avoir, pour toujours et définitivement, un lieu pour pouvoir parler. En revanche, nous ne sommes pas d'accord sur un point. C'est sur l'aspect obligatoire de l'entretien. Si éventuellement une femme ne veut pas parler de ce qu'elle est en train de vivre, nous considérons que nous devons respecter son choix. La parole n'est pas obligatoire. Elle doit rester spontanée.

En Belgique où l'entretien n'est pas obligatoire, plus de 98 % des femmes veulent cet entretien. C'est pour cette raison qu'il n'est pas question de ne pas recevoir ces femmes. En revanche, nous sommes en faveur de la suppression du caractère obligatoire de l'entretien qui présente peu d'intérêt. En effet, seules 2 ou 3 % des femmes ne souhaitent pas passer cet entretien. L'entretien doit être conçu comme une étape de l'accueil. Supprimer le caractère obligatoire ne pourra que renforcer la parole et l'aspect psychologique de l'accompagnement.

Par ailleurs, la sexualité se passe dans le secret, y compris pour les mineures. C'est l'un des moyens dont dispose la mineure pour sortir de la cellule parentale. Pour nous, il est fondamental que la jeune mineure puisse parler de sa sexualité à ses parents. C'est le cas dans l'immense majorité des cas. Nous rencontrons des problèmes lorsque les mineures ont des parents qui ne peuvent pas entendre, du fait de leur culture et de leurs principes, le fait même que la mineure ait une sexualité. Ces mineures sont alors en danger. La loi portant sur l'autorisation parentale était faite au départ pour protéger la mineure. Or, dans certains cas, l'esprit de la loi est détourné. Certaines mineures, qui ont été forcées à avouer leur grossesse, voient leur vie menacée.

Nous militons en faveur du respect de la sexualité y compris pour les mineures. La sexualité doit se passer dans le secret. Le secret est constitutif de la sexualité. Si ceci est vrai pour les adultes, ce principe est également vrai pour les mineures.

Concernant les interruptions médicales de grossesse, je souhaite signaler qu'en France ces interruptions se font très majoritairement avec la Mifégyne, ancien RU, et avec d'autres prostaglandines. Il s'agit de donner des comprimés dans des protocoles. Ces comprimés sont donnés par le personnel, essentiellement par les sages-femmes. Il s'agit d'un mini accouchement. Ce travail est aujourd'hui effectué par les sages-femmes dans toutes les maternités.

Je souhaite que vous n'ayez pas d'inquiétudes sur l'entretien préalable. Environ 2 % des femmes ne souhaiteront pas passer cet entretien. Toutefois, toutes celles qui le désireront pourront mener un entretien avec un professionnel. Nous souhaitons que les femmes qui ne veulent pas parler soient respectées. Nous souhaitons que cette proposition soit libre.

Docteur Paul CESBRON - Nous savons que le problème de la suppression de l'entretien social a soulevé beaucoup de passion. Nous insistons auprès des politiques pour leur dire que nous connaissons la situation actuelle. Aujourd'hui, l'entretien n'a pas lieu dans de bonnes conditions. Nous souhaitons que les femmes soient bien accueillies. Aujourd'hui, le personnel d'accueil n'a pas de statut. Les médecins ne sont pas disponibles. Les services de gynécologie-obstétrique ont mille autres activités à assurer. Le caractère

obligatoire de cet entretien n'est pas un garant de sa qualité. Au contraire, il a entraîné une certaine rigidité.

Israël Nisand est en faveur de la suppression de cet entretien car il considère qu'actuellement les conditions d'écoute ne sont pas satisfaisantes. Nous disons également qu'elles ne sont pas satisfaisantes. Néanmoins, nous souhaitons que l'entretien soit maintenu.

Concernant la proximité et la répartition des compétences, c'est l'un des problèmes pour lequel nous vous demandons d'apporter des solutions. Nous ne sommes pas des responsables politiques. Nous sommes des professionnels de santé. Nous devons faire face aux dysfonctionnements de nos centres. Or nous ne savons pas qui, de l'Etat ou du département, est responsable. Nous ne savons pas non plus qui finance quoi. Quand une secrétaire médicale est destinée à ces centres, elle l'est, le plus souvent, sur la base d'un horaire qui est insuffisant et dans des conditions qui ne sont pas connues par les responsables du service. Nous affirmons que cette situation n'est pas bonne. La responsabilité doit relever soit de l'Etat soit du département.

Nous sommes très sensibles au problème de la proximité des centres. Nous défendons cette idée. La structure départementale permet de répondre à ces problèmes de proximité. Par conséquent, ne faudrait-il pas que l'interruption de grossesse relève également du département ? Peut-être nous le suggérerons. Cependant, ce n'est pas à nous d'en décider. La structure régionale peut constituer, sans doute, une réponse possible pour l'avenir. Ce que nous souhaitons c'est l'unification des compétences. Nous sommes également attachés à la proximité. Encore une fois, nous savons que nous ne pourrions pas avoir des centres dans toutes les communes de France ayant un centre hospitalier. Toutefois, les interruptions de grossesse sont, comme vous le savez, concentrées sur quelques centres. Il existe déjà une concentration. De nombreux hôpitaux de moyenne taille ne font pas d'IVG pour des raisons que nous comprenons parfaitement. Nous savons qu'il est nécessaire qu'il existe des structures de référence qui aient suffisamment de personnel et que les responsabilités entre l'Etat et le département soient parfaitement définies. Les sénateurs connaissent mieux que quiconque ces problèmes.

M. Jean DELANEAU, président - Nous avons assisté à la fermeture d'un certain nombre de services de gynécologie-obstétrique dans les hôpitaux généraux qui restent bien répartis sur le territoire national. Or c'est souvent ces services de gynécologie obstétrique qui jouaient le rôle de support aux centres d'IVG.

Mme Chantal BIRMAN - J'ai appelé aujourd'hui un certain nombre de services qui pratiquent des interruptions de grossesse. On m'a informé que le délai nécessaire entre l'appel au centre et l'interruption de grossesse est au

minimum, en Ile-de-France, de 15 jours. Ceci démontre que la loi n'est pas respectée. Le délai est normalement d'une semaine. Force est de constater qu'eu égard aux conditions actuelles, il est impossible aujourd'hui d'avoir une intervention de grossesse respectant les délais impartis par la loi. Certes, des services ont été fermés. Cependant, rien n'a été prévu pour assurer les différents services qu'ils assuraient.

M. Jean DELANEAU, président - Il existe une situation assez révoltante. Pour pallier certaines insuffisances, on décide d'allonger le délai autorisé pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse.

Je vous remercie de votre participation.

C. DOCTEUR MARC ZAFFRAN ALIAS MARTIN WINCKLER, MÉDECIN ET ÉCRIVAIN

M. Jean DELANEAU, président - Je souhaite accueillir M. Zaffran. Il est l'auteur de *La maladie de Sachs* et de *La vacation*. Nous avons accueilli des responsables de différents services. Aujourd'hui, je souhaiterais savoir ce que vous pensez de l'évolution des textes portant sur l'application de la loi. Je souhaite que vous nous parliez plus particulièrement des rapports entre les médecins et l'IVG. Le médecin va-t-il désormais pouvoir garder son pouvoir de décision ? Je souhaite, à cet égard, vous citer l'un de vos propos, à moins que cette citation ne soit pas de vous : « *La seule différence entre Dieu et le médecin, c'est qu'au moins Dieu ne se prend pas pour un médecin* ».

M. Martin WINCKLER - Je suis un peu ému de me trouver devant cette commission. Je ne représente personne sinon moi-même. Pendant quinze ans, j'ai pratiqué des IVG. Je n'en pratique plus depuis environ deux ans. C'est un travail extrêmement fatigant sur le plan moral.

Les médecins qui pratiquent des IVG sont pour la plupart volontaires. Tout travail de soins doit, d'une manière ou d'une autre, être gratifiant. L'IVG n'est pas en soi un acte gratifiant. C'est le fait de soigner une femme et de l'écouter qui est gratifiant. Dans 99 % des cas, les situations auxquelles les médecins doivent faire face sont extrêmement complexes. Le fait d'être présent pour entendre ces femmes et non seulement pour pratiquer une IVG est un acte thérapeutique. Le travail ne consiste pas uniquement à faire des IVG. Notre travail est de recevoir les femmes avant et aussi, très souvent, après l'acte. C'est un moyen de discuter et de comprendre ce qui les a poussées à prendre cette décision. Ce dialogue permet également de faire en sorte que ceci ne se reproduise pas. Ce dialogue sert également à les déculpabiliser.

