



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**LA CONTRACEPTION ET L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

– thème n° 15 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale
(3 EDH, 3 IASS, 2 D3S, 1 IG, 1 MISp)

Animateur
– LECORPS Philippe

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
I - DES INÉGALITÉS D'ACCÈS À LA CONTRACEPTION ET À L'IVG.	5
A. Un dispositif strictement réglementé, des pratiques diversifiées.	5
1. Etat des lieux de l'accès à la contraception et à l'IVG en France	5
a) L'offre en matière de contraception	5
b) Le parcours de la femme en France pour l'accès à l'interruption volontaire de grossesse.	6
c) Des conditions très variables d'accès à l'IVG au sein de l'Union Européenne	7
2. Données épidémiologiques en France :	8
a) Une contraception satisfaisante	8
b) Un recours à l'interruption volontaire de grossesse relativement stable	8
3. Les représentations ambivalentes liées à la contraception et à l'IVG	9
B. Contraception et IVG : des droits inscrits, des services pas toujours accessibles	10
1. les freins culturels et sociaux	10
a) La difficile appropriation de la contraception par les femmes	10
b) Des publics encore pénalisés par les coûts d'accès	11
2. Les freins structurels et procédurux	12
a) Des dysfonctionnements structurels encore trop nombreux	12
b) Des délais et des procédures parfois contraignantes	13
II - DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION : DE LA RÉFLEXION À L'ACTION.	14
A. Un dispositif en cours d'évolution	14
1. Le rapport Nisand : support de la réflexion	14
2. les récentes évolutions	15
a) La campagne d'information sur la contraception	15
b) Les dispositions visant à faciliter l'accès à tous les contraceptifs disponibles sur le marché.	16
c) Un cas particulier : la contraception d'urgence	16
d) Les actions visant à améliorer l'accès et la pratique de l'IVG pour toutes les femmes	17
3. les projets de réforme	18
B. Pour un meilleur accès	20
1. Des réactions mitigées face aux évolutions envisagées:	20
a) La contraception d'urgence ou « pilule du lendemain »	20
b) L'allongement du délai d'autorisation de l'IVG	20
c) L'aménagement de l'autorisation parentale	21
N.B. : La suppression de l'obligation de consultation sociale pré-IVG	21
2. Des propositions face aux questions toujours en débat	22
a) Renforcer la prévention, l'offre et les pratiques contraceptives	22
b) Assurer une organisation plus performante de l'IVG	23
CONCLUSION	25
ANNEXES	27
b) Choix de la méthode de recherche	28
EXPOSÉ DES MOTIFS	32
Titre Ier : Interruption volontaire de Grossesse	37
Titre II : Contraception	39
BIBLIOGRAPHIE	40
Résumé	

INTRODUCTION

Au cœur des questions politiques, économiques, liées au contexte de la baisse de la natalité, perceptible dès le début du XVIII^e siècle, la contraception et l'interruption volontaire de grossesse ont fait l'objet de débats souvent passionnels et qui resurgissent de façon récurrente, et tout récemment à l'occasion de la révision de la loi Veil. Ainsi, à aucun moment de notre étude nous n'avons négligé les enjeux liés à l'histoire :

- Le rôle de l'Etat, qui longtemps s'est donné la mission de devoir assurer l'accroissement de la population, de décider de "qui doit naître", d'assurer la responsabilité de "faire naître" en s'immiscant ainsi dans le domaine privé de chacun,
- le pouvoir médical, qui a pu s'opposer à la liberté des femmes d'assumer ou non la responsabilité de leur grossesse,
- la reconnaissance des femmes dans la société,
- la définition que l'on donne aujourd'hui de la vie.

Au lendemain de la première guerre mondiale particulièrement meurtrière, **une loi est adoptée en 1920 visant à protéger la procréation. La propagande anticonceptionnelle est réprimée et l'avortement lourdement sanctionné.** Les premières victimes de cette loi sont Eugène et Jeanne Humbert, néomalthusiens, chez qui des contraceptifs et des brochures antinatalistes sont découverts. Leur peine purgée, ils reprennent le combat avec déjà à leurs côtés des féministes et des associations laïques s'opposant ainsi à l'Eglise catholique qui se prononce contre la contraception.

La législation concernant la contraception restera inchangée pendant plusieurs dizaines d'années.

Au début des années cinquante, le combat reprend à l'initiative des femmes dont le Docteur Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé. La préoccupation est alors d'améliorer la santé des mères et le développement de la famille en luttant contre les « avortements criminels » et leurs complications, au premier rang desquelles la stérilité.

Ce médecin se heurte au corps médical mais néanmoins poursuit la lutte jusqu'à fonder la « Maternité Heureuse » en 1956 qui deviendra, grâce à l'appui de quelques médecins francs-maçons, le Mouvement Français pour le Planning Familial.

Leurs intentions sont d'une part de réunir toutes les informations sur la maternité et la natalité et d'autre part d'en faire profiter tous ceux qui le souhaitent. En dépit d'une forte adversité, le mouvement se développe et reçoit peu à peu le soutien d'une partie de la classe politique : la gauche non communiste puis la droite modérée.

De 1965 à 1967, de houleux débats ont lieu suite à la volonté de légiférer sur la contraception. Les opposants mettent en avant des arguments d'ordre nataliste (menace de dénatalité), d'ordre médical (danger potentiel pour les utilisatrices) et d'ordre religieux (atteinte au processus de fertilité sans le consentement divin). Les partisans, quant à eux, demandent une loi pour mettre fin aux pratiques illégales ; ils insistent sur la nécessité de donner aux familles la possibilité de planifier leur

croissance dans le cadre du développement d'une ample politique familiale. Une autre de leurs préoccupations est la prévention des avortements clandestins.

Le 28 décembre 1967 naît la « loi Neuwirth » : elle autorise et régit la fabrication, l'importation et la vente des contraceptifs oraux et des stérilets. Ils sont désormais délivrés en pharmacie sur prescription médicale.

En matière d'interruption volontaire de grossesse, il faut encore attendre quelques années pour voir promulguer la première loi sur l'avortement. En effet, jusque dans les années cinquante, toutes les formes d'avortement sont fortement réprimées par la loi. Seule l'interruption thérapeutique de grossesse est autorisée à partir de 1955 lorsque la vie de la mère est en danger. On estime cependant qu'entre 250 000 et 500 000, voire 850 000 avortements clandestins sont réalisés chaque année.

Au début des années soixante dix, le dispositif promu par la « loi Neuwirth » demeure insuffisant. Le Planning Familial crée alors l'Association Nationale pour l'Etude de l'Avortement qui se propose de réfléchir aux modifications législatives à envisager. Le Mouvement de Libération des Femmes dans le même temps constitue une force importante dans la lutte en faveur de la légalisation de l'avortement.

Face à l'ampleur prise par ce courant et à la clémence récente lors des derniers jugements rendus pour avortements clandestins, le débat sur l'interruption volontaire de grossesse revient en force dans le champ politique.

Des associations et quelques médecins rendent publique la réalité de leurs pratiques en matière d'avortement et se regroupent au sein du Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC).

Toutefois leur lutte en faveur de la légalisation de l'avortement se heurte à des adversaires de taille aux premiers rangs desquels se positionnent l'Eglise Catholique et quelques groupes radicaux ainsi qu'une grande partie du corps médical. Peu à peu cependant, les arguments en faveur d'une législation favorable à la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse se développent. Son autorisation est envisagée lorsque la poursuite de la grossesse menace la santé de la femme, lorsqu'il y a un risque important d'anomalies fœtales graves, lorsque la grossesse est consécutive à un viol ou à un inceste et même lorsque la poursuite de la grossesse pose un problème social, économique ou psychologique d'une gravité indiscutable.

Le débat contradictoire qui s'instaure entre les partisans et les détracteurs de l'interruption volontaire de grossesse aboutit le 17 janvier 1975 à la promulgation de la « loi Veil ».

Vingt cinq ans plus tard, un bilan réalisé par le professeur Israël Nisand constate les insuffisances de cette loi et de ses conditions d'application. La femme dispose aujourd'hui d'un droit à la contraception pour maîtriser sa fécondité et planifier ses naissances. Si ce point ne fait quasiment plus débat, il en va autrement de l'IVG où la libre disposition de son corps par la femme induit la libre disposition du corps naissant – qu'on lui prête vie humaine ou non. Les conditions d'une intervention qui n'est que tolérée, pour les « *femmes en situation de détresse* »¹, par la société ne vont pas de soi. Chacun se prononce en son âme et conscience sur le sujet.

Reste que si l'on peut encore débattre du principe d'un droit à avorter, les impératifs de santé publique exigent l'affirmation d'un devoir de la société : celui d'offrir les meilleures conditions aux femmes en détresse qui décident d'interrompre leur grossesse.

La contraception et l'IVG constituent ainsi deux missions de service public. Comment la société française les assume-t-elle ? Comment les femmes exercent-elles leurs droits en la matière ?

Alors que la France est en tête des pays européens pour ce qui est de l'utilisation de la contraception par les femmes, le nombre d'avortements n'a que très légèrement diminué depuis vingt-cinq ans. Ce paradoxe apparent nous a conduit à centrer notre étude sur l'accessibilité à la

¹ Article L 162-1 du CSP (article premier de la loi Veil)

contraception et à l'IVG : quels sont les moyens d'information, d'éducation pour la santé offerts ? Quels sont les obstacles à l'appropriation par les personnes concernées de ces moyens ? Quelles solutions convient-il de proposer ? L'accessibilité aux services d'orthogénie est-elle réelle ? Quels sont les freins à cette dernière ? La réglementation du dispositif existant doit-elle être revue ? Convient-il de réviser la loi ou d'en assurer seulement une application effective ?

Notre étude comprend deux temps.

La première partie de ce travail dresse un constat : celui de **l'existence d'inégalités d'accès à la contraception** et à l'IVG.

La seconde partie expose **des pistes de réflexions et d'actions sur le dispositif actuel et des propositions pour favoriser l'accès de toutes les femmes à la contraception et à l'IVG.**

La conclusion sera l'occasion de mettre en évidence nos différences d'approche sur ce sujet extrêmement sensible et difficilement consensuel, reflétant ainsi nos divergences de représentation de la sexualité et de la vie .

I - DES INEGALITES D'ACCES A LA CONTRACEPTION ET A L'IVG.

A. UN DISPOSITIF STRICTEMENT REGLEMENTE, DES PRATIQUES DIVERSIFIEES.

Le droit à la contraception et le droit à l'avortement n'ont été reconnus que récemment en France. S'ils existent aujourd'hui, ils restent étroitement réglementés. L'accès des femmes à la contraception doit s'accompagner d'une indispensable information. Les conditions de la délivrance des contraceptifs sont strictement encadrées lorsqu'il s'agit de médicaments.

Quant à l'interruption de grossesse, elle est inscrite dans de strictes limites afin de ne pas porter atteinte au droit à la vie et de préserver la santé de la femme.

I. ETAT DES LIEUX DE L'ACCES A LA CONTRACEPTION ET A L'IVG EN FRANCE

a) L'offre en matière de contraception

- Une information sur la contraception très réglementée.

Les structures d'information : Les moyens d'informer le public sur les méthodes de contraception n'ont été mis en place qu'en 1973. Pourtant dès la loi du 28 décembre 1967, les conditions de fonctionnement des structures d'information étaient prévues : qu'elles soient publiques ou privées, leur mission consiste à compléter l'action des services départementaux de Protection Maternelle et Infantile. Le développement de l'information sur la contraception est fortement lié à la prévention des interruptions volontaires de grossesse.

Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ont été mis en place par le décret du 24 avril 1972. Un décret du 6 août 1992 est venu redéfinir et préciser leur mission. Ces centres relèvent soit d'une collectivité publique - centre d'orthogénie des hôpitaux ou centre de PMI -, soit d'une association essentiellement le Mouvement Français pour le Planning Familial.

Des campagnes d'information du gouvernement peuvent aussi être organisées (en 1999, une campagne de 24 millions de francs). L'Education nationale consacre également une partie de ses programmes à l'éducation à la santé mais seules deux heures par an en classe de Quatrième et deux heures par an en classe de Troisième sont réservées à l'éducation sexuelle.

La publicité et la contraception : En 1991 a été supprimée l'interdiction de la publicité anticonceptionnelle ; désormais, celle-ci est soumise à la réglementation relative à la publicité pour les médicaments et les établissements pharmaceutiques. « *Toute publicité, sous quelque forme que ce soit, relative aux préservatifs et aux autres contraceptifs, est soumise aux dispositions de l'article L.551 du CSP* » : est prohibée la publicité pour tout médicament soumis à prescription médicale ou remboursable au titre de l'Assurance Maladie.

- Un mode de prescription et de remboursement de la contraception ne favorisant pas sa diffusion

La prescription et la délivrance du contraceptif : Les contraceptifs hormonaux et intra-utérins ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. Le contraceptif ne peut être délivré que par un pharmacien. Les CPEF sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, à toute personne y compris aux mineurs désirant garder le secret.

Les jeunes filles mineures rencontrent un problème particulier : en effet, les médecins autres que ceux du CPEF leur prescrivent la contraception sans autorisation parentale ; mais si la mineure désire être remboursée des frais entraînés par l'achat du contraceptif, les visites médicales et autres analyses, elle doit en informer ses parents dont elle est l'ayant droit.

Une prise en charge incomplète par la Sécurité Sociale : La prise en charge de la contraception par la Sécurité Sociale est un moyen important d'en faciliter l'accès à toutes les femmes. En 1967, seule la visite médicale préalable à l'obtention de contraceptif était remboursée. Depuis 1974, médicaments, produits, et analyses sont remboursables (article L.238 du CSP). La liste des contraceptifs oraux remboursables a été établie dès 1975 puis allongée en fonction de l'apparition de nouveaux produits. Cependant les pilules dites de troisième génération ne sont toujours pas remboursées et ne peuvent légalement pas être délivrées à titre gratuit par les CPEF.

b) Le parcours de la femme en France pour l'accès à l'interruption volontaire de grossesse.

- Les procédures

La loi française du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite loi VEIL, modifiée par la loi du 31 décembre 1979, a dépénalisé l'avortement sous certaines conditions. Ces dispositions ont été codifiées et font désormais partie du Code de la Santé Publique. L'article L 162.1 de ce code précise que l'interruption volontaire de la grossesse peut être demandée par une femme enceinte en situation « *de détresse* », avant la fin de la dixième semaine de grossesse. L'appréciation de l'état de détresse est laissée à la femme elle-même (article L. 162-4 al. 1^{er} du Code de la santé publique)

LES CONDITIONS DE FOND PREALABLES A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Le délai de 10 semaines : L'acte visant à interrompre la grossesse doit être réalisé avant la fin de la dixième semaine de grossesse ou douzième semaine d'aménorrhée (art. L162-1 du CSP). Le calcul du terme de la grossesse peut s'avérer difficile. Une échographie est systématiquement réalisée, la marge d'erreur est de plus ou moins quatre jours.

Le cas de la jeune fille mineure : Si la femme qui désire avorter est mineure, l'article L 162-7 du CSP prévoit que doit être requis le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale (ou, le cas échéant, celui du représentant légal). Néanmoins, une simple signature suffit, la présence physique d'un parent n'est pas exigée au moment de la signature.

La femme étrangère : Lorsque la femme est étrangère, l'article 162-11 du CSP n'autorisait l'interruption volontaire de grossesse jusqu'en juin 2000 que dans la mesure où la femme justifiait de conditions de résidence fixées par voie réglementaire (trois mois).

LES CONDITIONS DE FORME PREALABLES A L'IVG

Ces conditions de forme ont pour but de s'assurer du consentement de la femme. Trois entretiens sont obligatoires pour s'assurer de cette volonté. L'objectif des entretiens est que la femme prenne sa décision en toute connaissance de cause.