La fécondité d'une femme commence vers l'âge de 12 ou 15 ans et se termine souvent autour de 50 ans. Il s'agit de presque 40 ans de fécondité. Humainement, il n'est pas possible de contrôler complètement sa fécondité pendant 35 ou 40 ans. Je dis aux femmes qu'elles ne sont ni des robots ni des machines. J'ai certes cessé de faire des IVG. Cependant, je continue à recevoir des femmes qui ont des problèmes de contraception, soit avant, soit après une IVG.

Concernant l'IVG à proprement parler, deux choses me paraissent importantes. Premièrement, il s'agit du prolongement du délai. Je trouve qu'il est logique de ne pas forcer les femmes à se rendre en Belgique pour avoir une IVG. Pour une différence de quinze jours, il n'est pas logique d'obliger ces femmes à se rendre à l'étranger. Je vous rappelle qu'il n'y a pas de différences

fondamentales au niveau technique entre une IVG à dix semaines et une IVG à douze semaines. Je ne vois pas de différence éthique.

Deuxièmement, sur le plan de l'autorisation des mineures, le problème est simple. Les médecins sont très attachés au principe du secret médical. Or le secret médical est également dû aux mineures. Si une adolescente vient me voir en me disant qu'elle souhaite avoir une contraception, je ne suis pas censé appeler ses parents pour les avertir. Si je demande une autorisation parentale, je romps le secret médical. Bien entendu, je ne crois pas personnellement qu'il faille laisser une mineure abandonnée à elle-même. Dans environ 9 cas sur 10, on arrive, à force de discussions, à trouver un moyen pour que l'adolescente l'annonce au moins à l'un de ses parents. Bien souvent, la mineure vient dans mon cabinet en affirmant qu'elle ne peut pas le dire à ses parents. Je lui demande alors si elle peut en parler à un adulte proche de ses parents. Grâce à cet intermédiaire, elle peut parler de sa grossesse à ses parents. Cet adulte, qui souvent fait partie de la famille, sert de tiers et joue le rôle d'intermédiaire.

Il existe aussi un petit nombre de cas, qui me semble irréductible, pour lesquels il est impossible à une mineur d'en parler à ses parents. Certaines mineures vivent des situations beaucoup plus complexes que d'autres. Les personnes qui les accompagnent affirment qu'il existe trop de tension dans la famille pour pouvoir parler de sexualité. C'est pour cette raison que je pense que la possibilité pour une mineure, une fois que l'on a envisagé toutes les possibilités de dialogue possible, de ne pas avoir recours à l'autorisation de l'un de ses parents mais éventuellement d'avoir quelqu'un autour de soi qui puisse se porter garant est une solution. Je pense que ceci apporte une sécurité. Dans la majorité des cas, les mineures préfèrent que les parents soient au courant. Je ne crois absolument pas qu'il faille tenir les parents à l'écart. Mais le secret médical me paraît intangible et inviolable. Par conséquent, ce n'est pas au médecin d'annoncer aux parents que leur fille est enceinte. C'est à l'enfant elle-même de l'annoncer à ses parents. Je vous rappelle que le secret médical existe entre époux. Si une femme vient avorter, je ne suis pas censé informer le mari. Si je le faisais, la femme pourrait m'attaquer en justice et gagnerait. Si le secret médical existe entre époux, il existe également entre parents et enfants. Quand un enfant souffre d'un trouble psychiatrique grave et qu'il fait l'objet d'une psychothérapie, l'analyste n'a pas à révéler ce qui s'est dit avec l'enfant. Certes, les parents sont très frustrés par cette situation. Le problème est que le médecin, le plus souvent, ne leur explique pas qu'il est tenu au secret médical. Si vous suivez une thérapie et que vos enfants venaient voir votre analyste, alors vous ne souhaiteriez certainement pas que votre médecin leur parle de vos problèmes. Le secret médical est absolu. Il est impératif de le respecter même dans cette situation bien précise. Bien entendu, la personne intéressée peut lever d'elle-même ce secret. Toutefois, ce n'est pas au médecin de le faire.

M. Jean DELANEAU, président - Nous avons rencontré un certain nombre de médecins qui ont quelques réticences à aller plus loin dans les interruptions de grossesse, c'est-à-dire au-delà de dix semaines. Certaines associations considèrent que le médecin est à leur service. Pensez-vous que le médecin doit être leur instrument ?

M. Martin WINCKLER - Je répondrai de façon assez abrupte. Est instrument celui qui veut être instrument. Ceci me paraît être un faux problème. Je ne sais pas comment les associations féministes considèrent cette question mais la position du médecin est très simple. Nous courons toujours le risque d'être utilisés par nos patients.

C'est au médecin de décider de quelle manière il peut apporter à ses patients l'aide qu'ils demandent. Certes, il existe certaines choses qu'un médecin ne peut jamais refuser. Il se doit d'écouter ses patients. Il se doit également de répondre à leurs questions. Il n'a pas le droit de répondre à des questions qui concernent une personne extérieure. En revanche, il se doit de répondre aux questions qui concernent directement le patient. Ce n'est pas instrumentaliser le médecin que de lui demander de lui expliquer de quoi vous souffrez ou de lui demander quelle est la nature exacte de votre maladie ou encore de lui demander quels sont les traitements auxquels vous pouvez avoir recours. L'objection du médecin qui préfère ne pas parler à son patient de peur de lui faire du mal n'est pas valable. Le secret médical n'est pas opposable au patient lui-même. En revanche, le médecin peut refuser de faire quelque chose qui va au-delà de ses aptitudes et de ses capacités ou qui va à l'encontre de son éthique personnelle. En effet, je conçois parfaitement que des médecins refusent de pratiquer des IVG. Ce refus ne me choque pas. Ce que je ne conçois pas est que ces médecins interdisent aux autres de le faire.

Je vous répète que j'ai pratiqué des IVG pendant quinze années. Je ne me suis jamais senti instrumentalisé par les femmes sous prétexte que ces dernières avaient des revendications. Je souhaite à cet égard vous raconter une anecdote. J'ai rencontré une femme enceinte qui voulait que je fasse une échographie afin de savoir si elle attendait un garçon ou une fille. Elle m'a affirmé que si l'enfant était un garçon, elle souhaitait avorter et si l'enfant était une fille, elle souhaitait le garder. Je lui ai répondu que je ne pouvais pas répondre à sa demande. Je lui ai expliqué que j'étais conscient qu'elle pouvait aller voir un autre médecin pour faire une échographie puis revenir pour pratiquer une IVG. Cependant, c'était son problème. Je lui ai dit que je ne ferai pas une telle chose car elle m'avait annoncé clairement ses intentions. Je considère que ce n'est pas de mon rôle d'offrir à cette femme les moyens de faire un choix que je ne juge pas moral. Je savais également, après avoir discuté longuement avec cette femme, que cette dernière était venue à de nombreuses reprises dans le service et que cette femme souffrait d'un trouble psychiatrique grave. Son problème ne résidait pas dans le fait d'avoir un

enfant. Son malaise était bien plus profond. Nous étions en l'occurrence en prise directe avec son problème. Heureusement, au stade où cette femme était enceinte, on ne pouvait pas dire si cette femme attendait un garçon ou une fille. Dans ce contexte, j'étais en droit de dire que je ne souhaitais pas participer à ce type d'intervention. Toutefois, je savais que je ne pouvais pas empêcher cette femme d'avoir recours à un autre médecin pour obtenir ce qu'elle désirait. Dans ce cas, je ne l'aurais pas dénoncé auprès de mes collègues.

Je souhaite vous conter une autre anecdote. Une femme enceinte est venue me voir. Elle venait de se remarier. Cette femme, âgée de 38 ou 40 ans, n'avait pas d'enfants. Elle comme son mari avaient eu une vie extrêmement compliquée. Elle m'a avoué qu'elle était enceinte de jumeaux mais qu'elle ne pouvait pas mettre au monde deux enfants. Cette femme avait déjà pris sa décision. Décider de faire une IVG sur cette femme m'a été difficile en particulier parce que je suis moi-même père de jumeaux. Cependant, elle se trouvait à une étape au-delà de la femme précédente. Elle ne m'a pas demandé de prendre cette décision. Sa décision était déjà prise. Je n'avais donc rien d'autre à faire. Je ne pouvais pas refuser de l'aider. C'est ici que l'on se rend compte que la barrière est ténue. Nous sommes toujours obligés de bien voir à quel moment de leur vie et de leur existence les femmes se trouvent. Par conséquent, les médecins qui se trouvent dans ce type de situations, doivent avoir du temps. Une IVG est un acte délicat. Il faut également pouvoir le faire dans de bonnes conditions.

J'ai travaillé pendant de nombreuses années dans le centre du Mans dans lequel il y avait uniquement des médecins généralistes. Les obstétriciens n'étaient pas opposés à l'interruption volontaire de grossesse mais ils étaient surchargés de travail.

Tous ces généralistes, moi y compris, avaient une clientèle en dehors de l'hôpital. Nous faisons donc ces interventions en plus de notre travail habituel pour 360 francs par matinée. Un de ces médecins le fait depuis 25 ans. Ces médecins ne le font pas parce qu'ils aiment pratiquer des IVG. Ils le font parce qu'ils ont une conviction profonde. Cette conviction peut d'ailleurs être très différente d'un médecin à l'autre. Nous ne pouvons pas nous désolidariser des femmes, et dire qu'il est de leur seule responsabilité de garder l'enfant ou de se faire avorter dans l'illégalité. Nous ne pouvons pas dire « Tant pis pour elles si elles en meurent ». En tant que médecin, nous ne pouvons pas adopter cette attitude. Nous pouvons être fondamentalement choqués par la nécessité de pratiquer une IVG. Cependant, deux maux ne font pas un bien. Comme le disent les Anglais « *two wrongs don't make a right* », c'est-à-dire que deux négations ne conduisent pas à quelque chose de positif.

Nous sommes obligés, à un moment donné, de prendre position. Actuellement, je suis préoccupé par la fatigue des médecins. De nombreux médecins pratiquent des IVG depuis fort longtemps. Or ceux qui ont commencé à pratiquer des IVG dans les années 70 ou 80 ne sont pas du tout dans le même état d'esprit que les médecins plus jeunes. Ils ne partagent pas la même conception, ils n'ont pas la même motivation et ils n'ont pas la même vision morale des choses. Les médecins actuels ont plutôt tendance à considérer que ces choses sont des acquis.

Un autre sujet me préoccupe. Une loi qui parlerait d'IVG mais qui ne réviserait pas très profondément le problème de la contraception serait une loi incomplète. Encore aujourd'hui, les jeunes médecins qui sortent de la faculté de médecine connaissent peu de choses sur la contraception. L'un des deux moyens de contraception les plus fiables est le stérilet. Or ce moyen est sous-utilisé en France. Pourtant, plusieurs dizaines de millions de femmes Chinoises portent un stérilet. Il ne s'agit pas d'une méthode dangereuse. C'est le mode de contraception numéro un en Chine. Or vous connaissez les problèmes démographiques de la Chine. Je déplore qu'il existe encore en France des préjugés tenaces à l'encontre du stérilet. Ces préjugés persistent non seulement au niveau de la population mais aussi au niveau des médecins.

Par ailleurs, les généralistes devraient poser des stérilets à leurs patientes. C'est un acte extrêmement simple. Or ils ne le font pas car ils en ont peur. De plus, les gynécologues-obstétriciens des CHU leur recommandent fréquemment de ne pas le faire. Ainsi, ces derniers préservent leur chasse gardée. Les généralistes ne posent pas de stérilet à leurs patientes. Par conséquent, ils ne les leur proposent pas non plus et ne leur en parlent pas.

M. Jean-Louis LORRAIN - La pose d'un stérilet requiert un minimum de matériel. C'est la raison pour laquelle les généralistes ne peuvent le faire.

M. Martin WINCKLER - J'ai exercé la médecine pendant de nombreuses années et je sais que l'on peut poser des stérilets sans aucune contrainte. Il suffit d'abroger la loi.

M. Jean-Louis LORRAIN - La loi stipule que le médecin dispose d'un matériel de réanimation.

M. Martin WINCKLER - Certes, la loi stipule que les médecins disposent d'un matériel de réanimation. Cependant, la carte n'est pas le territoire. J'ai exercé dans un centre médical et dans un cabinet privé et je n'ai jamais eu ce type d'installations. Certes, il ne faut pas poser un stérilet à n'importe qui et dans n'importe quelles conditions. Nous n'avons jamais eu à la maternité du Mans un seul accident. Le seul accident qui peut arriver avec un stérilet est le malaise vagal. Dans la mesure où les femmes sont allongées

pendant la pose du stérilet, le risque est minime. Nous n'avons pas eu d'accidents ni de perforations. Nous n'avons pas besoin d'un appareil de réanimation pour poser un stérilet. Si vous tenez ce genre de propos en Angleterre ou aux Etats-Unis, on va vous rire au nez. Il est uniquement nécessaire de savoir à quelle femme et dans quelles conditions on peut le poser. Il faut également ne pas insister pour poser un stérilet à une femme qui manifestement ne le souhaite pas. J'ai rencontré uniquement deux problèmes en quinze ans de carrière. Deux femmes ont expulsé leur stérilet car c'était leur mari qui insistait pour qu'elles en portent un. Le fait est qu'il ne faut pas forcer les femmes. Il faut surtout savoir expliquer. Beaucoup de femmes ne veulent pas de stérilet. Cependant, lorsqu'elles voient que le stérilet est très petit, elles changent souvent d'avis.

Par ailleurs, il me semble qu'une campagne sur la contraception ne peut pas se faire sans les médecins. Je ne suis pas du tout un partisan du Conseil de l'ordre. Je ne suis pas non plus un partisan de la plupart des syndicats médicaux. Toutefois, je pense que la seule chose raisonnable est d'impliquer les médecins aux campagnes de prévention. Jusqu'à présent, toutes les campagnes de contraception menées par le Gouvernement ont été faites d'une part en pure perte et d'autre part en dépit du bon sens. Leur échec est dû au fait qu'elles ne se sont pas appuyées sur les praticiens. Il faut garder à l'esprit une chose. Les conseillers techniques des campagnes pour la contraception sont les médecins. En effet, les législateurs ne peuvent pas se passer d'un médecin pour connaître les conditions techniques. Si le législateur s'appuie sur les praticiens pour écrire une loi ou faire une campagne et ne prend pas appui sur les médecins eux-mêmes pour transmettre cette campagne, la faire connaître et l'explicitier, alors cette campagne sera vouée à l'échec. De surcroît, les législateurs s'aliéneront l'ensemble de la profession. Je le répète, je ne suis pas partisan du corps médical. Néanmoins, je pense que c'est une hérésie de vouloir transmettre un message de façon verticale sans avoir recours au savoir-faire et à la bonne volonté des professionnels de santé.

Deux choses me semblent particulièrement importantes. Premièrement, la manière dont on enseigne une chose si quotidienne et aussi fondamentale que la contraception, la fécondité et la sexualité doit être repensée dans les facultés de médecine. En première année, je dis aux étudiants qu'il y a deux choses dont on ne leur parlera pas pendant leurs études : la mort et la sexualité. Ces domaines sont considérés comme étant acquis et comme étant des choses dont on ne discute pas. On considère que ces sujets ne doivent faire l'objet ni de débats ni d'échanges. Or nous ne pouvons pas parler de contraception sans parler de sexualité. Nous ne pouvons pas parler de sexualité sans parler de contraception. En ce sens, la faculté de médecine instrumentalise ses étudiants. Elle les considère comme des individus de pur savoir. Les étudiants sont censés n'avoir ni désir ni position

idéologique. Ils doivent uniquement adopter l'attitude neutre et bienveillante des médecins.

Or ce cas de figure n'existe pas. Un problème aussi fondamental que celui-ci n'est pas discuté dans les facultés de médecine car on refuse d'en parler sous les angles les plus épineux. Or c'est uniquement de cette façon que les médecins pourront comprendre les problèmes de leurs patients. Il est donc essentiel de repenser la formation des médecins.