En fait, le contenu trop général des textes prévoyant ces entretiens a pour conséquence qu'ils peuvent selon la manière dont ils sont menés, dissuader ou inciter la femme à avorter ou bien être un moment d'écoute privilégiée.

Le premier entretien avec le médecin : Le médecin a essentiellement pour mission d'informer la femme « *sur les risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et ses maternités futures et de la gravité biologique de l'intervention qu'elle sollicite* » (art. L 162-3 du CSP). C'est à partir de ce

premier entretien que le délai de huit jours de réflexion obligatoire court. Si le délai de dix semaines de grossesse risque d'être dépassé, le médecin peut réduire cette attente de huit jours.

Ce premier entretien est l'occasion de remettre le dossier guide qui comporte un certain nombre d'éléments fixés par la loi du 31 décembre 1979 : rappel des dispositions législatives et réglementaires, énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux femmes, célibataires ou non, et à leurs enfants, liste et adresses des organismes concernés .

Le médecin peut invoquer la clause de conscience pour ne pas réaliser lui-même une IVG, mais la loi prévoit l'obligation d'en informer la femme (art. L 162-8 du CSP). S'il invoque cette clause de conscience, il doit néanmoins fournir impérativement à la femme enceinte le dossier guide qui comporte les adresses des centres d'orthogénie de la région.

L'entretien psycho-social : La femme enceinte doit « *consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation* » art. 162-4 al. 1^{er} du CSP. Cet entretien est l'occasion d'une rencontre de la femme avec un travailleur social ou une conseillère conjugale et familiale qui lui apporte assistance et conseils appropriés à sa situation.

Le second entretien médical - la confirmation d'interrompre la grossesse : La femme doit confirmer par écrit sa volonté d'interrompre sa grossesse. Le médecin lui délivre alors un certificat attestant qu'elle a bien effectué les formalités prévues par la loi.

Si le terme ne dépasse pas sept semaines de grossesse (neuf semaines d'aménorrhée), l'avortement peut être réalisé par méthode médicamenteuse (utilisation du RU 486).

- *Des structures diversifiées d'accueil pour les femmes.*

Trois types de structures publiques coexistent à l'heure actuelle :

- des centres autonomes ou CIVG fonctionnant sous la responsabilité médicale des médecins qui y travaillent souvent comme vacataires,
- des unités fonctionnant dans le cadre d'un service hospitalier avec affectation de locaux et de personnels,
- des activités d'IVG pratiquées par un service de l'établissement, sans affectation spécifique de personnels et de locaux.

Dans les établissements publics de santé, le bon fonctionnement d'un service dépend, la plupart du temps, de la bonne volonté du chef de service et de la place qu'il veut bien donner à l'orthogénie. La faible considération pour la pratique des IVG conduit ces structures d'accueil à avoir des positions souvent marginales au sein des hôpitaux. S'ils doivent assurer une couverture de l'ensemble du territoire pour l'accès à l'IVG, les établissements publics ne répondent pas toujours aux besoins locaux qui sont alors compensés par le secteur privé, participant ainsi à l'exécution du service public.

Des structures privées à l'activité limitée par le législateur : La loi du 17 janvier 1975 a prévu que dans les établissements privés, le nombre d'IVG pratiquées chaque année ne pourrait dépasser le quart des actes chirurgicaux et obstétricaux sous peine de fermeture de l'établissement pendant un an.

c) Des conditions très variables d'accès à l'IVG au sein de l'Union Européenne

Dans la majorité des pays de l'UE, l'IVG qui ne répond pas à un motif strictement thérapeutique peut avoir lieu dans un délai supérieur à dix semaines de grossesse.

- Allemagne, Belgique, Autriche : douze semaines
- Pays-Bas et Grande-Bretagne : vingt-deux semaines. En Grande-Bretagne, les femmes doivent avoir deux consultations médicales avant d'être autorisées à avorter ; un problème d'ordre social comme un logement insuffisant ou un manque d'argent peut être admis comme une raison valable.

- Il convient ici de souligner le cas particulier de l'Espagne où l'avortement est interdit, sauf en cas de viol, de malformation grave du fœtus ou de «grave péril pour la vie ou la santé psychique de la femme, constaté antérieurement à l'intervention par un spécialiste». Dans le premier cas le délai prévu est de douze semaines et dans le second (risque de malformation) il est porté à 22 semaines. En réalité, les hôpitaux publics espagnols pratiquent peu l'interruption de grossesse, même dans le cadre étroit de la loi. Ce sont les cliniques privées qui s'en chargent, en rendant «légal» les IVG. Les femmes doivent ici aussi, consulter deux médecins. Dans ce secteur privé, l'avortement coûte entre 1 800 et 8 000 francs, et il n'est pas remboursé.

L'autorisation parentale est requise pour les mineures, notamment au Danemark et en Italie, cependant les législations de ces deux pays prévoient aussi que l'interruption peut être pratiquée sans l'accord des parents, voire malgré leur opposition en Italie (sur décision d'un juge).

En Allemagne, en Belgique, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, la loi sur l'IVG n'évoque pas le cas particulier des mineures. Les prescriptions générales relatives aux indications médicales s'appliquent donc, en mettant l'accent sur « la capacité de discernement » de la mineure.

2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES EN FRANCE :

a) Une contraception satisfaisante

La pilule oestro-progestative est le moyen de contraception le plus fréquemment utilisé par les femmes : 50 % l'ont utilisée dès le premier rapport, 60 % des femmes de 20 à 24 ans l'utilisent, 90 % des femmes de 30 ans l'ont utilisée au moins une fois. En moyenne chaque utilisatrice va y recourir pendant une douzaine d'années.

La moitié d'entre elles utilisera ensuite un dispositif intra-utérin (stérilet) : le taux d'utilisation d'un tel dispositif dépasse celui de la pilule pour les femmes âgées de 40 ans, et près d'une femme sur deux l'utilise au cours de sa vie. Sa durée moyenne d'utilisation est d'environ 15 ans.

Les autres méthodes de contraception ne sont plus que très peu utilisées, le plus souvent à titre de méthode temporaire : le retrait, méthode traditionnelle des couples français, est en voie de disparition (moins de 3 % des 20-49 ans) ; l'abstinence périodique (température, Ogino, etc.) ne se pratique presque plus (4 %). L'utilisation du préservatif en tant que méthode principale de contraception concerne de façon stable environ 4 à 5 % des couples.² La stérilisation en France est très peu développée (6 %).

La proportion de femmes qui ne souhaitent pas d'enfant et qui n'ont pas de contraception demeure très faible (2,6 %) ; il reste encore 12,2 % des filles (8,4 % des garçons) dont les premiers rapports sexuels ont lieu sans contraception.³ Mais aussi et surtout, il faut noter que **le fait de déclarer utiliser une méthode de contraception ne signifie pas pour autant que cette utilisation soit régulière et efficace, quelle que soit la méthode considérée.**

b) Un recours à l'interruption volontaire de grossesse relativement stable

Le recours à l'IVG est moins fréquent dans les dernières années que lors de sa légalisation en 1975. La France se situe à une place moyenne en Europe. Le nombre des avortements de premier rang n'a cessé d'y diminuer, ce qui témoigne d'une meilleure maîtrise de la reproduction. **Chaque femme connaît en moyenne dans sa vie une grossesse accidentelle et une fois sur deux elle décide de**

² Résultat de l'enquête INED-INSEE 1994

³ Source INSERM octobre 2000

l'interrompre. Les femmes avortent donc plus qu'en Angleterre ou aux Pays-Bas (0,3 avortement par femme), mais moins qu'en Italie et en Europe de l'Est.

L'accès à l'IVG suppose un certain niveau d'information : il existe en effet des inégalités sociales dans la possibilité d'avoir recours à l'avortement. Ce sont essentiellement des femmes seules qui ont recours à l'IVG. A âge et situation matrimoniale identiques, il y a partout diminution de la proportion des conceptions terminées par un avortement.

Pour la très grande majorité des femmes soit près de 80 % d'entre elles, **le recours à l'avortement est accidentel et unique. L'IVG en France n'est donc pas considérée comme un moyen de contraception.**

On estime que 220 000 IVG sont pratiquées chaque année en France, soit une pour trois naissances. Sur 100 grossesses accidentelles, 53 sont dues à un rapport non protégé, 32 à un rapport protégé par une méthode contraceptive insuffisamment efficace, 15 à un oubli de contraception.

8 % des IVG concernent les femmes de moins de 18 ans, 30 % de moins de 25 ans, 45 % touchent des femmes de 25 à 35 ans. Deux tiers des IVG sont pratiquées par le secteur public.

Enfin, chaque année environ 5 000 femmes quittent le territoire national pour pratiquer une IVG hors délais légaux.

3. *LES REPRESENTATIONS AMBIVALENTES LIEES A LA CONTRACEPTION ET A L'IVG*

La contraception et l'IVG mettent en question l'identité des femmes dans leur dimension corporelle. La représentation de la femme dans le corps social, la place qu'on lui donne ou qu'elle s'accorde influent sur les comportements. Ces derniers sont déterminants.

L'échec de la contraception peut parfois s'expliquer par le désir inconscient de quelques femmes (25-30 ans) de "tester leur fertilité". Ceci est une réponse aux idées reçues qui souvent associent pilule et infertilité. La jeune femme après plusieurs années de contraception orale cherche par ce biais à vérifier sa propre capacité à enfanter, le désir inconscient de grossesse ne traduisant pas nécessairement un désir d'enfant.

L'absence de contraception apparaît également chez certains jeunes comme une prise de risque recherchée, comportement habituel de l'adolescence.

Pour d'autres jeunes filles, aborder de but en blanc le thème intime de la contraception et, de manière sous-jacente, celui de la disponibilité sexuelle reste ambigu. Protection de l'identité et protection du corps : « *faire savoir "comme ça" que l'on se donne le moyen d'avoir des rapports sexuels sans courir le risque d'une grossesse peut être interprété comme un appel. C'est risquer de tomber aux yeux des autres dans la catégorie des "filles faciles"* ». Elles désirent se protéger face à l'assimilation « *corps sous contraception/corps à disposition* ». ⁴

Par ailleurs, des campagnes d'information sur le SIDA ont mis l'accent sur la nécessité de se protéger lors des rapports sexuels. Ce message a bien été intégré dans les comportements, cependant lorsque la relation entre deux personnes perdure, la notion de risque de transmission d'une maladie sexuellement transmissible (MST) disparaît et avec elle l'utilisation d'un moyen de protection. Le préservatif a été assimilé à une méthode préventive des MST, l'abandon de son utilisation n'est pas immédiatement relayé par une contraception, orale notamment.

En France, la représentation des méthodes contraceptives exclut le stérilet pour les jeunes femmes avant une première grossesse, alors qu'au Canada, son utilisation est banalisée et plus précoce. La stérilisation (homme/femme) subit le même type de préjugés.

Enfin, les représentations que se font de l'IVG la société et le corps médical peuvent être plus ou moins culpabilisantes. Ainsi, l'idée de "récidive" en matière d'IVG demeure prégnante dans le milieu hospitalier, intégrant la notion de faute commise par la femme. Dans cette représentation, l'IVG glisse implicitement, dans le discours, d'un droit à un quasi-délit.

⁴ H BRETIN « Contraception : quel choix pour quelle vie ? » Ed INSERM 1992

B. CONTRACEPTION ET IVG : DES DROITS INSCRITS, DES SERVICES PAS TOUJOURS ACCESSIBLES

Comme le constate le rapport Nisand⁵ : « On peut observer une légère baisse du nombre d'IVG dans notre pays, ce qui traduit probablement une meilleure utilisation et un meilleur accès à la contraception.. L'accès à l'IVG reconnu par la loi N° 75-17 du 17 janvier 1975 reste cependant parfois difficile pour les femmes qui rencontrent (...) encore des difficultés dans l'exercice de cette liberté ».

Les rencontres organisées avec les différents acteurs nous ont permis de constater qu'il existait encore de nombreux freins à l'accès à l'IVG mais aussi à la contraception. Même si la loi de 1975 est globalement bien appliquée, des difficultés subsistent dues à des causes qui peuvent être d'origine culturelle ou sociale ou encore structurelle ou procédurale.

I. LES FREINS CULTURELS ET SOCIAUX

a) La difficile appropriation de la contraception par les femmes

La réticence des femmes par rapport à l'utilisation de la contraception connaît des origines extrêmement variées. Au-delà de principes religieux ou d'habitudes de vie rendant certaines femmes d'origine étrangère, par exemple, hostiles à l'utilisation d'un contraceptif, les habitudes culturelles en matière de contraception en France diffèrent de celles des autres pays. Ainsi, en France, 80 % de la régulation des naissances repose essentiellement sur deux méthodes contraceptives. Quant à la pilule dite « pilule du lendemain », elle reste très mal connue : 60 % des femmes ayant eu recours à l'IVG ne connaissaient pas cette possibilité.

- L'utilisation de deux moyens de contraception -pilule et stérilet- est assez inégale selon les milieux d'origine des femmes et peut être contrariée par l'influence d'idées reçues.

Le stérilet est ainsi moins utilisé dans les populations agricoles ou ouvrières et fait l'objet de réticence de la part du corps médical lorsqu'il s'agit de le poser à une femme n'ayant encore jamais enfanté. Les femmes qui refusent l'usage de la pilule se justifient en alléguant qu'elle fait grossir ou, ce qui est plus grave, surestiment les risques de cancers ou de stérilité qu'elle pourrait générer.

Ces réticences se retrouvent également chez les adolescentes, dont les connaissances sont erronées et imprécises et qui privilégient le préservatif lors de leurs premiers rapports sexuels. Or celui-ci, utilisé seul, peut s'avérer inefficace comme moyen de contraception. L'aspect occasionnel des rapports sexuels chez les adolescentes les pousse de plus très souvent à n'utiliser aucun moyen contraceptif (en moyenne 38 % des jeunes femmes sont concernées). Il apparaît en réalité, comme le constate le professeur Israël Nisand, que les méthodes les plus efficaces ne sont pas bien adaptées à une activité sexuelle irrégulière et qu'il est difficile de promouvoir chez les jeunes une contraception qui fasse partie de la vie de tous les jours. En général, le taux d'échec de la contraception est de 2 à 3 % au cours de la première année d'usage.

⁵ Madame Martine AUBRY, dans la perspective de la révision de la loi VEIL relative à l'Interruption Volontaire de Grossesse, a commandé au professeur I. NISAND chef de maternité du Centre médico-chirurgical de Schiltigheim, un rapport portant sur « l'accès des femmes à l'IVG en France, 25 ans après la loi VEIL » ; la volonté gouvernementale de modifier une loi fortement marquée par les enjeux d'une époque, a trouvé son fondement dans la série de propositions formulées par le dit rapport. Intitulé "Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes", il est à la fois un diagnostic de la situation française actuelle, une appréciation de l'efficacité des structures, une évaluation des difficultés rencontrées par les services qui répondent à la demande d'IVG dans les secteurs publics et privés. Il a également pour objet de faire des propositions concrètes susceptibles d'améliorer le sort des patientes qui recourent à l'IVG.

- Cet échec des différents types de contraception peut être rapproché de la motivation de leurs utilisatrices qui conditionne leur réelle efficacité.