Deuxièmement, il faut également adapter le message sur la contraception. Le problème du Sida a occulté le problème de la contraception. Si nous souhaitons avoir un message clair, il faut adapter notre message aux réalités de la jeunesse. Nous avons remplacé le problème de la contraception par la peur d'être infecté par le virus VIH. Or si le préservatif est une très bonne protection contre le virus du Sida, il est, en revanche, une très mauvais mode de contraception. Il existe, en effet, des possibilités de fuite de sperme. Une goutte de sperme à l'entrée de la vulve d'une femme peut provoquer une grossesse même chez une femme qui a encore son hymen. Or une adolescente a statistiquement beaucoup plus de probabilité de rencontrer un partenaire fertile qu'un partenaire infecté. Le risque majeur lors du rapport sexuel chez l'adolescente n'est pas -bien qu'il ne faille pas le négliger- les maladies sexuellement transmissibles. Le risque majeur est la grossesse non désirée, qui mène à une IVG. Nous nous devons de rectifier le message. Les adolescents doivent se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles. Toutefois, les jeunes filles doivent également utiliser une contraception efficace. Ce sont deux choses différentes. Il s'agit de faire les deux choses en même temps sinon nous allons avoir un maintien des grossesses non désirées. Nous risquons également d'entretenir encore la confusion. La sexualité de l'individu est une. Elle ne se fragmente pas. Il est essentiel de considérer l'ensemble de la problématique.

Je suis en train d'écrire un livre sur la contraception à l'intention du plus grand nombre. Ce livre sera clairement destiné au grand public et ne jargonnera pas. Je tenterai de donner dans cet ouvrage des explications simples, compréhensibles par n'importe quel lecteur ou lectrice. Au centre d'interruption de grossesse du Mans, nous voyons arriver un très grand nombre de femmes qui réclament une IVG alors qu'elles ont accouché quatre mois plus tôt. Pourquoi rencontre-t-on si fréquemment ce type de situation ? Les consultations de sortie de maternité sont faites par les externes. Je ne dis pas que les gynécologues se désintéressent de ce problème. Je dis simplement qu'avec la fermeture de toutes les maternités locales les gynécologues sont surchargés de travail et n'ont pas le temps de mener cet entretien. Nous devrions parler de contraception à ces femmes au moment de leur consultation de sortie. Même si une femme vient d'accoucher, elle peut à nouveau tomber enceinte. Il arrive fréquemment que le médecin qui mène l'entretien de sortie

soit trop inexpérimenté pour en discuter correctement. Or ce type de discussion fait partie du travail des médecins. De plus, il arrive fréquemment que les médecins rencontrent les mères un mois après leur accouchement pour la consultation du nouveau né. Or ils ne saisissent pas cette occasion pour parler de contraception. Il est vrai que les femmes, juste après avoir accouché, n'ont pas forcément envie d'avoir des rapports sexuels. Mais ne vous imaginez pas pour autant qu'elles n'en ont pas. Certaines femmes ont des rapports sexuels le lendemain de leur accouchement. Or ce sujet n'est pas abordé avec les intéressées. Je déplore qu'un très grand nombre d'IVG aient lieu à cause de ce manque de communication et d'information. En 35 ans de fécondité, il n'est pas possible de tout maîtriser humainement. Tous ces éléments de la vie courante doivent être pris en compte. Pour éditer une loi utile -je parle ici en tant que citoyen- il me semble qu'elle doit tenir compte de la vie quotidienne des hommes et des femmes. Par conséquent, elle doit aussi tenir compte de ceux qui sont à leur contact le plus direct. C'est la raison pour laquelle je demande que l'on fasse appel à la coopération des médecins.

Je connais de nombreux généralistes qui souhaiteraient s'impliquer davantage dans la prescription de la contraception et apprendre à poser des stérilets mais ils n'ont pas le temps de le faire. Il suffit de quelques jours de formation. Aux Etats-Unis, de nombreuses formations accélérées sont réalisées. Ce système me semble tout à fait adaptable à la France. Ceci permettrait de faciliter la prescription de la contraception en zones rurales. En effet, de nombreuses femmes habitent dans de petites communes ou dans des villes de moyenne importance où il n'y a pas de gynécologues.

M. Jean DELANEAU, président - J'ai demandé à une équipe de Blois de venir témoigner devant notre commission. Ils vont nous dire ce qu'ils pensent de la loi et des modifications actuelles. Je propose que vous restiez avec nous. Ainsi, nous pourrions vous poser des questions après leur audition.

**D. DOCTEUR BERNARD BOURREAU, GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN
DANS LE SERVICE DE MATERNITÉ OBSTÉTRIQUE DE L'HÔPITAL
GÉNÉRAL DE BLOIS, DOCTEUR SYLVETTE DESROCHES,
MÉDECIN, MME CHRISTINE CLAVAL, INFIRMIÈRE DU CENTRE
IVG ET MME MICHELINE DUPONT, CONSEILLÈRE CONJUGALE DU
CENTRE DE PLANIFICATION**

M. Jean DELANEAU, président - Il m'a semblé intéressant de demander à toute une équipe qui s'occupe d'interruptions de grossesses au centre hospitalier de Blois de venir témoigner de leur expérience. Je souhaite qu'ils nous fassent part de ce qu'ils pensent de la situation actuelle, de l'évolution de l'IVG depuis la loi de 1979 et des modifications qui vont être apportées au texte de loi.

J'ai demandé à Martin Winckler de rester avec nous afin que nous ayons la possibilité de lui poser quelques questions à l'issue de cette audition.

Docteur Bernard BOURREAU - Votre question couvre un champ très vaste. Nous venons de l'hôpital de Blois. Il me semble important que toute l'équipe soit venue. La réalisation des IVG implique un certain nombre d'acteurs. Il est important de voir que ces personnes ont envie de travailler ensemble et ont envie d'avoir cette continuité d'accompagnement des femmes en difficulté.

Pour des raisons conjoncturelles, l'hôpital de Blois réalise toutes les interruptions de grossesse du département. C'est un service important qui réalise plus de 800 IVG par an. Il est nécessaire d'acquérir une certaine taille si nous souhaitons obtenir des conditions techniques suffisantes, c'est-à-dire un nombre suffisant de personnes pour permettre une continuité de service tout au long de l'année. Or nous nous apercevons que les petits centres d'IVG rencontrent fréquemment des difficultés de cet ordre.

Ceci étant dit, malgré ce regroupement, nous sommes également dans une situation difficile au niveau du personnel médical. Le centre d'IVG est intégré dans un service de gynécologie-obstétrique. Ceci permet d'avoir sur place les ressources techniques pour travailler, l'accès au matériel et au bloc opératoire. Nous faisons appel d'une part à des médecins spécialisés en gynécologie-obstétrique qui assurent la responsabilité du fonctionnement et les IVG avec anesthésie générale et, d'autre part, à des médecins vacataires qui sont des médecins de ville et de campagne. Ces derniers réalisent un important travail de base. Toutefois, nous assistons à une diminution significative du nombre de médecins vacataires au fur et à mesure des années. C'est un phénomène tout à fait général. En effet, le recrutement de ces médecins est difficile.

Il ne s'agit pas uniquement d'un problème d'argent. Les vacations existent. Toutefois, nous avons beaucoup de peine à recruter des médecins qui abandonnent leur activité en cabinet pour venir une demi-journée au centre pour réaliser des IVG. De plus, compte tenu du nombre important d'IVG pratiqué, il leur est difficile, dans le cadre de leur vacation, de faire autre chose que des IVG et de mener aussi une activité de prévention, c'est-à-dire avoir une activité plus satisfaisante pour eux-mêmes. Je crois que nous rencontrons ce type de problèmes moins fréquemment à Blois que dans d'autres endroits. Néanmoins, nous devons y réfléchir. Une fois des modifications éventuelles apportées au projet de loi, il faudra faire en sorte que la pratique de tous les jours soit plus satisfaisante.

A l'heure actuelle, un certain nombre de femmes en dépassement de délai légal ou à la limite du dépassement le sont pour des raisons d'accès à la consultation médicale et à la programmation du bloc. Il est important de mettre en œuvre des moyens d'application pour que la loi puisse être effectivement appliquée de façon satisfaisante. De nombreuses femmes sont en dépassement de délai alors qu'au départ elles étaient dans le délai imparti par la loi. Un nombre non négligeable de femmes ont dû ainsi être aiguillées vers d'autres destinations dans des conditions difficiles sur le plan technique, psychologique et matériel.

Souhaitez-vous me poser des questions plus précises ? Préférez-vous que je cède la parole aux autres intervenants de notre centre ? Je souhaite rappeler que les conseillères conjugales jouent un rôle important dans le premier accueil des femmes. Les infirmières quant à elles accompagnent les femmes tout au long de leur séjour. Il me semble peut-être plus intéressant de répondre dans un premier temps à vos questions afin de tenter de trouver une réponse à vos interrogations.

M. Francis GIRAUD, rapporteur - Madame êtes-vous conseillère conjugale ? La loi Veil prévoit un entretien obligatoire visant à informer les femmes. Or le projet de loi voté par l'Assemblée nationale souhaite supprimer le caractère obligatoire de cet entretien. Quelle est votre opinion ?

Mme Micheline DUPONT - Je vais vous parler en mon nom propre. Nous avons discuté de ce sujet avec nos collègues de travail. Or nous ne partageons pas tous les mêmes points de vue. Le fait de rendre obligatoire cet entretien menait en quelque sorte à déresponsabiliser les femmes. Cet entretien pouvait avoir des effets pervers. Par exemple, les femmes sachant que cet entretien était obligatoire le préparaient à l'avance. Au cours de ces entretiens, elles passaient leur temps à se justifier. J'ai donc cherché à agir autrement. Je me suis demandé comment je pouvais diriger ces entretiens. Il m'est venu à l'esprit de leur donner d'emblée l'attestation. Le climat était ensuite plus propice pour un véritable dialogue. Les femmes n'avaient plus besoin de

justifier leur acte pour obtenir l'attestation. Cette méthode a permis une transformation des entretiens. Les femmes ont bien évidemment de nombreuses choses à dire. Cependant, il fallait leur permettre de le dire. Je pense qu'il est préférable de supprimer l'entretien obligatoire.

En revanche, je pense que ces femmes ont également besoin d'un accompagnement. Il faut alors réfléchir à la façon de mettre en place cet accompagnement. Nous comptons sur vous pour donner les directives et les directions nécessaires.

Je pense que ceci va nous obliger à nous organiser autrement. Il faut également accorder des moyens supplémentaires pour que cet accueil puisse être fait sans caractère obligatoire. Par ailleurs, nous devons respecter le choix des femmes qui ne souhaitent pas parler.

Certes, certains de mes collègues ne partagent pas mon avis. Ceux-ci mettent en avant le fait que si cet entretien n'est pas obligatoire et si l'entretien est uniquement proposé ou suggéré, alors les femmes le refuseront. Je pense qu'elles ne refuseront pas. Bien entendu, il sera nécessaire d'organiser les services d'une tout autre manière.

Il est stipulé dans le projet de loi que l'entretien conserverait son caractère obligatoire pour les mineures. En effet, il reste nécessaire de voir si la mineure a obtenu le consentement de ses parents et de voir si l'obtention de ce consentement est possible ou non. Peut-être est-il aussi nécessaire de faire une information plus spécifique auprès des jeunes filles.

M. Lucien NEUWIRTH - Il me semble que l'entretien obligatoire impliquait implicitement une nécessité de justification. Les femmes se sentent culpabilisées. C'est mon sentiment. Néanmoins, je pense qu'il est nécessaire de leur offrir une possibilité de passer cet entretien si elles le souhaitent. Il faut leur préserver une possibilité d'entretien.

Docteur Bernard BOURREAU - Je pense que la place des conseillers doit être renforcée. Compte tenu des difficultés d'accès que nous rencontrons à l'heure actuelle au point de vue médical, les conseillères sont en première ligne pour accueillir les femmes au téléphone. Dans des situations de détresse où nous devons agir très vite, les conseillers ont pour rôle d'éviter d'autres problèmes qui ne seront vus qu'ultérieurement par les médecins. Il ne s'agit pas en l'occurrence de supprimer leur place. Au contraire, je pense que leur rôle doit être renforcé mais d'une façon différente.

M. Lucien NEUWIRTH - Vous avez évoqué le problème des médecins vacataires. Le fait de porter l'intervention de dix à douze semaines va-t-il modifier le type même de la formation ? Dans ces conditions, il faudrait peut-être accorder une formation complémentaire à ces médecins vacataires

dans la mesure où le type d'intervention sera différent. Comment envisagez-vous cette formation complémentaire ?

Docteur Bernard BOURREAU - Sur le plan technique, plus la date de l'intervention est repoussée, plus l'intervention est jugée difficile et plus elle peut présenter un risque de complication. Ainsi, l'intervention doit être davantage encadrée sur le plan médical voire chirurgical.

Tout l'intérêt de travailler dans une structure hospitalière est de pouvoir trouver dans les cas compliqués une prise en charge d'une nature différente. Il est peut-être alors nécessaire de réserver ce type d'intervention aux praticiens les plus expérimentés.

Dans notre centre, nous ne souhaitons pas placer les vacataires sans formation chirurgicale dans une situation difficile. Nous essayons de respecter le choix des femmes en termes d'intervention médicamenteuse ou d'anesthésie locale et générale. Cependant, en règle générale, ce sont les conditions techniques de sécurité qui priment et primeront pour des IVG tardives qui seront réalisées par des gynécologues chirurgicaux.

M. Jean DELANEAU, président - Certains médecins font parfois plus de 50 kilomètres pour se rendre à leur vacation. C'est le cas de Mme Desroches. Je souhaiterais vous demander comment vous percevez la possibilité de prolonger le terme de l'IVG.

Mme Sylvette DESROCHES - Je n'ai pas été vacataire au centre de planification de Blois pour faire des IVG. Ce n'est pas ceci qui m'a intéressée mais davantage le travail d'information. Il faut s'attacher à ce qu'une IVG ne se reproduise pas une seconde fois dans la vie d'une femme. Il est nécessaire de se demander pour quelles raisons la femme a été réduite à procéder à une telle intervention. C'est ce travail d'équipe qui me semble intéressant.

L'autre volet qui m'intéresse, ce n'est pas l'intervention chirurgicale en elle-même. C'est cette préparation qui est déjà faite par la conseillère. Si la femme est correctement accompagnée, elle souffrira moins. Nous savons à quel point est important le traumatisme de la douleur. Cette douleur peut accompagner la femme pendant plusieurs années. C'est pour cette raison que nous nous devons d'accompagner et d'accueillir la femme dans les meilleures conditions possibles. Hormis l'entretien social, nous recevons également les femmes lors d'un entretien médical. Ensuite, nous les rencontrons à nouveau lors des visites post-avortement. La prise en charge médicale et psychologique est très importante. Il me semble nécessaire de conserver cet aspect humain. Je fais des vacances depuis cinq années et je trouve dommage que nous n'ayons plus suffisamment le temps de recevoir les femmes. Les consultations ont une durée d'une demi-heure. Or nous avons besoin de consacrer davantage de temps à certaines femmes. Nous sommes parfois débordés par la situation. Je

trouve qu'il est dommage que les effectifs manquent. Comment pourrions-nous attirer des confrères ou des consœurs dans ce travail ? Il faudrait, je crois, que cet acte soit davantage considéré. La vacation est mal payée. Cependant, je ne mets pas uniquement en cause le tarif de la vacation. Il est aussi nécessaire de revaloriser ce travail humainement.

En tant que femme, je pense qu'il est nécessaire d'accorder un délai de douze semaines. Cependant, tout le travail fait en amont sert à ce qu'il y ait de moins en moins d'interruptions de grossesse. Il ne faut pas aller à l'encontre de cet allongement du terme. Sur le plan technique, je ne souhaite pas en faire davantage.

M. Guy FISCHER - J'ai noté que vous étiez le seul centre d'IVG de votre département. Nous assistons à un mouvement de fermeture de toutes les petites maternités. Comment va-t-on concilier la qualité de la relation humaine au quotidien avec la fermeture de ces centres ? Je pense, en particulier, aux femmes les plus démunies qui vivent dans les quartiers les plus défavorisés. Ce souci de rationalisation des moyens est-il une solution ? Je vous cite textuellement : « *L'allongement du délai va nous permettre de résoudre un certain nombre de problèmes* ». Je suis certes en faveur de l'allongement des délais. Cependant, par rapport à la culture et à l'éthique des médecins, ne nous trouvons-nous pas face à un problème quasi insurmontable ?

Docteur Bernard BOURREAU - Nous n'avons pas choisi d'être le seul centre du département. Nous avons rencontré des difficultés au niveau local avant que ce système puisse se mettre en place. Aujourd'hui, nous nous interrogeons. Nous nous demandons s'il vaut mieux développer un petit centre dans le département qui risque de se retrouver dans une situation difficile. Devons-nous, au contraire, regrouper nos moyens ? Il est possible d'envisager une situation intermédiaire que nous essayons de mettre en place. En effet, à chaque fois que nous pouvons avoir des médecins vacataires délocalisés, nous souhaitons qu'ils puissent faire la consultation médicale puis la consultation de contrôle dans leur cabinet. Ainsi seul l'acte technique peut se faire au centre puisque celui-ci doit être entouré de sécurité sur le plan technique. Dans notre département, nous réfléchissons à ce type de solutions. Je vous rappelle que notre situation devient plus difficile d'année en année.