Ainsi, une **certaine ambivalence vis à vis de la grossesse ou de la naissance d'un enfant** est souvent associée au choix de méthodes moins efficaces ou à une moins bonne observance des règles d'utilisation du contraceptif. Il existe en fait une réelle différence entre le désir de grossesse et le désir d'enfant, les femmes cherchant parfois à tester leur pouvoir de fécondité sans réel désir d'enfant. Selon Israël Nisand, il est possible d'estimer que si on augmente la prévalence de la contraception de 50 %, on ne diminue que de 32 % le nombre d'IVG ; l'avortement reste l'expression d'une contradiction entre le désir des femmes et les réalités sociales, économiques et familiales. Une grossesse refusée n'est donc pas toujours consécutive à une conception involontaire. De plus, des facteurs psychologiques forts peuvent amener les femmes à retarder l'IVG en cas de refus de grossesse, simplement par négation de celle-ci (dénier de grossesse) ou par rejet de l'acte d'interruption en tant que tel. Certains des obstacles éthiques auxquels elles peuvent être alors confrontées sont illustrés par les propos tenus par Elisabeth Siedziewski⁶ : « *La dimension éthique [de l'IVG] devrait interpeller tous ceux pour qui la destruction sans motif thérapeutique d'un fœtus (...) ne peut être assimilée à un acte de légitime maîtrise de la fécondité* ». Pour autant, cette assimilation de l'IVG à un acte de maîtrise de la fécondité n'est qu'un des aspects éthiques de la demande d'IVG. Celle-ci ne se situe pas toujours sur le terrain de la régulation des naissances.

Cette dimension éthique est en outre relayée par la mise en avant de la clause de conscience invoquée par les médecins, ce qui ajoute des problèmes structurels comme nous le verrons plus tard.

- Les obstacles culturels et éthiques sont également renforcés par la question de l'information en matière de contraception et d'IVG.

L'accès à l'IVG suppose notamment un certain niveau d'information. Si certains acteurs mettent en avant un certain déficit d'information, l'accent est surtout mis sur l'impact limité de celle qui est diffusée. Ainsi, en matière de contraception, la campagne précédant celle de 1999/2000 datait de 1982. De plus, beaucoup de personnes considèrent que la dernière campagne n'était pas en prise avec le réel.(cf. II a)

Par ailleurs, il est souvent souligné que le véritable enjeu se situe au niveau de **l'appropriation par les publics visés de l'information et des explications reçues** (3/4 des jeunes filles pensent par exemple que le premier rapport n'est pas fécondant). Des adaptations sont donc nécessaires.

En matière d'IVG, l'appropriation est avant tout individuelle car l'inconscient est très présent dans le désir de grossesse. Concernant les jeunes, les convier à se rendre par petits groupes dans un centre de planification ou d'orthogénie, est, dans certains cas, plus efficace que de diffuser une information au sein de l'établissement scolaire qu'ils fréquentent.

D'une manière plus générale, les actions de prévention menées à l'école sont insuffisantes ainsi que les effectifs de la médecine scolaire. Contrairement à un pays comme la Hollande, la France est, semble-t-il, dans l'incapacité de mettre en place une éducation sexuelle adaptée dans le cadre d'une éducation à la vie, quel que soit le public visé, y compris pour les plus jeunes. Cette information éducative déficiente ou inappropriée constitue un facteur aggravant des inégalités sociales que nous allons examiner maintenant.

b) Des publics encore pénalisés par les coûts d'accès

- Les conditions de remboursement constituent un obstacle à l'accès à la contraception.

Le coût des différents contraceptifs est un obstacle à leur plus grande utilisation que la mise en place de la CMU ne peut lever. En effet, certaines pilules récentes mieux adaptées médicalement à

⁶In Le Monde, 5 octobre 2000

certaines femmes ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale alors même qu'elles représentent 44% des plaquettes achetées et que leur prix est plus élevé que celui des pilules plus anciennes qui sont, elles, prises en charge. Parallèlement, le recours aux dispositifs intra-utérins était fortement pénalisé (environ 256 F à la charge de la femme sur 300 F) jusqu'à l'intervention de l'arrêté du 18 août 2000 qui a fixé un prix maximal et réduit la contribution de l'assuré à 49,70 F. Au total, l'achat de l'ensemble des produits contraceptifs par les ménages représente environ deux milliards de francs dont plus d'un milliard reste à leur charge.

- Le difficile accès aux soins des plus démunis

Au-delà des ces problèmes de prise en charge, les inégalités sociales en matière d'accès à la contraception et à l'IVG sont à replacer dans le contexte plus global de la question de l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Ainsi, si toutes les catégories socioprofessionnelles ont recours à l'IVG, l'absence fréquente de médecin traitant, l'accès plus tardif aux soins, les difficultés à effectuer des démarches, ont pour effet de faire peser plus lourdement le délai légal de dix semaines de grossesse sur les femmes en situation précaire. L'isolement géographique de certaines d'entre elles (vivant en zone rurale par exemple) peut encore aggraver la situation et donc réduire l'accès à la contraception.

2. LES FREINS STRUCTURELS ET PROCEDURAUX

a) Des dysfonctionnements structurels encore trop nombreux

Bien que la loi ait prévu des dispositifs clairs et l'existence de structures multiples, des carences subsistent en ce qui concerne leur utilisation, la formation, le recrutement et la rémunération des personnels en charge de l'IVG.

- Le problème récurrent de la formation, du recrutement et de la rémunération des personnels

En ce qui concerne les médecins, plusieurs éléments interviennent expliquant que trop peu d'entre eux pratiquent les IVG : la fin du militantisme animant les années soixante-dix, le fait que la pratique de l'IVG n'est pas enseignée en faculté de médecine, le manque de considération pour cette activité qui n'apparaît pas "noble" au même titre que les autres pratiques médicales et est ainsi souvent ignorée et dévalorisée.

Se pose alors le problème du **recrutement des professionnels** dans les contextes médical et hospitalier actuels. Très souvent, les IVG sont laissées à la charge de jeunes internes, sans encadrement, ou confiées à des vacataires au statut peu satisfaisant (sans possibilité de prise en considération de leur ancienneté, de leur retraite, sans congés payés) et payés de 220 à 292 F pour trois heures et demie de travail.

Se pose également le problème de leur absence durant les vacances : faute de remplacement, le service est fermé et la continuité du service n'est pas assurée. Les établissements se trouvent alors parfois confrontés à la nécessité de payer trois vacances pour une seule effectivement réalisée pour que l'activité puisse se poursuivre. Enfin, les praticiens affectés à la pratique de l'IVG le sont souvent de façon exclusive et ne peuvent alors s'ouvrir à l'ensemble de l'orthogénie.

Les autres catégories de personnel, notamment celui de l'accueil, ne sont pas toujours correctement formées à leurs fonctions. Faute de **formation** et parfois de volonté réelle de leur part, elles peuvent mettre en péril l'accueil des femmes en faisant traîner l'octroi de rendez-vous, en informant de façon incomplète et erronée les femmes et ne répondent finalement pas à leur demande, les obligeant ainsi à se tourner vers le secteur privé ou pire vers l'étranger en cas de dépassement de délai. Cette mauvaise volonté se retrouve également chez certains chefs de service qui n'appliquent pas ou de façon détournée la loi à cause de leurs convictions.

- Un service public défaillant ?

Le problème du non respect par certains hôpitaux publics de l'obligation de pratiquer des avortements ou la pratique systématique d'un fort contingentement de ces actes se pose également.

Les autres dérives parfois rencontrées sont variées : réduction du délai légal de dix semaines à sept ou huit semaines, faible emploi de la procédure d'urgence en cas de grossesse ayant atteint le délai de douze semaines d'aménorrhée, ignorance de la première consultation lorsque celle-ci n'a pas eu lieu à l'hôpital ou refus des demandes multiples d'IVG.

Cependant, les dysfonctionnements du secteur public ne sont pas uniquement liés à des problèmes particuliers ; ils peuvent également avoir une **origine budgétaire**. Les CIVG attachés à un hôpital ne sont pas représentés dans les instances consultatives et délibératives de l'établissement et voient donc leurs besoins mal pris en compte. Face au dispositif de budget global et aux contraintes de restructuration de lits, l'activité IVG est très souvent sacrifiée. Toutes ces difficultés fragilisent la pratique de l'IVG dans le secteur public et poussent les patientes à avoir recours au secteur privé, confronté alors à la nécessité de répondre dans l'urgence aux demandes non prises en compte par les hôpitaux publics.

Or, la situation dans les différents établissements privés est très inégale et présente parfois des anomalies. Le dossier guide n'est pas systématiquement remis aux patientes. Celles-ci ne sont pas informées de leurs droits en matière d'aide médicale. La nécessité d'intervenir en urgence implique parfois le non-respect de la semaine obligatoire de réflexion. Les durées d'hospitalisation sont plus longues, les examens complémentaires prescrits plus nombreux et surtout le coût n'est pas le même et est laissé à la charge de la patiente. Enfin, les méthodes employées sont, pour des raisons de confort, trop souvent chirurgicales, la femme ne pouvant choisir sa méthode.

b) Des délais et des procédures parfois contraignantes

A ces freins structurels, s'ajoutent des freins procéduraux qui peuvent résulter soit du dispositif législatif lui-même, soit des conditions de son application. Ainsi, s'agissant des mineures, les conditions de délivrance de la contraception d'urgence et la nécessité du consentement parental pour avoir accès à l'IVG constituent sans nul doute un obstacle (que les évolutions législatives en cours devraient partiellement lever) quel que soit le jugement porté par ailleurs sur leur opportunité.

L'obligation légale d'une prescription médicale pour la contraception orale (remise en cause actuellement) et d'une manière plus générale, la médicalisation de la contraception (visites répétées chez le médecin ou le gynécologue, alors qu'en la matière, la sécurité sociale accepte, à titre dérogatoire, les prescriptions pour un an) peuvent constituer pour certaines femmes des freins procéduraux.

En ce qui concerne plus particulièrement l'IVG, le parcours de la femme qui souhaite interrompre sa grossesse, a été qualifié de « *parcours du combattant* ». A cet égard, nos interlocuteurs ont régulièrement cité le mauvais fléchage des centres d'orthogénie, la qualité diverse de l'accueil, le contingentement des IVG qui accroît les délais, le quota imposé aux cliniques privées de 25 % d'IVG maximum par rapport aux actes chirurgicaux pratiqués dans l'établissement, l'absence très fréquente de choix pour la femme de la méthode utilisée (sur ce point, les disparités régionales par rapport aux méthodes utilisées sont significatives), le recours insuffisant à la procédure d'urgence et au RU 486, l'absence de coordination entre les centres de planification et les centres d'interruption volontaire de grossesse (ou au pire, l'absence de centre de planification).

Les interrogations soulevées par l'entretien obligatoire, longuement évoquées par le professeur Nisand (intérêt, contenu, objectif, "vécu"), s'inscrivent aussi dans ce rôle des procédures d'accessibilité.

II - DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION : DE LA RÉFLEXION À L'ACTION.

A. UN DISPOSITIF EN COURS D'ÉVOLUTION

I. LE RAPPORT NISAND : SUPPORT DE LA RÉFLEXION

Le rapport du professeur Nisand montre que si, globalement, la loi de 1975 est bien appliquée, des inégalités d'accessibilité à l'IVG subsistent encore compte tenu d'une **réponse parfois insuffisante du service public et des difficultés particulières qu'éprouvent certaines femmes à exercer cette liberté**⁷. Il confirme que la priorité doit aller à la prévention des IVG, mais formule des propositions concrètes pour en favoriser l'accès. Ces propositions constituent la base des réformes engagées depuis.

a) En matière d'offre, face aux dysfonctionnements constatés tant dans le secteur public que dans le secteur privé, quatre types de propositions sont avancés par le rapport :

- La création d'une structure de coordination régionale ou départementale, qui aurait pour objectif de donner aux associations, voire aux patientes, une solution pratique immédiate à leurs problèmes, voire de signaler immédiatement la survenue d'un dysfonctionnement aux autorités sanitaires locales.
- La présence, dans les projets de service élaborés par les candidats aux fonctions de chef de service hospitalier de gynécologie obstétrique, d'un volet traitant de l'orthogénie décrivant de manière claire le dispositif mis en place pour cette activité.
- La révision de tous les dispositifs des services publics de gynécologie obstétrique quant à la réalisation des IVG à l'occasion de l'accréditation des hôpitaux.
- L'intégration des structures pratiquant l'IVG au sein de services qui nécessitent par ailleurs un plateau anesthésique, et ce afin de concilier une exigence de sécurité pour les femmes subissant une IVG et la volonté de ne pas créer des centres trop grands qui seraient inhumains pour les patientes et pour les personnels.

b) Pour ce qui est de l'activité IVG en elle-même, le professeur Nisand tient compte, pour formuler des propositions équilibrées, d'impératifs contradictoires tels que clause de conscience, continuité du service public, obligation de réserve et obligation de conseil du médecin.

Il suggère à ce titre :

- d'insérer dans le dossier guide de l'IVG (remis à chaque patiente lors des consultations pré-IVG) un chapitre supplémentaire évoquant les considérations éthiques qui entourent une telle décision,
- de créer des postes de praticiens hospitaliers (à temps plein ou partiel selon la taille de l'établissement) responsables d'unités fonctionnelles d'orthogénie, tout en ne les confinant pas dans cette pratique pour ne pas les marginaliser, et en leur permettant donc de participer à d'autres activités de la discipline⁸,
- de rendre facultative la consultation pré-IVG qui, dans le contexte de 1975, était assurée par des conseillères conjugales le plus souvent militantes et qui est parfois aujourd'hui assimilée à une « autorisation d'avorter », qui confronte les professionnels à la délivrance, dans l'urgence, d'une sorte de simple « laissez-passer ». Proposer simplement cette consultation permettrait, selon le

⁷ Cf. Partie I

⁸ il est nécessaire de rappeler que le terme d'orthogénie regroupe l'ensemble des activités liées à la maîtrise de la fécondation

rapport, de répondre aux situations de détresse aiguë sans conditionner l'IVG à la délivrance d'une attestation d'entretien,

- de confier la consultation sociale aux médecins qui reçoivent les patientes en demande d'IVG, afin de limiter la variabilité de la qualité de cet entretien parfois culpabilisant, au cours duquel l'écoute n'est pas toujours neutre tant l'interlocuteur peut, lui-même, être confronté à ses propres contradictions,
- Enfin, d'ajouter un enseignement théorique en DCEM2 d'une dizaine d'heures incluant des cours de bioéthique sur les thèmes de l'orthogénie, et d'inciter à la création de formations permanentes sur le thème de l'accueil des femmes demandant une IVG.

c) En troisième lieu, le rapport Nisand évoque les solutions qui permettraient de favoriser l'accès de toutes les femmes à l'IVG et d'améliorer le service rendu :

- modifier le délai légal en portant à 14 semaines d'aménorrhée la limite d'autorisation de l'IVG,
- généraliser l'aide médicale gratuite et supprimer l'obligation de résidence de trois mois pour les étrangères en demande d'IVG,
- supprimer l'autorisation parentale d'IVG pour les mineures afin d'affirmer un droit propre de la jeune fille mineure à décider de l'IVG en lui garantissant la confidentialité de sa décision,
- offrir aux femmes un choix quant à la méthode employée (et à ce titre favoriser la production de Mifépristone (RU 486) afin de favoriser l'IVG médicamenteuse), avec possibilité d'opter librement pour une anesthésie locale et ou une anesthésie générale quand une technique chirurgicale est indiquée,
- dépénaliser l'avortement (en transférant les dispositions légales vers le Code de Santé Publique), afin, symboliquement, de le replacer dans son contexte sanitaire.
- pour ce qui concerne les femmes ayant dépassé le délai légal, désigner dans chaque région une structure hospitalière spécifiquement habilitée à les recevoir.

d) Enfin, c'est aussi en matière de prévention de l'avortement et donc de contraception que le professeur Nisand préconise d'agir :

- des actions de prévention au niveau de l'Education Nationale doivent être acceptées par l'ensemble des chefs d'établissement,
- l'accès aux moyens de contraception doit être favorisé (diminution des prix, remboursement des contraceptifs prescrits),
- la création d'un numéro vert pour l'IVG et la contraception (en particulier d'urgence) doit être étudiée.

2. LES RECENTES EVOLUTIONS

a) La campagne d'information sur la contraception

« *La contraception, à vous de choisir la vôtre* ». Le message est clair, il veut signifier que la contraception pour les femmes doit désormais être une évidence. Selon le gouvernement, la question du droit à la contraception ne se pose plus ; la question actuelle porte sur le type de contraception à choisir.