M. Bernard SEILLIER - En écoutant les interventions, je m'aperçois qu'il y a toujours un grand absent de nos débats. Il s'agit de l'homme. Avez-vous des propositions pour que l'homme soit plus présent dans ce domaine ?

Mme Micheline DUPONT - En préparant ma venue à cette audition, je me suis dit qu'il était important de parler des hommes. Je savais qu'en passant une audition au Sénat, je risquais de rencontrer beaucoup d'hommes ! Il me semble qu'il ne suffit pas de dire que peu d'hommes viennent dans les services. Il me semble important d'étayer mes propos par quelques chiffres.

Pour l'année 2000, seules 17 % des personnes sont venues en couple. L'homme est rarement impliqué directement. Ceci ne signifie pas que ce dernier n'est pas impliqué dans la vie de couple. Je remarque simplement qu'il est rarement impliqué pour aller jusqu'au bout de la démarche.

Au moment du premier contact et même lors de la consultation médicale, il y a très peu d'hommes qui viennent. Ce sont les hommes jeunes, de moins de 30 ans, qui viennent le plus fréquemment. Nous pouvons constater que la majorité des femmes qui subissent des IVG sont mariées ou vivent en couple. Toutefois, elles sont aussi nombreuses à faire des IVG car les conjoints fuient au moment de l'intervention. Devant la réalité, il est fréquent que les hommes disparaissent. Nous entendons ce genre d'histoires assez fréquemment.

Notre travail devrait peut-être être l'éducation sexuelle à l'école. Peut-être devons-nous développer des moyens en matière d'éducation ? Je pense effectivement que les petits garçons ne sont pas élevés comme les petites filles. Dans une grande majorité des cas, la contraception ne concerne pas encore les hommes.

Mme Christine CLAVAL - Au moment de l'acte lui-même, je rencontre peu d'hommes qui accompagnent leur femme. Une minorité sera accompagnée mais nombreuses seront celles qui seront seules. Lors de l'intervention par médicament, les femmes sont hospitalisées un peu plus longtemps mais elles attendent seules. Elles ont alors d'autant plus besoin de notre présence.

M. Martin WINCKLER - J'avais un grand préjugé vis-à-vis des hommes au moment de l'écriture de *La vacation*. Je leur reprochais de ne pas être présents. Or il est difficile d'être toujours présent. En effet, pour accompagner une femme lors de l'IVG, il faut pouvoir ne pas aller au travail. Quand la femme fait une IVG, elle peut obtenir un arrêt de travail. Le mari ne le peut pas. De plus, de nombreuses IVG se font dans des situations de crise du couple. Ainsi, il ne faut pas s'étonner que le mari ne soit pas présent. De nombreuses IVG concernent des femmes qui vivent seules et qui ont des partenaires intermittents. Si nous prenons uniquement en compte les femmes qui viennent subir une IVG, je crois que nous ne pouvons pas tirer de conclusions pertinentes. Certes, nous pouvons dire que, dans la majorité des cas, les femmes ne sont pas accompagnées mais nous ne pouvons pas tirer de véritables conclusions sur la place des hommes.

En revanche, je suis d'accord avec vous à propos de la nécessité d'organiser une information sur la contraception à l'école. Il est dit qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles. On peut rêver, mais c'est très loin d'être le cas dans la réalité. A ce propos, j'ai quelques

suggestions à faire. L'éducation sexuelle ne peut pas être faite par un enseignant. Elle ne peut être abordée que par des personnes qui ont l'habitude d'en discuter, à savoir des conseillères, des infirmières ou des médecins. L'éducation sexuelle doit faire partie des enseignements que l'on dispense à l'école. Cependant, encore une fois, il est nécessaire d'impliquer les parents. Je pense que beaucoup de parents iraient volontiers à une réunion sur la sexualité des adolescents proposée dans le cadre des rencontres scolaires. On invite déjà les parents à se rendre à des réunions entre les parents et les professeurs. Or nous ne leur proposons pas de se rendre à des rencontres sur la sexualité des adolescents où ils pourraient discuter en l'absence de leurs enfants de ce qui doit être dit aux adolescents. Il est nécessaire que chaque acteur soit partie prenante de cette information. Nous avons besoin de mener une véritable politique d'information. Ainsi, je pense que des gens compétents doivent organiser les séances d'éducation sexuelle. Je crois également que les parents doivent être impliqués. Autrement, ils risqueront de se sentir soit dépossédés soit menacés. Il ne faut pas oublier que les personnes d'une génération antérieure ont découvert la sexualité à leur corps défendant. Il faut que cette possibilité d'éduquer soit également proposée aux adultes.

M. François AUTAIN - En ce qui concerne la différence entre une IVG à dix semaines et une IVG à douze semaines, Martin Winckler a affirmé qu'il n'y avait pas de différences notables entre ces deux interventions. Confirmez-vous ces propos ?

M. Martin Winckler a également regretté qu'il n'y ait pas de conseils en matière de contraception lors de la visite qui suit l'accouchement. En effet, lorsqu'une femme quitte la maternité, elle n'est pas, pour des raisons essentiellement matérielles, reçue par le gynécologue-obstétricien mais par un externe. Je souhaite vous demander si, lorsque vous revoyez la femme après une IVG, vous faites ce travail ? Est-ce prévu dans la loi ?

Il semble, également d'après M. Martin Winckler, que le stérilet soit un mode contraceptif très efficace. Or il n'est pas très utilisé pour différentes raisons. Il serait d'ailleurs peut-être intéressant que vous nous donniez votre avis à ce sujet et sur les raisons pour lesquelles il n'est que très peu utilisé. Il est vrai que de nombreux préjugés sont véhiculés à propos du stérilet, en particulier à propos des risques que le médecin court lorsque le généraliste fait une pose de stérilet dans son cabinet. Je crois d'ailleurs savoir que la loi lui interdit de le faire. Il peut être intéressant pour nous de savoir si la pose du stérilet ne présente pas de risques. Nous pouvons alors peut-être envisager une modification du texte sur ce plan. Notre objectif est certes d'augmenter le terme de dix à douze semaines mais également de mettre tout en œuvre pour qu'une contraception efficace puisse mener à une diminution du nombre d'IVG. Malheureusement, nous n'avons pas assisté à une diminution du nombre d'IVG au cours de ces 25 dernières années.

M. Bernard BOURREAU - Plus nous avançons, plus il y a un développement de l'embryon, plus les risques sont censés être importants. Cela étant dit, dans la quasi-totalité des interruptions après dix semaines de grossesse, nous procédons à une anesthésie générale et nous nous trouvons dans des conditions de travail tout à fait correctes. Aujourd'hui, nous possédons des produits qui facilitent la dilatation du col. Nous devons également faire face à un développement de l'interruption médicale de grossesse. Nous maîtrisons donc ces techniques. Ceci étant dit, nous craignons une certaine dérive et que le terme soit encore repoussé. Il faut en effet rappeler que techniquement, cette intervention n'est pas de plus en plus simple même si le délai de douze semaines ne change pas fondamentalement la technique d'interruption.

M. Martin WINCKLER - Il est vrai que tous les médecins qui pratiquent des IVG ont peur qu'un tel glissement ne se produise. Cependant, ne croyez-vous pas que les femmes qui attendent le dernier moment sont toujours les mêmes ? J'ai le sentiment que nous n'aurons pas davantage d'IVG entre dix ou douze semaines que l'on en avait avant tout simplement parce que ces interventions touchent toujours plus ou moins le même type de population.

M. Francis GIRAUD, rapporteur - Ne pensez-vous pas que les femmes indécises vont alors attendre plus longtemps ? Un intervenant a dit que l'allongement du délai n'est pas la bonne réponse au problème.

Mme Claire-Lise CAMPION - Ce n'est pas la seule réponse.

M. Francis GIRAUD, rapporteur - Je dis ce qui a été déclaré par les intervenants. Vous observez que le déplacement du délai ne va pas changer le fond du problème si les femmes, pour des raisons diverses, attendent plus longtemps avant de prendre une décision.

M. Martin WINCKLER - Il est nécessaire de garder deux choses à l'esprit. Premièrement, plus une femme qui souhaite interrompre sa grossesse a de symptômes, plus elle a envie de recourir à une IVG. Or un délai de deux semaines fait beaucoup de différences chez une femme qui présente beaucoup de symptômes. Je ne crois pas que les femmes attendent pour le plaisir d'attendre.

Deuxièmement, il y a quinze ans ou vingt ans lorsque nous n'avions pas de système d'échographie performant, il arrivait régulièrement que nous fassions des IVG dépassées de deux semaines par rapport au délai légal. Nous nous en rendions compte uniquement au moment de la réalisation de l'acte. Aujourd'hui, il est plus facile de savoir si nous nous trouvons à la limite légale et refuser de pratiquer l'intervention.

Je vais vous raconter une autre anecdote. Un jour, j'ai pratiqué accidentellement une IVG sur une femme enceinte de quinze semaines. Or à quinze semaines, il n'est pas possible de faire une aspiration Karman. La femme avait une morphologie telle que tout le monde avait sous-estimé la date de sa grossesse. L'interruption de grossesse s'est achevée dans le bloc opératoire par le gynécologue de garde. Nous n'étions pas très heureux mais nous n'avons pas vécu de drame. Il faut se rappeler que la médecine n'est pas une science exacte. Il faut tenir compte du fait que l'expérience des médecins est beaucoup plus grande que l'on ne l'imagine du fait qu'il y a vingt ans nous n'avions pas toujours de date exacte.

M. Alain GOURNAC - Monsieur le Président, je souhaite tout d'abord vous félicitez car je pense que c'était une bonne chose que de faire venir une équipe. Ceci nous a permis de voir quel était le rôle de chacun. Je crois qu'il était important de les faire intervenir. Nous nous sommes ainsi aperçus que l'acte était certes important mais que l'accompagnement l'était tout autant. Ce dialogue est d'autant plus important que la femme est seule. Il est donc nécessaire de l'accompagner à l'occasion de ce contact et de l'accompagner lors de l'acte lui-même.

Ma question est destinée au Docteur Marc Zaffran. En effet, celui-ci m'a beaucoup bousculé. Je suis d'accord avec lui sur beaucoup de points, en particulier sur les campagnes d'informations qui sont mal faites. Cependant, lorsqu'il nous dit que le préservatif est un mauvais système, je suis inquiet. Je sais que le stérilet présente également des dangers puisque je connais deux exemples de couples qui ont eu des enfants alors que la femme portait un stérilet. Or nous avons tellement de difficultés à faire passer le message sur le port du préservatif que je m'inquiète que vous disiez que le préservatif n'est pas un bon système.

M. Martin WINCKLER - J'ai dit très précisément que le préservatif était un excellent système pour protéger des maladies sexuellement transmissibles mais un mauvais système de contraception. Si vous acceptez que les adolescents utilisent des préservatifs, vous acceptez également l'hypothèse qu'ils aient des relations sexuelles. Les organes génitaux sont faits pour la reproduction. Si vous acceptez le fait que vos enfants entretiennent des relations sexuelles, vous pouvez très bien dire à votre fils qu'il doit utiliser des préservatifs mais que son amie doit également prendre la pilule. Il faut privilégier les deux systèmes afin de réduire le nombre de grossesses non désirées.

M. Bernard BOURREAU - Notre pratique quotidienne va tout à fait dans ce sens.

M. Alain GOURNAC - Dans des situations où les jeunes ont du mal à parler de sexualité avec leurs parents, il est difficile que la fille prenne la pilule

et que le garçon utilise un préservatif. Vous rêvez, me semble-t-il, d'une situation idéale.

M. Martin WINCKLER - Des enquêtes ont été menées concernant l'efficacité des contraceptifs. L'OMS comme d'autres organismes américains ont mené de telles études. Tous les moyens contraceptifs, sauf un, ont deux taux d'efficacité. Le premier concerne l'efficacité théorique c'est-à-dire en cas d'utilisation parfaite. Le deuxième concerne le taux d'efficacité pratique.

L'efficacité contraceptive théorique du préservatif est comprise entre 75 et 80 %. En pratique, son efficacité tourne autour de 50 %. L'efficacité théorique de la pilule est de 99 %. Son efficacité pratique s'élève à 75 %. En effet, il ne faut pas oublier qu'une femme peut oublier de prendre sa pilule. Nous avons vécu une grande épidémie de gastro-entérite, les femmes qui vomissent trois jours de suite ne peuvent pas prendre leur pilule. Elles ne sont donc pas protégées. Il existe également des interactions médicamenteuses. Le fait est aussi que de plus en plus de médecins prescrivent des pilules mini-dosées ou micro-dosées qui ne bloquent pas l'ovulation chez les adolescentes. Les médecins prescrivent également un médicament qui n'est pas une pilule. Il s'agit de Diane 35 qui est prescrit par les dermatologues et les gynécologues aux jeunes femmes qui ont de l'acné sous prétexte que c'est contraceptif.

Or l'autorisation de mise sur le marché ne dit pas que c'est un contraceptif. Si une femme est enceinte sous Diane 35, elle est en droit de porter plainte contre le médecin qui le lui a prescrit. Pourtant, c'est un des médicaments les plus prescrits en France. Je me trouvais il y a quelques jours à la Faculté de médecine de Tours où je m'adressais à 600 étudiantes. Je leur ai demandé si l'une d'entre elles connaissait Diane 35. Une cinquantaine d'étudiantes ont levé la main. Ces jeunes femmes sont en danger d'être enceintes !

L'efficacité théorique du stérilet est de 99 %. Son efficacité pratique s'élève également à 99 %. En effet, une fois que le stérilet est posé, il n'y a plus de manipulation. Or, pour un préservatif, une pilule, un diaphragme, il y a une manipulation. Par conséquent, il existe un risque d'erreur humaine.

M. François AUTAIN - Peut-on poser des stérilets chez des nullipares ?

M. Bernard BOURREAU - Bien entendu. Cependant, il faut toujours en discuter avec les femmes au préalable. C'est un des moyens de contraception pour une femme qui n'a pas d'enfants. Il faut étudier cette possibilité au cas par cas. Il est nécessaire d'étudier s'il n'existe pas de problèmes de contre-indications. Nous avons néanmoins élargi l'utilisation du stérilet aux femmes qui ne sont pas mères. Les risques théoriques qui étaient mis en avant pour des jeunes femmes n'ayant pas eu d'enfants comparés sont

inférieurs aux risques réels d'infections après IVG. Nous disposons aujourd'hui de stérilets adaptés. Cependant, la pose du stérilet exige une surveillance plus médicalisée.

M. Lucien NEUWIRTH - Il n'est pas possible de poser de stérilet chez les adolescentes.

Mme Claire-Lise CAMPION - Il n'est pas possible de poser un stérilet chez des jeunes filles n'ayant jamais eu de relations sexuelles.

M. Bernard BOURREAU - Il faut que la pose du stérilet soit acceptée par l'adolescente et la femme. Nous avons certes supprimé la contre-indication principale. Nous devons certainement proposer davantage ce mode de contraception.

M. Martin WINCKLER - Rappelez-vous que de nombreuses jeunes femmes, pour des raisons médicales ou pour des raisons d'utilisation, ne peuvent pas prendre la pilule.

M. François AUTAIN - Disposez-vous des chiffres relatifs au taux d'utilisation du stérilet en France ?

Mme Micheline DUPONT - Le taux d'utilisation est compris entre 15 et 20 %.

M. François AUTAIN - Il est dommage que ce taux soit si faible si le stérilet est le contraceptif le plus efficace.

M. Martin WINCKLER - Il est surtout dommage que ce moyen de contraception souffre d'un ostracisme dans le corps médical comme dans le grand public. Les femmes font généralement trois objections pour la pose d'un stérilet. Premièrement, elles craignent que le stérilet ne provoque des infections. C'est faux. Le facteur d'infection, c'est le nombre de partenaires sexuels et non pas le stérilet. Deuxièmement, elles pensent qu'il n'est pas possible de poser un stérilet à une femme qui n'a pas encore d'enfants. Or ce n'est pas vrai. Il existe même un stérilet spécialement destiné aux femmes nullipares. Les autres fabricants n'ont pas fait de demande pour que leurs produits soient posés aux femmes nullipares mais ils pourraient l'obtenir. Troisièmement, elles pensent qu'elles ne pourront pas prendre d'aspirine avec un stérilet. Les Français sont les seuls à croire que si on porte un stérilet on ne peut pas prendre d'anti-inflammatoires ou d'aspirines. C'est une invention franco-française ! Ce qui est regrettable c'est que les médecins et les pharmaciens continuent à colporter de telles croyances.