Le 12 janvier 2000, à la veille du 25^e anniversaire de la loi Veil sur l'IVG, le gouvernement a ainsi lancé une campagne d'envergure sur la contraception d'un montant de 24 millions de francs⁹. Cette campagne s'est efforcée d'éviter un certain nombre d'écueils : ne pas induire de comportements normatifs, ne pas obérer le message de prévention du SIDA, ne pas opposer contraception et grossesse, souligner le caractère d'urgence de la contraception d'urgence, ne pas banaliser le premier rapport sexuel pour les adolescents. Les trois publics ciblés sont les jeunes, les célibataires, les couples.

⁹ Source: site Internet Santé du gouvernement <http://www.sante.gouv.fr>

En complément de la campagne médiatique, des actions ont été engagées sur le terrain tout au long de l'année 2000, associant de multiples partenaires à cet effort d'information : distribution de 12 millions d'exemplaires de guides de poche sur la contraception, mise en place d'une plate-forme téléphonique répondant aux questions courantes sur la contraception, diffusion d'une affiche à destination des professionnels de la santé (pharmaciens, gynécologues, infirmières scolaires, associations, Protection Maternelle et Infantile, services hospitaliers), incitation du public à leur demander conseil.

Les acteurs de santé rencontrés au cours du séminaire restent cependant sceptiques quant à l'impact de cette campagne et à l'appropriation de son message par les publics concernés.

- cette campagne d'information est parfois jugée insuffisante et il est indispensable que les professionnels de santé y consacrent davantage de temps et soient mieux formés à aborder le sujet avec leurs patientes¹⁰
- un médecin interrogé considère même qu'il n'y a jamais eu en France de campagne "favorable" à la pilule. Les campagnes de 1982 et 2000 ne donnent pas d'informations précises sur les effets secondaires ; ainsi, les préjugés perdurent. Seuls les effets négatifs sont médiatisés. En outre, même si nous restons persuadés que c'est en amont de l'IVG qu'il faut agir, le manque d'information sur l'IVG et ses modes d'accès constitue une limite de cette campagne d'information. Trop dissocier les deux thèmes ne permet pas d'appréhender de façon globale les questions liées à la sexualité.

b) Les dispositions visant à faciliter l'accès à tous les contraceptifs disponibles sur le marché.

Depuis le 29 août 2000, le prix maximal de vente au public du stérilet est de 142 F, remboursable à hauteur de 65 %. Auparavant, le prix de vente était libre (en moyenne 300 F) et le remboursement de la Sécurité Sociale était de 44 F. Dès lors, le recours au stérilet ne souffre plus d'une pénalisation financière. Il est en outre pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de la CMU. De la même manière, le ministère a obtenu du fabricant la baisse du prix du Norlevo.

Le Comité Economique du Médicament a entrepris des négociations avec les laboratoires pharmaceutiques concernés, pour permettre la mise prochaine sur le marché d'une forme générique de pilule de troisième génération remboursable par la Sécurité Sociale.

c) Un cas particulier : la contraception d'urgence

Sans attendre le vote de la proposition de loi socialiste, le Ministre de l'Education Nationale a présenté dans une circulaire¹¹ les mesures transitoires à mettre en place dans les collèges et lycées, pour permettre aux élèves d'avoir accès à la contraception d'urgence. Ce nouveau protocole a été décidé suite à la présentation d'un bilan des six mois de mise en œuvre du précédent protocole national d'organisation des soins et des urgences en milieu scolaire : de janvier à juin 2000, 7 074 demandes de contraceptifs d'urgence ont été formulées par les élèves, dont 4 720 par des mineures. Les infirmières ont donné la « *pilule du lendemain* » (Norlevo) à 1 618 élèves : 317 élèves de collèges, 968 de lycées, et 333 de lycées professionnels. Dans tous les cas, qu'elles aient ou non délivré le Norlevo, les infirmières ont orienté les élèves vers le centre de planification familiale.

Au niveau de chaque académie, un groupe de pilotage sous la responsabilité du Recteur sera chargé de définir une politique d'éducation à la sexualité (organisation du dispositif permettant de définir les modalités de prévention, d'aide et d'accompagnement des adolescentes dans le domaine de la contraception d'urgence).

¹⁰ In Le Monde daté du vendredi 15 septembre 2000.

¹¹ Circulaire n° 2 000- 147, du 21 septembre 2000.

Au niveau départemental, des partenariats devront être mis en place pour favoriser l'accès aux réseaux de soins. En effet, seuls les centres de planification médicale agréés sont autorisés à délivrer le Norlevo à titre gratuit, notamment aux mineures désirant garder le secret. Il appartient donc à chaque collège et lycée d'établir les modalités pratiques permettant aux adolescentes d'accéder à la contraception d'urgence. « *Tous les élèves doivent être informés des structures d'accueil mises à leur disposition en cas de besoin* ». L'efficacité du Norlevo dépendant de la rapidité de son administration, la procédure doit donner la possibilité à toute élève, si, elle le souhaite, d'avoir accès le jour même au centre de planification familiale le plus proche. Concrètement, le chef d'établissement devra délivrer en début d'année un accord de principe à l'infirmière concernant l'autorisation de sortie de l'établissement.

Ce dispositif pourra être maintenu, sous réserve des adaptations nécessaires, une fois publiée la loi permettant la délivrance gratuite dans les collèges et lycées de la « pilule du lendemain », sans prescription médicale.

La proposition de loi, soutenue par le gouvernement¹², comporte trois volets :

- un accès facilité aux contraceptifs d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé (Norlevo)
- un accès possible des mineures à ces contraceptifs sans autorisation parentale,
- un accès des mineures à ces contraceptifs, sans passage obligatoire par les centres de planification, de façon à ce que cet accès puisse être possible dans les pharmacies et auprès des infirmières scolaires.

d) Les actions visant à améliorer l'accès et la pratique de l'IVG pour toutes les femmes

Diverses mesures ont été annoncées dès le 16 juillet 1999 pour améliorer l'accès à l'IVG, notamment à l'hôpital public :

- augmenter les moyens en personnel médical, notamment pour améliorer la continuité du service public pendant la période estivale,
- améliorer l'accès des femmes à toutes les techniques d'IVG, y compris à l'avortement médicamenteux (RU 486), quel que soit le centre auquel elles ont recours,
- élargir les missions des Commissions régionales de la naissance (CRN) désormais chargées de faire en sorte qu'il existe dans chaque région un lieu d'information et d'orientation sur la contraception et l'accès à l'IVG,
- prendre en compte le bon fonctionnement de l'activité d'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens signés par les ARH avec les établissements de soins.

Selon Martine Aubry, l'essentiel des mesures annoncées a été mis en œuvre. Une enveloppe budgétaire de 12 millions de francs a été affectée au titre du budget 2000 pour renforcer en **moyens humains et particulièrement médicaux** les équipes hospitalières pratiquant des IVG. Ces moyens ont été répartis par régions de façon à aider celles identifiées comme ayant le plus de difficultés pour assurer la continuité du service public dans ce domaine. En outre, le Directeur des Hôpitaux est chargé d'entreprendre des concertations avec les représentants du corps médical hospitalier pour inclure un volet orthogénie dans la fiche de structure des postes de chef de service de gynéco-obstétrique mis au concours : il s'agit de vérifier avant de le nommer que le futur chef d'un tel service prend bien l'engagement qu'il organisera l'accueil et la prise en charge des IVG et qu'il considère cette activité comme faisant partie intégrante de la mission de son futur service. Cette mesure est à mettre en lien avec la volonté, discutée¹³, d'intégrer l'activité d'orthogénie dans les services de gynéco-obstétrique.

De plus, l'ANAES a été sollicitée pour élaborer des **recommandations de bonnes pratiques en matière d'IVG** et pour intégrer aux critères d'accréditation des établissements le bon fonctionnement de leurs activités d'IVG. Ces recommandations demandent que les personnels soient tous volontaires, qu'un accueil et un secrétariat opérationnel permettent d'apporter les principales réponses aux demandes des femmes, l'orientation vers les consultations préalables et l'information sur

¹² Discours de Martine AUBRY du 27 juillet 2000.

¹³ Cf. Partie II, B.

les modalités d'avortement. Enfin, il est demandé qu'une femme voulant interrompre sa grossesse puisse obtenir un rendez-vous de consultation dans les 3 à 5 jours suivant son appel¹⁴.

Il convient de rappeler qu'une circulaire a été adressée dès novembre 1999 à tous les directeurs d'établissements publics hospitaliers disposant d'un centre d'orthogénie. Ceux-ci doivent proposer aux femmes l'ensemble des méthodes d'IVG qui existent, les informer sur chacune d'entre elles et respecter le choix qu'elles auront fait. Ainsi, lorsque le terme de la grossesse le permet, **l'IVG médicamenteuse devra être systématiquement proposée** aux femmes puisque le Mifépristone est désormais disponible dans toutes les pharmacies hospitalières.

En outre, une circulaire du 26 juin 2000 a été adressée à toutes les régions leur demandant de mettre en place avant le 1^{er} juillet **une permanence téléphonique** susceptible d'orienter les femmes en fonction du planning de permanence des hôpitaux en matière d'IVG durant l'été. 60 000F ont été attribués par région dès le mois de mai pour aider au financement des six premiers mois de cette permanence téléphonique. Ceux-ci seront reconduits de façon pérenne. Toutes les régions se sont mobilisées, sauf une. Cette permanence est assurée soit par un centre hospitalier, soit par le centre 15, soit par le MFPP, soit par une autre association locale. Vingt régions ont déjà intégré dans les missions de leurs CRN les thèmes de l'IVG et de la contraception.

Enfin, l'article L 162-11 du Code de la Santé Publique qui réglementait les conditions d'accès des étrangères à l'IVG a été supprimé. La suppression de cette disposition élargit l'accès à l'IVG à l'ensemble des femmes.

3. LES PROJETS DE REFORME

Dès le 16 juillet 1999, après la lecture du rapport du professeur Nisand rendu cinq mois plus tôt, Martine Aubry s'est véritablement saisie du dossier IVG. Elle a alors affiché sa volonté d'améliorer l'accueil des femmes ayant recours à l'avortement. Dans un premier temps, la détermination a été **d'exploiter au mieux les possibilités offertes par la loi existante**. Mais, selon la Ministre de la Solidarité, « *s'il s'avère que le dispositif d'information, de prévention et d'amélioration du recours à l'IVG est insuffisant, je serais personnellement favorable à ce que nous ouvrons un large débat de société pouvant conduire à une modification de la loi.* »¹⁵ Le 27 juillet 2000, soit un an plus tard, Martine Aubry annonce qu'un projet de loi sera présenté en octobre : **le principe d'une réforme de la loi Veil de 1975 est désormais posé.**

Se réunissant depuis l'automne 1998, le comité de pilotage contraception-avortement comprend quatre ministres et secrétaires d'Etat, des « personnalités qualifiées », des représentants du secteur associatif. A l'occasion de la cinquième réunion du comité de pilotage, Martine Aubry a présenté pour la première fois son projet de loi de rénovation des lois Veil sur l'avortement (1975) et Neuwirth sur la contraception (1967).

Le nouveau texte prévoit la suppression de l'autorisation parentale pour l'accès des mineures aux contraceptifs hormonaux, comme c'était déjà le cas dans les Plannings familiaux. Parmi les dispositions du projet de loi, certains points ne présentent pas de difficulté :

- la suppression des sanctions pénales liées à la propagande et à la publicité pour l'IVG (article 22-1 du Code Pénal), puisqu'elles « *constituent un obstacle à toute politique de prévention en matière de grossesse non désirée* »
- la reprise de la disposition sur la suspension de la condition de résidence pour les femmes d'origine étrangère.
- la disposition du projet de loi sur l'interdiction de la clause de conscience collective. En effet, s'il est parfaitement légitime que la clause de conscience puisse être invoquée au titre d'une pratique personnelle, tout chef de service d'un hôpital public n'en doit pas moins assumer les obligations de sa fonction. Or la pratique des IVG est une mission de service public. Dès lors, il apparaît nécessaire que tout chef de service d'un hôpital public assume l'organisation de ce service.

¹⁴ Enquête « *On maltraite encore les femmes* » in Politis n° 615, 07/09/2000.

¹⁵ Article « *IVG : ce qui doit changer* » in Politis n° 615, 07/09/2000

En revanche, deux points de discussion sont à la source de nombreux et virulents débats : l'allongement de dix à douze semaines de grossesse du délai légal de recours à l'IVG et l'aménagement du droit d'accès des mineures à l'IVG.

D'après l'exposé des motifs du projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, l'allongement du délai devrait permettre de réduire de près de 80 % le nombre de femmes qui sont contraintes de partir à l'étranger pour interrompre leur grossesse parce qu'elles sont hors délai. Avant de proposer cette modification législative, le gouvernement a souhaité vérifier qu'il n'existait aucune contradiction technique à cet allongement en demandant l'avis d'experts de l'ANAES selon lesquels « *il n'y a pas d'obstacles ni en termes médicaux ni en termes de sécurité sanitaire* ».

Quant à l'aménagement du droit d'accès des mineures à l'IVG, il est destiné à tenir compte des difficultés de celles qui sont dans l'impossibilité de recueillir le consentement parental ou qui sont confrontées à une incompréhension familiale ou à des contraintes culturelles telles qu'elles ne peuvent en parler.

C'est peut-être le point le plus sensible, car il renvoie à la question de la place et du rôle de la famille concernant la sexualité d'une adolescente. Le principe de l'autorisation parentale demeure la règle, pourtant des dérogations sont prévues. D'après l'article 6 du Titre I du projet de loi, « *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. Si la mineure ne veut 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 (...) Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.* »¹⁶. Celle-ci pourrait être un médecin, une animatrice du Planning familial, un membre de la famille... La mineure devra alors se soumettre à un entretien préalable et se verra proposer une deuxième consultation, après intervention, pour « *une nouvelle information sur la contraception* ».

Discutée en Conseil des Ministres le 5 octobre, cette loi sera présentée à l'Assemblée Nationale à la fin du mois de novembre. Qu'ils se durcissent ou qu'ils s'enrichissent, les débats seront sans aucun doute nombreux. Devant la virulence de certaines associations comme Droit de naître qui déclarent que Lionel Jospin « *cède au lobby de la mort* », les discussions pourraient être rudes...

¹⁶ Cf. Annexe VI

B. POUR UN MEILLEUR ACCES

Afin d'aborder cette partie, il convient de la scinder en deux axes :

- l'appréciation portée sur les évolutions envisagées révèle des réactions mitigées
- des questions demeurent débattues, invitant par la même à introduire des propositions.

I. DES REACTIONS MITIGÉES FACE AUX ÉVOLUTIONS ENVISAGÉES:

Trois dispositions principales des projets et propositions de loi sur la contraception et l'IVG font l'objet de discussions.

a) La contraception d'urgence ou « *pilule du lendemain* »

Sa délivrance sans prescription médicale par les infirmières scolaires a fait l'objet d'une forte médiatisation qui a occulté des éléments nécessaires à l'appréhension de son efficacité. Ainsi, si la médecine scolaire est un des vecteurs centraux de l'éducation à la santé et de la prévention, il faut développer l'information sur les autres lieux de délivrance à savoir les pharmacies ou les centres de planification. En effet, la sexualité des jeunes filles ne se limite pas à la période scolaire.

En outre, une infirmière scolaire pour 2500 élèves et un médecin scolaire pour 6500 élèves ne peuvent suffire à l'application effective de la nouvelle loi. Le budget alloué à la santé scolaire étant inclus dans le budget global de l'établissement, il est difficile de garantir qu'il suffise à répondre aux besoins. Or, il est impératif d'intervenir rapidement : le taux d'échec du Norlevo atteint près de 40% lorsqu'il est délivré 72 heures après le rapport sexuel. Enfin, un effort de sensibilisation des jeunes filles à leur fertilité est nécessaire pour favoriser un recours rapide à cette contraception d'urgence.

b) L'allongement du délai d'autorisation de l'IVG

Cet allongement est présenté comme la mesure phare du projet de loi. Si elle a le mérite de rapprocher la France de la législation de ses voisins européens, il convient ni de surestimer son efficacité, ni de sous-estimer ses implications.

En effet, si le rapport Nisand y voit une solution pour 80% des dépassements de délai observés en France, ce chiffre a depuis été revu à la baisse et seules 2 à 3000 Françaises subissant une IVG à l'étranger seraient en fait concernées par ce nouveau délai. Si ces dernières ne sont pas à négliger, on peut cependant souligner les limites de cette mesure.

Par ailleurs, certains acteurs de terrain insistent sur l'ambivalence souvent à l'origine des dépassements de délai. Allonger le délai légal ne ferait que repousser d'autant l'hésitation des femmes concernées¹⁷. Pour les cas où le dépassement des délais légaux de réalisation des IVG est dû à un frein des structures publiques et privées, un même déplacement du problème serait observé.

Le corps médical est en outre divisé sur les implications techniques d'une intervention entre la dixième et la douzième semaine de grossesse. Contrairement à l'avis des experts de l'ANAES, l'ensemble des praticiens rencontrés ont pointé la plus grande complexité de l'acte : le geste ne serait que légèrement plus difficile mais les risques d'hémorragie ou la nécessité d'une anesthésie générale seraient plus fréquents.

Si ces difficultés ne suffisent pas à remettre en cause la légitimité de l'allongement du délai, il convient d'en assumer les conséquences organisationnelles dans un contexte sécuritaire généralisé. Il faut ici noter que la pratique des dépassements de délai est d'ores et déjà avérée, ne serait-ce que parce que des erreurs de datation de la grossesse sont inévitables (on estime la marge d'erreur de datation échographique de la grossesse à plus ou moins 4 jours). Un allongement du délai légal à douze

¹⁷ Le MFPP s'oppose sur ce point à l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception. En outre, une étude de la sociologue Nathalie Bajos pour l'INSERM a mis en évidence deux points caractéristiques qui retarderaient la décision de la femme : l'importance de la première rencontre avec le médecin avant l'intervention et les difficultés de repérage de la grossesse pour des femmes en détresse sociale. Ce sont cependant, le plus souvent, les difficultés pratiques d'accès aux soins qui engendrent un dépassement de ce délai.

semaines pourrait ainsi se traduire par quelques interventions à treize semaines : les difficultés techniques, les problèmes éthiques en seraient amplifiés.

Le Président de la République a saisi le Conseil national d'éthique sur le problème du risque d'eugénisme avancé par le Pr. Nisand. Certains praticiens ont prévenu qu'ils ne pratiqueraient pas d'interventions au-delà de l'actuel délai légal. Mais, les progrès constants en matière de diagnostic ante natal amèneront à poser ce problème éthique bien avant douze semaines.

Reste que les impératifs de santé publique imposent que les 5000 femmes avortant annuellement à l'étranger puissent le faire en France et dans de bonnes conditions, par des médecins couverts par la loi. La proposition d'Israël Nisand d'une « *interruption médicale de grossesse* » au-delà de dix semaines après expertise au cas par cas des situations les plus dramatiques aurait pu être une solution plus effective mais à la seule condition que l'autorisation se fasse par la codécision de la femme et des médecins, respectant le principe qui veut que la femme soit le seul juge de son état de détresse, ce qui implique non une légitimité accrue au droit d'avorter mais une reconnaissance de la capacité des femmes de délibérer et de prendre une décision « *dont les raisons seront jugées à l'échelle de toute leur vie et devant leur conscience* »¹⁸.

Le groupe reste donc partagé sur ces propositions inégalement consensuelles et qui supposent avant tout - mais on ne le dit pas assez - que tous les moyens soient mis en œuvre en amont pour que les femmes aient le meilleur accès à l'IVG, dans les conditions les plus sécurisées et humaines possibles, c'est-à-dire le plus rapidement possible.

c) L'aménagement de l'autorisation parentale

L'aménagement de l'autorisation parentale, qui a également fait l'objet d'une saisine du Comité national d'éthique, est un autre point délicat. Si la simple suppression de cette autorisation avait pour mérite la reconnaissance d'une sexualité responsable des jeunes filles qui ont par ailleurs possibilité de poursuivre une grossesse et d'accoucher sans autorisation parentale, l'ensemble des acteurs rencontrés et des experts soulignent l'importance, au vu de l'expérience, de l'accompagnement familial et l'occasion de cette épreuve pour aider voire rétablir un dialogue avec les parents. L'adolescente est spontanément souvent réticente à partager avec ces derniers ce moment difficile, conséquence de sa sexualité qui demeure fréquemment taboue au sein du cercle parental.

Le principe de l'autorisation parentale permet aux équipes des centres de la convaincre du soutien dont elle a besoin, auquel elle se rallie finalement dans la majorité des cas, ce qu'elle ne serait sans doute pas encline à faire dans le cas où l'on affirmerait le principe d'un droit propre de la jeune fille à décider de l'IVG indépendant de toute autorité parentale. Toutefois, l'impossibilité de la révélation de la grossesse dans certaines familles du fait de leur culture, de leur religion ou de leur éclatement appelle une solution dérogatoire. C'est pourquoi la proposition du gouvernement suscite l'adhésion du plus grand nombre. Elle aurait cependant un impact marginal du fait de la pratique reconnue des fausses signatures¹⁹ dans les cas où la jeune fille se refuse à communiquer avec ses parents, cas qui seraient donc régularisés, et parce qu'elle occulte la situation pécuniaire de la mineure rattachée à la sécurité sociale de ses parents. Les cas dérogeant officiellement à l'autorisation parentale devraient donc s'accompagner d'une prise en charge de l'intervention par la collectivité pour en garantir la réelle confidentialité. Un tel mécanisme de solidarité serait ancré dans la volonté gouvernementale.

N.B. : La suppression de l'obligation de consultation sociale pré-IVG

Cette suppression prônée par le rapport Nisand mais absente de l'actuel projet de loi, fait l'objet des mêmes questionnements. Les professionnels interrogés sont très méfiants envers les conséquences d'une telle suppression : ils perdraient l'occasion d'aider socialement et psychologiquement ces femmes, sans doute réticentes la plupart du temps mais qui en ressortent dans la quasi-totalité des cas (les entretiens culpabilisants existent mais se feraient de nos jours

¹⁸ Monique Canto-Sperber, philosophe, in *Le Monde*, 19 septembre 2000

¹⁹ Cette pratique ne vaut que pour les centres qui appliquent la loi et seulement la loi, qu'une circulaire de Simone VEIL a expliqué en 1995 : la présence des parents, ni aucun autre justificatif de la validité de la signature ne sauraient être exigés. Certains centres ne se contenteraient cependant pas de la seule signature parentale.

exceptionnels, le personnel étant motivé et volontaire) soulagées et informées. Ces entretiens s'avèrent en outre être une source de révélation de situations sociales parfois dramatiques qui peuvent trouver un début de dénouement via l'orientation des femmes vers les services compétents et la signalisation des cas les plus graves aux autorités qui en ont la charge.

Une solution pourrait donc être la suppression de l'attestation de cette consultation, formalité que la femme se représente éventuellement comme une procédure inquisitrice et d'autorisation de procéder à l'intervention. Une telle suppression suppose cependant une excellente liaison entre le lieu de la consultation sociale (le CPEF ou le planning familial) et celui de l'intervention, pour s'assurer que la consultation a cependant bien eu lieu, et donc ne s'envisage a priori que dans les centres d'orthogénie qui prennent en charge la femme de son premier entretien à son interruption de grossesse. Dans les autres cas, une communication efficace sur l'utilité pour la femme de cette consultation et une information précise sur le rôle de la conseillère conjugale (qui ne délivre qu'une attestation et non une autorisation à avorter) s'imposent.

Les avancées récentes et les évolutions envisagées ne sauraient donc suffire à l'amélioration de l'accessibilité de la contraception et de l'IVG en France.

2. DES PROPOSITIONS FACE AUX QUESTIONS TOUJOURS EN DEBAT

Si l'avortement est réalisé en France dans de bonnes conditions médicales, il est souhaitable d'en faire diminuer le nombre. Toutefois, les échecs de contraception sont loin d'être tous évitables (méconnaissance de sa fertilité vers la quarantaine, ambivalence quant au désir de grossesse qui ne se résume pas au désir de naissance...). Il s'agit donc autant de renforcer la prévention et l'offre contraceptive que d'assurer une organisation plus performante de l'interruption volontaire de grossesse.

a) Renforcer la prévention, l'offre et les pratiques contraceptives

- Garantir aux mineures un accès plus large à une information de meilleure qualité et plus adéquate sur la sexualité et la contraception

La méconnaissance de la reproduction, de la sexualité et de ses risques par les mineures en France est une des failles majeures de la prévention²⁰. Les seules campagnes d'information, que les jeunes semblent ne pas s'approprier, ne sauraient suffire. Les professionnels rencontrés ont en effet insisté sur l'ambiguïté d'une jeunesse relativement informée mais qui ne traduisait pas plus loin cette information dans la pratique de leur sexualité. Une approche plus individuelle serait plus appropriée. L'école peut en être le vecteur. Les plages horaires prévues en classe de Quatrième et Troisième pour l'éducation à la santé ne sont que trop peu utilisées par les professeurs des Sciences de la Vie et de la Terre pour une information de la sexualité. Ces derniers, comme les parents, ne sont sans doute pas les mieux placés pour délivrer une explication libre, adaptée et écoutée de la sexualité. On ne peut donc que vanter - sur le modèle de ce que pratiquent déjà certains établissements, de ce que les Pays-Bas ont développé depuis longtemps et de ce que propose le Pr. Nisand - les mérites d'interventions menées par des professionnels de la santé, de la contraception et de l'IVG dans les établissements scolaires, ces équipes spécialisées rencontrant de petits groupes et pouvant inviter les jeunes à visiter leur lieu de travail. La présence d'une infirmière scolaire par établissement devrait de plus être systématique, notamment pour pallier les carences rurales des lieux d'écoute et d'information en matière de contraception. Enfin, les moyens insuffisants des Plannings familiaux dans certaines régions devraient être prioritairement revalorisés. Une territorialisation de cette politique d'information est à mettre en œuvre pour aller au plus près des jeunes. Enfin, l'amélioration de la pertinence du message de contraception met en jeu la formation des médecins, gynécologues et surtout généralistes, pour apprendre à écouter les femmes et les aider à choisir le moyen de contraception adapté à la situation.

²⁰ Selon René FRYDMAN, chef de service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart, 60% des premiers rapports des adolescents se dérouleraient sans contraception (une estimation très différente de celle de l'INSERM).

- Diversifier l'offre anticonceptionnelle

Deux freins, médical et économique, obèrent la diversification de l'offre contraceptive proposée aux femmes.

Certains condamnent les pratiques médicales qui veulent que seuls la pilule et le stérilet soient proposés aux femmes qui consultent. Les autres méthodes, qui ne nécessitent pas de prescription médicale, pourraient pourtant satisfaire certaines femmes. Surtout, les médecins s'accordent pour reconnaître une médicalisation excessive de la contraception qui impose à la femme de consulter dans le meilleur des cas tous les ans, sinon tous les six voire tous les trois mois pour un simple renouvellement d'ordonnance. Si le choix d'une contraception orale adaptée à la patiente exige une consultation et une prescription médicale pour la délivrance du produit, les procédures de renouvellement pourraient être allégées (modèle hollandais).

Les avis sont en revanche partagés en ce qui concerne le remboursement des pilules de troisième génération, les plus chères et les plus prescrites, car sensées être mieux tolérées. Pour certains praticiens, ces pilules n'auraient ni une meilleure efficacité ni moins de contre-indications²¹. Le frein économique est par contre réel en matière de contraception d'urgence, le produit délivré généralement (Tétragynon) étant d'un coût relativement élevé.

Enfin, il est urgent que les pouvoirs publics mobilisent les moyens nécessaires à la recherche en matière de contraception, trop peu lucrative et soumise aux risques de protectionnisme des laboratoires d'Outre-Atlantique : recherche en matière de contraceptifs oraux induisant moins d'effets secondaires, recherche en matière de contraception masculine, sans doute aujourd'hui plus compliquée que la contraception féminine mais qu'on ne peut exclure, recherche sur le RU 486, qui, faiblement dosé, pourrait avoir l'indication de contraceptif d'urgence.

- Accentuer l'implication des hommes

Une enquête de l'INSERM consacrée à l'IVG souligne que les échecs de contraception sont en partie imputables aux comportements des hommes. Le refus du préservatif par certains « *lié à la priorité qu'hommes et femmes accordent au plaisir masculin dans la sexualité, montre les formes implicites que peut revêtir, parfois, la domination masculine* ». Quant à l'IVG proprement dite, le partenaire accompagne parfois la femme dans sa démarche, tout en estimant que c'est à la femme de choisir. Toutefois, les acteurs rencontrés soulignent des changements d'attitudes de la part des hommes. Ces derniers se font de plus en plus présents dans les consultations des centres de planification, suivant par la même leur partenaire dans l'apprentissage des moyens de contraception et la connaissance des méthodes d'IVG. Selon une enquête réalisée par l'Institut CSA, près d'un homme sur deux est pour une égale responsabilité avec les femmes devant la contraception. Serait-ce la fin du machisme ?

b) Assurer une organisation plus performante de l'IVG

Plusieurs pistes demeurent encore insuffisamment exploitées :

- Développer l'avortement médicamenteux

Selon de récentes statistiques indiquées par le *Quotidien du Médecin*, 17% des structures publiques d'IVG et 60% dans le privé ne proposent pas le mode d'avortement médicamenteux, c'est-à-dire par le RU 486. Actuellement, **20% des avortements se font par le RU²²**, mais « *l'on pourrait aller jusqu'à 60%* ». Le taux de RU des centres que nous avons visités, particulièrement performants selon l'ANCIC, dépasse cependant avec peine les 10%. De l'impulsion des chefs de centre dépendra le développement privilégié du RU. Par ailleurs, l'AFSSAPS examine actuellement la possibilité

²¹ Le ministère a demandé une expertise sur l'efficacité thérapeutique des pilules de troisième génération afin de se prononcer sur le remboursement ou non de ces contraceptifs.

²² Données du rapport Nisand

d'augmenter la durée de recours possible au RU 486 du 49^{ème} au 63^{ème} jour d'aménorrhée. Toutefois, il semblerait, selon certains médecins rencontrés, qu'une telle avancée comporte des risques importants en terme de probabilité d'échec. En outre, la méthode médicamenteuse est plus lourde à gérer pour le personnel paramédical qui devra repenser son organisation du travail et impose à la femme des contraintes de présences répétées dans les centres²³.

Cette technique présente néanmoins de nombreux avantages. Il est avant tout probable que le développement de l'avortement médicamenteux renforcera l'accompagnement infirmier et social de la patiente, ce qui est fondamental lorsque les femmes sont situation de détresse sociale. Sur le plan des effectifs médicaux, souvent considérés comme étant limités, la diminution conséquente du taux d'avortements par aspiration répondra certainement pour partie aux difficultés de recrutement. Enfin, les conditions de réalisation de l'IVG médicamenteuse ouvrent des perspectives de recours à la médecine de ville pour pratiquer des avortements ambulatoires. L'accès à l'IVG ne pourra en être qu'amélioré.

- Repenser l'organisation et la qualité des structures d'IVG

La question de la **dynamique des ressources humaines** est essentielle. Il est temps d'assurer la formation nécessaire du personnel tant médical que paramédical : que sont devenues les propositions du rapport Nisand sur une formation permanente des hospitaliers et un enseignement théorique en quatrième année d'études de médecine (DCEM2) ? Ne faut-il pas en outre prévoir un accompagnement psychologique des équipes ? Les praticiens d'un centre visité divergent quant à une éventuelle supervision psychiatrique.