M. Bernard BOURREAU - Force est de reconnaître qu'il est difficile de convaincre les femmes de se faire poser un stérilet. Il faut vraiment prendre

le temps de leur expliquer et de les informer sur ce mode de contraception. Il faut également sensibiliser les femmes à l'évolution du mode de contraception qu'elles utilisent. Certains contraceptifs sont bien dans certaines situations mais il faut aussi être prêts à changer de contraceptifs suivant le mode de vie de l'intéressée. Il faut parler non pas d'une contraception mais de plusieurs contraceptions. Ceci demande de suivre régulièrement les femmes et de s'adapter à leur vie quotidienne. Les contrôles de contraception prennent du temps. Au moment du renouvellement de l'ordonnance, nous devons nous demander s'il n'est pas temps de proposer un autre mode contraceptif.

M. Bernard SEILLIER - Je suis d'accord avec le fait que la prévention et l'information sur la contraception devraient mobiliser l'ensemble des moyens de notre collectivité pour éviter d'en arriver jusqu'à l'interruption de grossesse. Je crois que c'est ce qui doit guider notre politique.

C'est à ce niveau qu'il faut accorder des moyens plus importants. L'interruption de grossesse est bien évidemment la solution ultime à laquelle il faudrait éviter de recourir.

Par ailleurs, j'ai cru comprendre que vous disiez que plus le temps passait, plus la femme ou la jeune femme s'appropriait l'enfant et que c'était un élément contribuant à la faire évoluer dans son objectif d'interruption de grossesse. Disposez-vous à ce sujet de données statistiques fiables qui permettent d'étayer ce propos ? Ceci l'emporte-t-il réellement sur la décision inverse qui consisterait à dire que plus le temps passe plus la femme est réticente à se séparer de l'enfant qu'elle porte. Laquelle de ces deux positions l'emporte sur l'autre ?

Mme Micheline DUPONT - Je crois qu'il s'agit davantage d'une constatation au cas par cas. Nous ne disposons pas de réelles statistiques sur ce point. Nous savons également que le déni de grossesse existe. Nous savons que ce déni existe pour des grossesses qui vont arriver à terme. Il existe également pour des grossesses qui vont finir par une interruption. Nous les retrouvons peut-être plus fréquemment chez les plus jeunes car celles-ci, confrontées à une absence de règles, vont adopter la politique de l'autruche. Elles souhaitent le plus souvent ne pas savoir et attendent le dernier moment. Elles ont tellement peur d'être enceinte qu'elles n'ont pas envie de voir la réalité en face. Elles reculent d'autant en espérant avoir leurs règles tardivement.

A cet égard, je peux vous citer quelques exemples. J'ai vu une jeune fille mineure à la rentrée de septembre. Elle est venue me voir avec son petit ami. Tous deux vivent en milieu rural. Je tiens d'ailleurs à parler de la situation particulière du milieu rural. Au mois de juin, cette jeune fille savait déjà qu'elle était enceinte. Pendant tout l'été, le jeune couple a discuté de ce problème sans jamais trouver une solution. Il était inenvisageable d'en parler à

l'un des parents. Ces derniers croulaient sous trop de problèmes pour leur infliger ce problème supplémentaire. Ces adolescents n'ont effectivement pas trouvé de solutions. Ils ont attendu la rentrée pour rencontrer l'infirmière scolaire. A ce moment-là, bien évidemment, le terme légal était largement dépassé.

M. Martin WINCKLER - Cet exemple illustre le manque de disponibilité des médecins généralistes.

Mme Micheline DUPONT - En effet, ces adolescents n'ont pas eu l'idée d'aller consulter leur médecin traitant car celui-ci connaît la famille et risquait de leur en parler.

M. Martin WINCKLER - C'est une notion très importante. La majorité des adolescents pensent que s'ils vont voir le médecin de famille, celui-ci en parlera aux parents. Nous n'insistons pas suffisamment sur l'inviolabilité du secret médical. Il est regrettable que certains médecins violent ce secret et restent impunis. C'est insupportable.

Mme Micheline DUPONT - Je souhaiterais savoir si vous avez mené une réflexion sur des personnes victimes de violences sexuelles et enceintes. Dans la loi en vigueur, rien ne fait référence à ce cas de figure. Dans le projet de loi, nous n'avons rien non plus concernant les personnes victimes de viols et enceintes.

M. Lucien NEUWIRTH - Il est vrai que chez les mineures nous constatons une augmentation du nombre d'agressions sexuelles en milieu scolaire et périscolaire. Un certain nombre de mineures se trouvent victimes de ces violences. Or nous n'en parlons que très peu.

Mme Micheline DUPONT - Je souhaiterais que ce sujet soit clairement abordé dans la loi. Je pense que nous avons besoin d'un écrit. Une jeune fille qui subit des violences sexuelles va plus loin que dans le déni de grossesse. Elle veut oublier ce qui lui est arrivé. Elle attend et nous nous retrouvons en dehors du délai légal pour procéder à une IVG. Que doit-on faire dans ces cas-là ?

M. Jean DELANEAU, président - Je ne sais pas si nous devons adapter la loi et inscrire ce cas de figure dans les textes de façon spécifique. Nous allons réfléchir au cas particulier des femmes en situation de grande détresse.

M. Bernard BOURREAU - Un certain nombre de centres l'ont accepté dans leur mode de fonctionnement mais ce point n'est pas inscrit officiellement dans les textes.

M. Jean DELANEAU, président - Nous étudierons la possibilité de rajouter, dans l'article 8 bis de la loi, qui porte sur les interruptions de grossesse tardives pour raisons médicales, le cas des jeunes femmes victimes de violences sexuelles. Nous pouvons envisager la possibilité de rajouter le terme de « social » à l'alinéa relatif aux IVG pour raisons médicales.

Mme Micheline DUPONT - Il demeure qu'il faudra toujours interpréter le texte.

M. Jean DELANEAU, président - Je crois que dans ce domaine, il y aura toujours une interprétation. Il y a toujours un moment où le médecin ou le référent social doit bénéficier d'une marge de manœuvre.

M. Bernard BOURREAU - Beaucoup d'autres pays d'Europe ont peut-être une législation plus restrictive que la nôtre en matière d'IVG mais ils incluent cependant la possibilité de recourir à l'interruption de grossesse en cas de viol.

Mme Claire-Lise CAMPION - Je n'ai pas de questions précises à poser à l'un de nos intervenants de ce matin, cependant, monsieur le président, je souhaiterais formuler une remarque. J'ai assisté avec beaucoup d'intérêt aux auditions que vous avez organisées au niveau de la commission des Affaires sociales. Cependant, je regrette que nous ayons auditionné quasi exclusivement des représentants du milieu médical et paramédical. Je regrette que nous n'ayons pu entendre des représentants des associations de femmes. Je vais essayer d'organiser pour certains de mes collègues des auditions avec les membres de la CADAC. Permettez-moi simplement de regretter que nous ne l'ayons pas fait au sein de la commission. J'aurais souhaité que nous entendions également les représentants des associations de femmes.

M. Jean DELANEAU, président - Lorsque nous disposons de six mois pour organiser des auditions, il est plus aisé d'entendre chacun des acteurs. Organiser des auditions publiques demande beaucoup de temps. Je vous rappelle néanmoins que le rapporteur procède également à un certain nombre d'auditions. Les délégations aux droits des femmes ont fait de même. J'ai dit au représentant du Gouvernement que je regrettais qu'il ait déclaré l'urgence sur un texte comme celui-ci. Je souhaite que le caractère d'urgence puisse disparaître pour que nous puissions avoir la chance de procéder à une deuxième lecture avec nos collègues de l'Assemblée nationale. Peut-être ainsi pourrions-nous également compléter notre programme d'auditions.

Mme Claire-Lise CAMPION - Ce n'est pas un reproche.

M. Louis BOYER - Il existe beaucoup d'associations. Pourquoi souhaitez-vous auditionner cette association en particulier ?

Mme Claire-Lise CAMPION - La CADAC est une instance de coordination des différentes associations de femmes. En ce sens, elle est représentative.

M. Jean DELANEAU, président - Je souhaiterais finir par une citation de Pierre Simon qui disait en 1979 : « *Je crois qu'il faut demander l'avis de ceux qui mettent la main à la pâte, si je puis me permettre cette expression, et non pas à ceux qui descendent dans la rue* ».

Je vous remercie de votre participation.