En second lieu, la mobilisation de financements nécessaires ne peut se limiter à l'enveloppe déjà délivrée en 2000. **L'amélioration des équipements mais aussi et surtout du recrutement médical** est urgente, certains syndicats de médecins ont déjà menacé les pouvoirs publics de ne plus prendre en charge les IVG à compter de novembre. Si l'on ne veut pas réduire le volontariat au bénévolat et valoriser en revanche l'IVG comme partie intégrante et nécessaire du service public hospitalier, une rémunération attractive et un contrat satisfaisant doivent être assurés aux praticiens, majoritairement vacataires, des IVG. Qu'en est-il d'une réflexion nationale à ce sujet ?

Enfin, il conviendrait peut-être d'intégrer les centres IVG aux services de gynécologie-obstétrique tout en conservant leur spécificité. Cette insertion ne peut qu'aider à la valorisation de l'acte médical, à la sécurisation de ses conditions de réalisation, à l'harmonisation des pratiques par une permanence médicale effective²⁴ et enfin à l'inscription des centres dans le projet institutionnel de l'ensemble de l'établissement. Certains principes de cette insertion sont toutefois incontournables : respect du fonctionnement spécifique d'une structure IVG et confidentialité de l'accès comme des flux de patientes. **Cette position d'intégration-distinction** semble être partagée par les différents chefs de service rencontrés, dont les craintes de dilution et de perte d'autonomie doivent être cependant dépassées. En outre, la qualité du service rendu et ne serait-ce que l'obligation législative d'organiser une structure de prise en charge de l'IVG (refus de la clause de conscience collective) trouvent dans le chef de service de gynécologie-obstétrique un responsable identifié.

- Appliquer les sanctions prévues par la loi

A la veille de la révision de la loi de 1975, il existe encore des établissements publics qui ne répondent pas à l'obligation législative de créer une structure procédant aux IVG : quelles sanctions peut-on envisager pour les enjoindre à respecter la loi ? Depuis la loi du 27 janvier 1993, un délit d'entrave à l'IVG peut être sanctionné par deux mois à deux ans et/ou 200 à 30000 francs d'amende. Force est de constater que l'application de cette disposition reste timide et non homogène. Il convient que la justice, en liaison avec les pouvoirs publics, veille à ce que les femmes et le personnel soignant, où qu'ils se situent, soient réellement protégés des interventions traumatisantes des commandos anti-IVG.

²³ La femme doit effectuer une première prise de l'abortif, puis revenir au centre 48 heures plus tard pour la prise d'une prostaglandine réduisant les taux d'échecs (risque de non-avortement et d'enfant handicapé), enfin un examen médical est réalisé dix jours plus tard afin de s'assurer de l'évacuation de l'œuf.

²⁴ La ponctualité des interventions des nombreux vacataires d'un service ne favorise pas l'homogénéité des pratiques.

CONCLUSION

Le principe de l'accès à l'avortement semble aujourd'hui acquis en France. D'un point de vue juridique, le juge français a réfuté toutes les argumentations avancées par les associations anti-IVG : l'IVG ne porte atteinte ni au droit à la vie des conventions européennes et internationales, dans la mesure où sa pratique est encadrée par de strictes conditions et nécessité de détresse, ni à la liberté d'expression, qui peut être restreinte par des mesures nécessaires à la protection de la santé...

Si le législateur, au nom de l'ordre public sanitaire, peut et doit intervenir sur les thèmes de l'IVG et la contraception, afin d'en favoriser l'accessibilité, il se heurte à une limite : le dogmatisme ne peut être de mise en ce qui concerne un des éléments les plus intimes de chacun d'entre nous, la sexualité.

Une réflexion éthique plus large doit donc être engagée : comment peuvent s'articuler dans notre état démocratique la reconnaissance de droits aussi fondamentaux que le droit pour la femme à disposer librement de son corps et la nécessaire protection due à l'embryon ? Nous avons été confrontés à d'inévitables débats. Chacun d'entre nous est intervenu avec ses propres références culturelles et sociales. Les interrogations sur le sens à donner à l'acte même de l'interruption volontaire de grossesse demeurent. Néanmoins, il nous est clairement apparu que dans le discours politique actuel, l'IVG est vue, décrite et appréhendée comme un échec de la contraception. Au delà de cette vision, les paroles de certaines femmes ayant traversé cette épreuve au cours de leur existence, les discours des professionnels les plus engagés et la confrontation aux pratiques d'autres cultures révèlent un autre aspect de l'IVG. Blessure dans le corps, l'IVG peut être aussi une délivrance. Vécue comme une libération, elle peut permettre de franchir un nouveau cap. Dans ce cas, la femme laisse sa détresse dans les murs du service d'orthogénie. Lieux de souffrance, ces centres IVG sont aussi et sans aucun doute des lieux, où la femme se prend en charge, où la femme est aidée, responsabilisée, où la femme peut "renaître".

Cette réflexion se heurte cependant à la difficulté de chacun de trouver un positionnement cohérent et correspondant à l'ensemble de ses propres contradictions. Doit-on parler du droit à l'avortement pour les femmes ou plutôt d'un devoir de la société de permettre à ces dernières d'avorter quand elles en expriment le besoin ? La réponse est-elle d'ailleurs nécessaire ? Du débat démocratique, il faut espérer une position respectueuse de la liberté de chacun.

Si l'objectif est que le nombre d'IVG diminue et que cet acte se fasse dans les meilleurs conditions possibles, il existera toujours un seuil d'IVG incompressible lié parfois à l'inconscient et aux différentes représentations de la féminité. Tout homme est un être de contradictions : *« il y a en tout homme en toute heure deux aspirations simultanées »*, écrivait Baudelaire. Aider les femmes à surmonter leur détresse, dans cette période de doutes, de souffrance et de remise en question, c'est leur offrir la possibilité d'un nouveau départ. Empreints d'une profonde humanité, la plupart des acteurs de terrain ont pleinement conscience de la portée d'un tel acte. Améliorer l'accès à l'IVG pourrait peut-être passer par une revalorisation de cet acte.

Au terme de notre étude, il s'est donc avéré impossible de dégager un consensus sur l'ensemble des questions que soulève la problématique de l'accessibilité des femmes à l'IVG et à la contraception. En effet, si une unanimité existe quant à sa nécessaire amélioration, chacun se trouve face à ses propres représentations et tente de les confronter à celles des autres en prenant en compte l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer le débat.

L'impossibilité de voir se dégager un consensus reflète ainsi le contexte des débats nationaux. La conjoncture liée à la réforme de la loi Veil montre aujourd'hui encore qu'un tel sujet ne peut être dépassionné. Il est important de ne pas tomber dans le piège des syllogismes réducteurs qui considèrent soit que l'avortement est un droit essentiel et l'on ne voit pas à quel titre la femme devrait être dissuadée d'en user (par la contraception), soit que cette dissuasion se fonde sur le caractère mutilant et mortifère de l'avortement et l'on ne voit pas comment une telle démarche peut être assimilée à un droit. Cela nous a incités à envisager le débat à la lumière des acteurs concernés, des opinions qu'ils ont pu exprimer, des convictions qu'ils ont pu affirmer.

Vingt-cinq ans après la loi Veil, nos interlocuteurs ont tous insisté sur leur professionnalisme (donner accès à des soins de qualité) qui prime sur le militantisme. Pour autant, le militantisme n'a pas disparu, il a plutôt changé de forme : il s'exprime par une certaine vigilance quant au maintien, au respect des acquis. Il faut dépasser le seul sens du devoir et du respect de la loi pour travailler dans un secteur aussi difficile. Les questions de l'IVG et de la contraception sont indissociables d'un questionnement constant sur les limites de chacun et sur la tolérance de l'opinion des autres. L'extrémisme ne mène à rien.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : **METHODOLOGIE**

ANNEXE N° 2 : **LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**

ANNEXE N° 3 : **EMPLOI DU TEMPS DU GROUPE**

ANNEXE N° 4 : **LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES**

ANNEXE N° 5 : **PROJET DE LOI RELATIF A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE
DE GROSSESSE ET A LA CONTRACEPTION**

ANNEXE I : METHODOLOGIE

a) Organisation du groupe

Lors de la première séance plénière, nous avons régulé l'organisation interne du groupe. La première étape de notre recherche a consisté à préciser l'orientation de notre travail par des lectures variées.

Nous avons ensuite élaboré en commun la grille d'entretien. Dans le même temps, les rendez-vous avec les interlocuteurs que nous avons choisis ont été pris. Notre souci constant lors de nos différents entretiens était de privilégier l'interfiliarité. Ainsi, à chaque déplacement à deux ou trois personnes, au moins deux filières de l'ENSP ont été représentées, afin de se préserver d'une approche trop centrée sur nos métiers passés ou futurs. Chaque rendez-vous a donné lieu à un compte rendu écrit exhaustif pour permettre aux autres membres du groupe de connaître en détail le contenu de l'entretien. Régulièrement nous nous sommes réunis, avec ou sans l'animateur du groupe, afin de partager nos réflexions et souvent même de débattre.

Il convient de souligner, que la rencontre avec Mme Boisseau, députée d'Ille et Vilaine, qui a bien voulu venir dans les locaux de l'ENSP le 9 octobre, a permis à notre groupe de s'élargir très sensiblement à d'autres élèves, ce qui a sans aucun doute encore enrichi les échanges.

Afin d'assurer la restitution écrite et la présentation orale de cette réflexion le groupe s'est scindé lors de la dernière séance de travail. Des binômes ont produit les différentes parties du travail écrit. Leur mise en commun a été confiée à l'équipe « *Finalisation* » tandis que l'équipe « *Présentation* » a assuré la préparation de la soutenance orale.

b) Choix de la méthode de recherche

Au regard du thème retenu, l'enquête par entretiens nous est apparue pertinente. En effet, elle permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques ou les événements dont ils ont pu être témoins actifs. L'entretien est également l'instrument spécifique d'investigation lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs en jeu dans une situation, ce qui nous semblait particulièrement approprié au thème de l'accès à la contraception et à l'IVG.

Les entretiens se sont déroulés sur un mode semi-directif en fonction du guide d'entretien préalablement établis.

L'entretien ne constituant pas une fin en soi, nous avons dans un second temps effectué l'analyse des discours recueillis. Cette opération a consisté à sélectionner et extraire les données susceptibles d'éclairer notre problématique.

Volontairement, nous n'avons pas retranscrit d'extraits de ces interviews afin que certaines personnes ne soient pas identifiables à travers leurs propos.

ANNEXE II - LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- Monsieur **BERNARD**, médecin généraliste, vacataire dans le service d'orthogénie du C.H.U de Rennes
- Madame **BOISSEAU**, députée d'Ille et Vilaine
- Madame **CHENEDE**, secrétaire médicale et conseillère conjugale et familiale du service d'orthogénie du C.H.U de Rennes
- Monsieur **CHEVRAN-BRETON**, médecin, chef du service d'orthogénie du C.H.U de Rennes
- Madame **DER ANDREASSIAN**, infirmière, conseillère conjugale au centre d'orthogénie de l'hôpital Broussais à Paris
- Madame **GALLIER**, conseillère conjugale et familiale au Mouvement Français pour le Planning Familial de Rennes
- Madame **GAUTIER**, directrice de rattachement du pôle Mère et Enfant du CHU de Nantes
- Madame **LORVELLEC**, infirmière du Point Santé de l'Université de Rennes 2
- Madame **LEGAC**, infirmière au lycée Emile Zola de Rennes
- Monsieur **LENOC**, médecin-responsable du Centre de Planification et d'Education Familiale et centre d'orthogénie du CHU de Nantes
- Madame **MONNIER**, surveillante du Centre de Planification et d'Education Familiale et centre d'orthogénie du CHU de Nantes
- Madame **PINOT**, médecin responsable du centre de planification et d'éducation familiale du département d'Ille et Vilaine.
- Monsieur **SARFATI**, médecin dans le service d'orthogénie du C.H.U de Poitiers
- Monsieur **SIMON**, Madame **DARTIGUENAVE**, Madame **BOISSEAU-MERIEAU** du ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- Madame **SUBILEAU**, médecin inspecteur de santé publique à la DRASS de Bretagne
- Mesdames **LE SERREC**, **VIQUES** et **DEFEUX** du service d'aide aux femmes en détresse (SAFED) de Rennes

ANNEXE III : EMPLOI DU TEMPS

LUNDI 2.10	.MARDI 3.10	MERCREDI 4.10	JEUDI 5.10	VENDREDI 6.10
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9H00 : Hôpital Broussais, Paris ▪ 14H00 : Point Info Santé, Université Rennes II 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9H00 : Lycée Emile Zola, Rennes ▪ CHU Poitiers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9H00 : Drass, Bretagne ▪ 10H30 : Rencontre du groupe avec notre animateur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9H00 : Travail de groupe ▪ 11H00 : CPEF de la PMI, Rennes ▪ 14H00 : Hôtel -Dieu, Rennes ▪ Cabinet de Ville (Dr Bernard) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9h00 : MFFP, Rennes ▪ 14h00 : Espace Santé, Rennes ▪ Rencontre avec un pharmacien
LUNDI 9.10	MARDI 10.10	MERCREDI 11.10	JEUDI 12.10	VENDREDI 13.10
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14H00 : Travail en Groupe ▪ 15H00 : Rencontre à l'ENSP avec Mme Boisseau 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9H00 : Travaux de groupe ▪ 15H00 : Rencontre du groupe avec notre animateur ▪ 15H30 : CHU Nantes 	REDACTION	REDACTION	REDACTION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le 18.10 : rencontre avec la SAFED à 9h30 				

ANNEXE IV : LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CMU : Couverture médicale universelle

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CSP : Code de santé publique

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MFPF : Mouvement français pour le planning familial

MST : Maladie sexuellement transmissible

PMI : Protection maternelle et infantile

UE : Union Européenne

ANNEXE V : PROJET DE LOI RELATIF A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET A LA CONTRACEPTION

EXPOSE DES MOTIFS

Il se pratique encore en France plus de 200 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) chaque année. Près de 10 000 adolescentes sont confrontées à une grossesse non désirée dont 7000 ont recours à une IVG. 5000 femmes partent dans les pays voisins parce qu'elles sont déterminées à interrompre leur grossesse mais qu'elles sont au-delà du délai légal autorisé pour recourir à une IVG.

En termes de santé publique, ces chiffres sont alarmants. Ils ne peuvent qu'inciter à réagir. Ils ont conduit le Gouvernement à diligenter des travaux plus approfondis sur les difficultés d'accès à l'IVG en France et les insuffisances de la contraception. A partir de leurs conclusions, une politique volontariste a été mise en place. Des mesures ont été prises dès 1999, destinées à améliorer l'accès à l'IVG dans les hôpitaux publics, notamment en renforçant la présence et la continuité du service public et en ouvrant largement l'accès aux nouvelles techniques d'IVG aujourd'hui disponibles comme l'IVG médicamenteuse. Parallèlement, une vaste campagne d'information sur la contraception a été lancée, prenant pour cible privilégiée les populations les plus vulnérables : les jeunes, les femmes en difficulté d'insertion sociale ou économique, les populations françaises d'outre-mer.

Cependant, un an plus tard, et après avoir pris le temps de la réflexion et de la concertation, le Gouvernement entend renforcer ce plan en prenant les mesures législatives susceptibles de faciliter l'accès à la contraception d'une part, à l'interruption volontaire de grossesse d'autre part.

Si la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, dite « loi Neuwirth » et la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, dite « loi Veil », ont été en leur temps des acquisitions fondamentales pour la vie des femmes au quotidien, elles ne sont plus aujourd'hui, près de trente ans plus tard, totalement adaptées ni à la réalité sociale ni à la réalité médicale de notre pays. Elles méritent d'être actualisées et modernisées.

En ce qui concerne l'IVG, certaines des femmes qui voudraient y recourir ne peuvent y avoir accès, du fait des termes actuels de la loi, alors même qu'elles sont parmi celles qui sont le plus en difficulté face à l'événement qu'elles ont à affronter, du fait de leur jeune âge ou d'une situation sociale particulièrement défavorisée.

C'est pourquoi le Gouvernement souhaite, par le présent projet de loi, ouvrir le droit d'accès à l'interruption volontaire de grossesse au-delà des dispositions que prévoit aujourd'hui la loi, notamment en allongeant de dix à douze semaines de grossesse le délai légal de recours à cette intervention et en aménageant le droit d'accès des mineures à l'interruption volontaire de grossesse.

L'allongement de dix à douze semaines du délai légal de recours à l'interruption volontaire de grossesse devrait permettre de réduire de près de 80 % le nombre de femmes qui sont contraintes de partir à l'étranger pour interrompre leur grossesse parce qu'elles sont hors délai.

Avant de proposer cette modification législative, le Gouvernement a souhaité vérifier qu'il n'existait aucune contre-indication technique à cet allongement. L'avis de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) sur ce sujet est clair : il n'y a pas d'obstacle ni en termes médicaux ni en termes de sécurité sanitaire, à ce que ce délai d'accès à l'IVG puisse être porté à douze semaines, à l'instar de ce qui se fait chez la plupart de nos voisins européens.

Quant à l'aménagement du droit d'accès des mineures à l'interruption volontaire de grossesse, il est destiné à tenir compte des difficultés de celles qui sont dans l'impossibilité de recueillir le consentement parental, ou qui sont confrontées à une incompréhension familiale telle qu'elles souhaitent garder le secret.

Il n'est pas question de revenir sur le principe de l'autorisation parentale, qui demeure la règle. Mais il apparaît souhaitable que la décision d'IVG puisse être prise à la demande de la seule mineure pour les cas où cela s'avère vraiment indispensable. Pour autant, et afin de ne pas la laisser seule face à cette décision, le projet de nouvelle rédaction législative prévoit que la mineure désigne alors une personne majeure de son choix, susceptible de l'accompagner tout au long de cette période à l'évidence difficile, et souvent douloureuse.

La loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances mérite elle aussi d'être actualisée, afin notamment de faciliter l'accès à la contraception et à l'ensemble des nouveaux contraceptifs : en effet, mener une politique active en faveur de la contraception est la meilleure manière de prévenir les grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesse qui en sont la conséquence.

Le Gouvernement entend pour cela proposer des modifications législatives visant en particulier à permettre l'accès des mineures à ces médicaments, même si elles désirent garder le secret, et visant à lever les interdictions d'information sur la contraception, mesures contraires à toute politique de prévention et d'éducation pour la santé.

Il s'agit de faire progresser à nouveau, près de trente ans plus tard, le droit des femmes à disposer de leur corps et à maîtriser leur fécondité. Pour cela, il faut rendre la loi cohérente avec l'évolution de la société et des besoins des femmes - de toutes les femmes, y compris les plus fragiles ; et il faut leur faciliter l'accès aux progrès réalisés dans le domaine des contraceptifs et des nouvelles techniques d'IVG, en particulier médicamenteuses.

Le titre Ier est relatif à l'interruption volontaire de grossesse.

L'article 1^{er} rétablit l'intitulé du chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la récente refonte de ce code.

Pour les motifs qui ont été évoqués plus haut, l'article L. 2212-1 du code de la santé publique est modifié pour fixer à douze semaines de grossesse le délai autorisé pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse (article 2).

La modification proposée de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique (article 3) a pour objet de permettre la prise en compte des progrès réalisés ou à venir dans les techniques d'interruption volontaire de grossesse et de l'évolution des pratiques de soins que ces progrès induisent. Ainsi apparaît-il important de ne pas interdire que les IVG puissent être un jour prises en charge, au moins pour partie, en médecine ambulatoire, dans le cadre de réseaux de soins étroitement liés, par voie conventionnelle, à un établissement de santé.

Il convient en outre de modifier l'article 223-11 du code pénal pour le rendre compatible avec la mesure prévue ci-dessus (article 11).

La modification de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique (article 4) vient compléter le nouveau dispositif proposé pour l'accès des mineures à l'IVG. Elle prévoit que l'entretien préalable à l'IVG, lorsqu'il concerne une mineure souhaitant garder le secret, soit l'occasion de débattre avec elle de la personne majeure qu'elle doit choisir pour l'accompagner tout au long de cette période difficile.

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique actuellement en vigueur énonce que le médecin est seul juge de l'opportunité de sa décision de pratiquer l'IVG une fois que la femme a confirmé sa demande. Cette précision va de soi, dans la mesure où le médecin est bien sûr seul juge de l'opportunité de sa propre décision. Il apparaît donc inutile de la conserver (article 5).

L'article L. 2212-7 du code de la santé publique est relatif aux conditions d'accès des mineures non émancipées à l'interruption volontaire de grossesse.

Il est parfois impossible à une jeune fille mineure de révéler à ses parents qu'elle est enceinte. La crainte d'une incompréhension majeure de la famille peut susciter des conduites dangereuses (tentative d'auto-avortement, déni de grossesse parfois prolongé jusqu'au terme). La nécessité du consentement des parents peut aussi s'avérer avoir des effets particulièrement dramatiques lorsque la mineure est enceinte à la suite d'un inceste ou d'un viol. Dans d'autres cas, malgré un dialogue entre la mineure et ses parents, une opposition persistante des parents à l'interruption volontaire de grossesse place la mineure en situation de grave détresse. Enfin, il est des situations où les parents sont absents ou injoignables.

Les modifications de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique (article 6) ont pour but de permettre que l'interruption volontaire de grossesse puisse être réalisée sur la seule demande de la mineure lorsqu'elle est confrontée à l'une de ces situations. La dérogation au principe de l'autorisation parentale deviendra alors possible. Mais elle sera subordonnée à deux conditions :

- comme il a été dit à l'article 4, la mineure devra se faire accompagner dans ses démarches par la personne majeure de son choix, de façon à ce qu'elle ne reste pas isolée, dans cette épreuve difficile, d'autant plus traumatisante qu'elle intervient tôt au cours de la vie ;
- une deuxième consultation lui sera systématiquement proposée après l'intervention, afin de vérifier qu'elle aura entrepris une contraception adaptée à son cas, susceptible de lui éviter d'être à nouveau confrontée à une grossesse non désirée.

Le principe du droit du médecin à recourir à la clause de conscience en ce qui concerne l'IVG est bien sûr maintenu. Mais il est proposé de modifier l'article L. 2212-8 du code de la santé publique (article 7) afin que le médecin souhaitant y avoir recours en prévienne expressément la femme sans délai. Il est aussi souhaité que si le médecin refuse de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse, il soit tenu de communiquer immédiatement à la patiente le nom de médecins susceptibles de pratiquer cette intervention. 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.

Par ailleurs, il est proposé d'abroger les deux derniers alinéas du même article. La suppression de ces deux alinéas vise à faire en sorte que les responsables des services concernés ne puissent plus invoquer la clause de conscience pour ne pas organiser les interruptions volontaires de grossesse dans leur service, même s'ils ne veulent pas en pratiquer eux-mêmes.

En effet, s'il est parfaitement légitime que la clause de conscience puisse être invoquée au titre d'une pratique personnelle, tout chef de service d'un hôpital public n'en doit pas moins assumer les obligations de sa fonction. Or la pratique des IVG est une mission de service public. Dès lors, il apparaît 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.

L'intitulé actuel du chapitre III du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique, « Interruption pratiquée pour motif thérapeutique » n'est pas adapté à son objet. En effet l'interruption de grossesse pratiquée dans les situations auxquelles il est fait référence n'a nullement un but thérapeutique. Il est donc proposé de remplacer l'intitulé de ce chapitre par « interruption de grossesse pour motif médical » (article 8).

L'article L. 2213-2 du code de la santé publique et les articles 223-11, 713-2 et 723-2 du code pénal sont à modifier dans le même sens (respectivement articles 9, 11, 13 et 14). Les articles L. 2221-1 et L. 5135-1 du code de la santé publique énumèrent les interdictions et les sanctions pénales régissant la pratique des interruptions volontaires de grossesse.

L'article L. 2221-1 prévoit actuellement des sanctions pénales pour ceux qui incitent une femme à l'interruption de grossesse, même licite. Sont en outre susceptibles d'être punis des mêmes peines ceux qui auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer une interruption de grossesse.

Or, l'information est l'outil privilégié de prévention des grossesses non désirées et des interruptions volontaires de grossesse. Elle est en outre indispensable pour permettre de garantir aux femmes leur droit à accéder à l'IVG.

Le contexte socio-culturel ayant évolué depuis 1975, les dispositions prévues en matière de propagande ou de publicité relatives aux établissements ou produits dans le cadre des articles précités ne s'imposent plus. Elles constituent en revanche un obstacle à la conduite d'actions menées dans le domaine des interruptions volontaires de grossesse. En effet, de nombreuses associations expriment leur inquiétude face au risque de poursuites susceptibles d'être engagées contre elles sur la base des dispositions susmentionnées lorsqu'elles mettent en œuvre des actions d'information destinées aux femmes souhaitant accéder à l'IVG.

L'article L. 5135-1 du code de la santé publique régit les produits et les dispositifs « susceptibles de provoquer ou de favoriser » une IVG. Les produits concernés relevant des dispositions de droit commun applicables aux médicaments, les trois premiers alinéas de l'article apparaissent aujourd'hui obsolètes. En revanche, il est nécessaire de conserver des dispositions relatives aux dispositifs médicaux car la législation en ce domaine est différente de celle qui régit les médicaments.

Il est donc proposé d'abroger l'article L. 2221-1 et de modifier les articles L. 5135-1 et L. 5435-1 du code de la santé publique (articles 10 et 12).

L'article 12 du projet abroge également 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. En effet, ces articles comportent des sanctions pénales concernant la réalisation d'IVG dans des conditions illégales. L'objet de ces articles apparaît dépourvu de véritable portée, dans la mesure où par ailleurs des dispositions du code pénal sanctionnent l'interruption de la grossesse d'autrui sans consentement ou en dehors des conditions prévues par la loi, et l'aide apportée à une femme pour pratiquer un avortement sur elle-même. Il convient d'ajouter que l'automatisme et le caractère définitif de l'interdiction faite aux médecins condamnés pénalement pour avortement illégal d'exercer dans les établissements fréquentés par les femmes enceintes sont contraires au principe constitutionnel de nécessité des peines, et incompatibles avec les stipulations de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales.

L'application des dispositions nouvelles relatives à l'IVG à Mayotte nécessite une adaptation des dispositions du code de la santé publique et de celles du code pénal relatives à l'IVG illégale, applicables dans cette collectivité territoriale (article 13). L'article 14 du projet étend aux territoires d'outre-mer et à la Nouvelle Calédonie les dispositions des articles L.2212-1 et L.2212-7 de la présente loi, relatives à la définition de l'IVG et au recueil du consentement dans la mesure où il s'agit de dispositions relatives au droit des personnes. Il modifie également les sanctions pénales relatives à l'IVG illégale, applicables dans les mêmes territoires, en conséquence des modifications apportées à l'article 223-11 du code pénal par l'article 11 du projet de loi.

L'article 15 s'impose pour compléter le dispositif qui aménage l'accès des mineures à l'IVG. Il permet, lors d'une IVG effectuée dans les conditions prévues à l'article 6, chez une mineure qui est

dans l'incapacité d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale, que les frais exposés par cette intervention soient intégralement pris en charge par l'Etat. L'article assure l'effectivité du libre choix de la mineure selon une procédure, dont les modalités seront définies par décret en Conseil d'Etat, qui garantit son anonymat.

Le titre II est relatif à la contraception.

Les dispositions du présent projet relatives à la contraception :

- facilitent l'accès des mineurs à la contraception,
- et suppriment, à l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, les dispositions relatives aux contraceptifs hormonaux auxquels s'applique le droit commun de la législation relative aux médicaments. Cela permet notamment d'exonérer certains contraceptifs de l'obligation de prescription médicale, à condition que ces contraceptifs ne comportent pas de risque pour la santé.

Les modifications proposées concernent les articles relatifs aux organismes de planification, d'éducation et de conseil familial ainsi que ceux qui concernent les contraceptifs.

La modification de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique par l'article 16 du projet vise à permettre aux centres de planification familiale de délivrer des médicaments, produits ou objets contraceptifs sans prescription médicale lorsque cette prescription n'est pas obligatoire en application des règles de droit commun applicables aux médicaments.

Trois modifications des dispositions régissant les contraceptifs sont proposées :

- le nombre important de mineures ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse montre qu'il est nécessaire de faciliter l'accès des adolescentes à la contraception.
En effet, les données médicales et épidémiologiques montrent que, dès l'adolescence, les jeunes filles ont une fertilité élevée et sont très exposées au risque de grossesse non désirée.
Il convient donc d'introduire dans la loi une disposition autorisant l'accès des mineures désirant garder le secret à la contraception (article 17).
Cette disposition est cohérente avec les propositions du présent projet de loi relatives à l'accès des mineures à l'interruption volontaire de grossesse. L'insertion d'un premier alinéa à l'article L. 5134-1 du code de la santé publique affirme le droit d'accès des personnes mineures à la contraception sans autorisation parentale.
- la première phrase de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique actuellement en vigueur réserve la délivrance des contraceptifs aux pharmaciens. Cette disposition est inutile en ce qui concerne les contraceptifs hormonaux car l'article L. 4211-1 de ce code réserve déjà la vente des médicaments aux pharmaciens. Tel est l'objet de la suppression de la première phrase du premier alinéa de cet article (article 17).
En revanche, il est indispensable de maintenir le principe de la vente en pharmacie des contraceptifs intra-utérins qui sont des dispositifs médicaux et, par conséquent, ne relèvent pas du monopole pharmaceutique.
Pour les mêmes motifs, l'article 17 aménage dans la même mesure les règles relatives à la prescription médicale des contraceptifs, désormais nécessaire pour les seuls contraceptifs intra-utérins.
- enfin une mise à jour des dispositions pénales de l'article L. 5434-2 du code de la santé publique (article 18) est prévue, compte tenu des modifications apportées par ailleurs par le projet de loi.

Titre Ier : Interruption volontaire de Grossesse

Article 1er

L'intitulé du chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre II

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

Article 2

Dans la seconde phrase de l'article L. 2212-1 du code de la santé publique, 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 ».

Article 3

Au second alinéa de l'article L. 2212-2 du même code, après les mots : « satisfaisant aux dispositions de l'article L. 2322-1 », sont insérés 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 ».

Article 4

A la fin du deuxième alinéa de l'article L. 2212-4 du même code, il est ajouté la phrase suivante :

« 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. »

Article 5

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 ».

Article 6

L'article L. 2212-7 du même code est ainsi rédigé :

« 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.

« 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.

« 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.

« En outre, il lui est proposé une deuxième consultation après l'intervention, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception. »

Article 7

L'article L. 2212-8 du même code est modifié ainsi qu'il suit :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« 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. » ;

2° Les deux derniers alinéas sont abrogés.

Article 8

L'intitulé du chapitre III du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre III

« Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical ».

Article 9

A l'article L. 2213-2 du même code, les mots : « pour motif thérapeutique » sont remplacés par les mots : « pour motif médical ».

Article 10

I. - L'article L. 5135-1 du même code est modifié ainsi qu'il suit :

1° Les trois premiers alinéas sont abrogés ;

2° A l'alinéa maintenu, 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.

II. - L'article L. 5435-1 du même code est ainsi rédigé :

« 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.

« 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.

« Les personnes physiques et les personnes morales encourent également les peines suivantes :

« 1° La confiscation des dispositifs médicaux saisis ;

« 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. »

Article 11

L'article 223-11 du code pénal est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « pour un motif thérapeutique » sont remplacés par les mots : « pour un motif médical » ;

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 ».

Article 12

Sont abrogés :

- l'article L. 2221-1 du code de la santé publique ;

- 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.

Article 13

I. - Le premier alinéa de l'article L. 2412-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Le titre Ier 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. »

II. - L'article L. 2412-2 du même code est abrogé.

III. - L'article L. 2412-3 du même code devient l'article L. 2412-2.

IV. - L'article 723-2 du code pénal est ainsi rédigé :

« Art. 723-2. - Le 3° de l'article 223-11 est rédigé comme suit :

"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". »

Article 14

I. - 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.

II. - Le I de l'article 713-2 du code pénal est ainsi rédigé :

« I. - Le 1° de l'article 223-11 est rédigé comme suit :

"1° Après la fin de la douzième semaine de grossesse, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical". »

Article 15

Le chapitre II du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° L'intitulé du chapitre est ainsi rédigé :

« Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'interruption volontaire de grossesse » ;

2° L'article L. 132-1 est modifié ainsi qu'il suit :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

b) le dernier alinéa est complété par un membre de phrase ainsi rédigé :

« , et notamment les conditions permettant, pour les personnes visées à l'alinéa précédent, de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge ».

Titre II : Contraception

Article 16

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.

Article 17

L'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5134-1. - I. - 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.

« 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.

« 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. »

Article 18

L'article L. 5434-2 du même code est ainsi rédigé :

« 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. »

BIBLIOGRAPHIE

1- Textes de lois, règlements et jurisprudence

- Loi du 31 juillet 1920 relative à l'interdiction de la contraception et de l'avortement
- Loi du 29 juillet 1939
- Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967, relative à la régulation des naissances dite « Loi Neuwirth », modifiée par la loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses mesures relatives à la régulation des naissances.
- Décret du 24 avril 1972 pris pour application de la loi Neuwirth (création des Centres de Planification et d'Education Familiale), modifié par le décret du 6 avril 1992
- Loi n°73-639 du 11 juillet 1973 portant création d'un Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, JO, 12 juillet 1973.
- Loi n°75-17 du 17 janvier 1975, relative à l'interruption volontaire de grossesse dite « Loi Veil », JO, 18 janvier 1975
- Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 dite « Loi Pelletier », pérennisant la loi Veil.
- Loi du 31 décembre 1982
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, relative à la publicité commerciale des contraceptifs
- Loi n°93-121 du 27 janvier 1993, relative au délit d'entrave à l'IVG
- Loi n°94-654 du 29 juillet 1994
- Code de déontologie médicale élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; mise à jour réalisée en 1998
- Conseil d'Etat, sect., 16 juin 2000, Association « Choisir la vie » et autres
- Projet de Loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse
- « Loi sur la contraception d'urgence »

2- Ouvrages

- MOSSUZ-LAVAU JANINE, Les lois de l'amour- les politiques de la sexualité en France (1950-1990), Editions Payot, 1991.
- SPIRA A., Contraceptifs oraux remboursés et non remboursés - Analyse critique, INSERM. Juillet 1994
- BLANCHET A., GOTMAN A L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Nathan université, 1992
- RENAULT-BRAHINSKY CORINNE, Droit de la contraception et de l'interruption de grossesse, Paris, Gualino éditeur, 1998.
- BRETIN Hélène, Contraception, quel choix pour quelle vie ?, INSERM 1992
- VALABREGUE Catherine, TREINER Sandrine, La pilule, et après ?, Stock 1996

3- Rapports, enquêtes et documents administratifs

- CONSEIL DE L'EUROPE, Troisième symposium sur la bioéthique- L'assistance médicale à la procréation et à la protection de l'embryon humain, septembre 1996
- NISAND Israël, L'I.V.G en France- Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, février 1999
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Comité de pilotage sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, Bilan des mesures engagées et discours de Martine AUBRY, 14 septembre 2000
- INSERM, Accès à la contraception et à l'IVG en France, premiers résultats de l'enquête GINE, 3 octobre 2000

4- Articles

- TREINER Sandrine et VALABREGUE Catherine, « *La contraception reste inégalitaire* », in Espace social européen. 24 janvier 1997
- CESBRON P., « *Menaces sur la liberté d'avorter- Pressions physiques et politiques contre les droits des femmes* », in Le Monde diplomatique. Février 1997
- BLAYO Chantal, « *le point sur l'avortement en France* » in Population et Société, n°325. juin 1997
- KHAN-NATHAN J, « *La prévention de l'IVG* » in Contraception, Fertilité Sexualité, 1997, vol. 25, n°11, pp 833-835
- AULAGNON M. « *Tirs croisés contre la pilule abortive- Le libre des choix des femmes menacé par l'industrie pharmaceutique* » in Le Monde diplomatique. Avril 1998
- PRIEUR Stéphane, « *L'actualité pénale du délit d'entrave à l'IVG* », in Actualités Jurisanté. mai 1998, n°21
- CESBRON P., « *Prise en charge des demandes tardives d'interruption de grossesse en France* », in Contraception, Fertilité, Sexualité. 1998. Vol. 26, N° 5, p 351-355
- LERIDON H., « *Trente ans de contraception en France* » in Contraception, Fertilité, Sexualité. 1998. Vol. 26, N°6, p 435-438
- LE CORRE Marie ET THOMSON Edith, « *Les IVG en 1998* », in Etudes et résultats DREES, n°69. juin 2000
- BENKIMOUN P, « *Le gouvernement propose d'autoriser l'I.V.G jusqu'à douze semaines* » in Le Monde. 27 juillet 2000
- NAU J-Y 0, « *Pour venir en aide aux plus grandes détreesses* », in Le Monde. 28 juillet 2000
- BENKIMOUN P, « *Le débat public commence à propos de la réforme de la loi Veil sur l'I.V.G* » in Le Monde. 29 juillet 2000
- FRYDMAN R., « *I.V.G : l'inquiétante recherche de "l'enfant parfait"* » in Le Monde. 31 juillet 2000
- ROY Philippe « *En 2001, l'IVG jusqu'à 12 semaines et le Norlevo de retour à l'école* » in Le quotidien du médecin. 30 Août 2000
- « *L'interruption volontaire de grossesse en France* », in Prescrire. Septembre 2000. Tome 20, N° 209, p 630-632
- SANJURO D « *On maltraite encore les femmes* » in Politiss, N°615. 07 septembre 2000
- SANJURO D, « *IVG, ce qui doit changer* » in Politiss, N°615. 07 septembre 2000
- SANJURO D « *L'IVG est un acte médical dévalorisé* » in Politiss, N°615. 07 septembre 2000
- KREMER P, « *Martine AUBRY précise le contenu de la réforme de la loi sur l'I.V.G* » in Le Monde. 15 septembre 2000
- CANTO-SPERBER Monique, « *L'IVG à douze semaines : loi libérale et exigence morale* », in Le Monde. 19 septembre 2000
- ROY Philippe, « *Une enquête de l'INSERM – IVG : la faute aux hommes ?* », in Le Quotidien du Médecin, n°6771. 3 octobre 2000
- BEZA Jean-Michel, « *L'opposition laissera chaque député voter en conscience les textes sur "la pilule du lendemain" et l'IVG* », in Le Monde. 4 octobre 2000
- BURSAUX Elisabeth, « *L'allongement du délai de l'IVG doit permettre de résoudre des cas douloureux* », in Le Monde. 4 octobre 2000
- ROY Philippe, « *IVG-contraception : la loi VEIL à nouveau dans l'hémicycle* », in Le Quotidien du Médecin. 4 octobre 2000
- SLEDZIEWSKI Elisabeth G., « *IVG : un dossier éthique à rouvrir* », in Le Monde. 5 octobre 2000
- Actualités Sociales Hebdomadaires, n° 2183, p. 5 et 27. 06 octobre 2000

**Module interprofessionnel de santé publique
– 2000 –**

Thème n°15

**LA CONTRACEPTION ET L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

Résumé :

La contraception et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont de longue date l'objet de débats souvent passionnés, menés dans un contexte historique, politique, religieux ou philosophique sans cesse évolutif.

En France, sont adoptées en 1967, la loi sur la contraception dite « loi Neuwirth » puis en 1975, la loi sur l'IVG dite « loi Veil ».

Ces dispositions législatives essentielles n'empêchent cependant pas la persistance de freins culturels et sociaux à l'accès à l'IVG et à la contraception.

Par ailleurs, vingt-cinq ans après le vote de la « loi Veil », un rapport réalisé par le Professeur I.Nisand met en évidence les insuffisances du dispositif, responsables d'inégalités persistantes dans l'accessibilité aux services d'orthogénie ainsi qu'aux structures de planification familiale.

Pour y remédier, un projet de rénovation des lois Veil et Neuwirth est élaboré mais deux des nouvelles dispositions restent très discutées : l'allongement du délai légal de recours possible à l'IVG de dix à douze semaines de grossesse et l'aménagement du droit d'accès des mineures à l'IVG. Il apparaît tout aussi important de renforcer la prévention de l'IVG, l'offre et les pratiques contraceptives que d'assurer une organisation plus performante des services d'orthogénie.

Ces éléments d'ordre technique ne sauraient cependant faire oublier le débat éthique que suscitent en termes parfois passionnés les questions de l'IVG et de la contraception. Chaque individu, confronté à celles-ci, s'interroge avec ses propres références culturelles et sociales au sens même qu'il donne à ces pratiques ; il n'est pas de consensus possible. Il faut cependant espérer une position respectueuse de la liberté de chacun.

LA CONTRACEPTION ET L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES.

Alors que la France est en tête des pays européens pour ce qui est de l'utilisation de la contraception, le nombre d'avortements n'a que très légèrement diminué depuis 25 ans.

200 000 IVG sont pratiquées chaque année. Près de **10 000 adolescentes** sont confrontées à une grossesse non désirées, dont 7000 ont recours à une IVG.

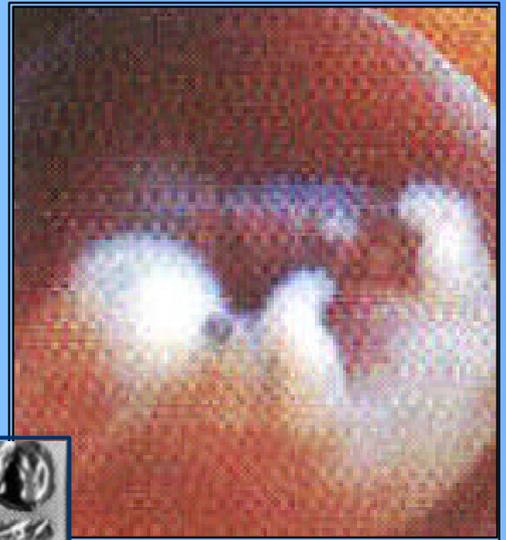
5 000 femmes, déterminées à interrompre leur grossesse mais ayant dépassé le délai légal autorisé, partent avorter dans les pays voisins.

En terme de santé publique, ces chiffres sont alarmants : ils ne peuvent qu'inciter à réagir...



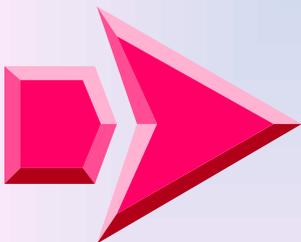
Les trois semaines de séminaire ont été marquées par quatre temps essentiels :

- **les débats** au sein du groupe sur nos **différentes représentations** de la contraception et de l'IVG.
- **la lecture et l'analyse** des textes de loi, rapports et discours politiques
- la rencontre des **acteurs de terrain** sous forme d'entretiens semi directifs
- **la mise en commun** de nos expériences respectives afin de rédiger le rapport.



La loi n° 67 - 1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances dite « loi Neuwirth » et la loi n° 75 - 17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite « loi Veil » n'empêchent pas la persistance de freins culturels et sociaux à l'accès à l'IVG et à la contraception. 25 ans après la loi « Veil », le Rapport Nisand met en évidence les insuffisances du dispositif, responsable d'inégalités persistantes.

Si le droit à la contraception ne soulève quasiment plus de débats, il en va autrement de l'IVG où la libre disposition de son corps par la femme induit la libre disposition du corps naissant. Reste que si certains souhaitent encore débattre du principe du droit à avorter, les impératifs de santé publique exigent l'affirmation d'un devoir de la société : celui d'offrir les meilleures conditions d'aux femmes en détresse qui décident d'interrompre leur grossesse.



Nous avons décidé de centrer notre étude sur **la question de l'accessibilité à la contraception et à l'IVG** :

- Quels sont les moyens d'information et d'éducation mis en place ?
- Quels sont les obstacles à l'appropriation de ces moyens par les personnes concernées?
- L'accessibilité aux services d'orthogénie est-elle réelle?
- Comment la réglementation du dispositif existant peut-elle s'adapter aux réalités sociale et médicale de notre pays ?

FACE A LA PROBLEMATIQUE DE L 'ACCESSIBILITE DES FEMMES A L 'IVG ET A LA CONTRACEPTION...



DES INEGALITES D 'ACCES A LA CONTRACEPTION ET A L 'IVG

Un dispositif strictement réglementé, des pratiques diversifiées

Contraception et IVG : des droits inscrits, des services pas toujours accessibles



DES PERSPECTIVES D 'AMELIORATION : DE LA REFLEXION A L 'ACTION

Un dispositif en cours d 'évolution

Pour un meilleur accès

Au terme de notre étude, il s'est avéré impossible de dégager un consensus sur l'ensemble des questions que soulève la problématique de l'accessibilité des femmes à l'IVG et à la contraception. Si une unanimité existe quant à sa nécessaire amélioration, chacun se trouve face à ses propres représentations. Chaque individu confronté aux questions de l'IVG et de la contraception s'interroge avec ses propres références culturelles et sociales.

L'impossibilité de voir se dégager un consensus reflète aussi le contexte des débats nationaux. La conjoncture liée à la réforme de la loi « Veil » montre aujourd'hui encore qu'un tel sujet ne peut être dépassionné. Les dispositions du projet de loi les plus discutées sont celles de l'allongement du délai légal de recours possible à l'IVG de dix à douze semaines de grossesse et de l'aménagement du droit d'accès des mineures à l'IVG.

Si le législateur, au nom de l'ordre public sanitaire, peut et doit intervenir sur les thèmes de l'IVG et de la contraception, afin d'en favoriser l'accessibilité, il se heurte à une limite : **le dogmatisme ne peut être de mise en ce qui concerne un des éléments les plus intimes de chacun de nous, la sexualité.**

Une réflexion éthique plus large doit être engagée : comment peuvent s'articuler, dans notre Etat démocratique, la reconnaissance de droits aussi fondamentaux que le droit pour la femme de disposer librement de son corps et la nécessaire protection de l'embryon ? Il nous est clairement apparu que **dans le discours politique actuel, l'IVG est vue, décrite, appréhendée comme un échec de la contraception.**

Au delà de cette vision, **vécue comme une libération, l'IVG peut permettre à la femme de franchir un nouveau cap.** Lieux de souffrance, ces services d'orthogénie sont aussi et sans aucun doute des lieux où la femme se prend en charge, où la femme est aidée, responsabilisée, où la femme peut « renaître ». Aider les femmes à surmonter leur détresse, dans cette période de doutes, de souffrance et de remise en question, c'est leur offrir la possibilité d'un nouveau départ.

La plupart des acteurs de terrain ont pleinement conscience de la portée d'un tel acte. Améliorer l'accès à l'IVG pourrait peut-être passer par **une revalorisation de cet acte.**



Vingt-cinq ans après la loi « Veil », nos interlocuteurs ont tous insisté sur leur professionnalisme (donner accès aux soins) qui prime sur le militantisme. Pour autant, le militantisme n'a pas disparu, il a plutôt changé de forme : il s'exprime par une certaine vigilance quant au maintien et au respect des acquis. Il faut dépasser le seul sens du devoir et du respect de la loi pour travailler dans un secteur aussi difficile...