



N° 3663

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 février 2002.

RAPPORT D'ACTIVITÉ

DE LA DÉLÉGATION AUX DROITS DES FEMMES ET A L'ÉGALITÉ DES CHANCES

ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES ⁽¹⁾

ANNÉE 2001

FAIT

*en application de l'article 6 septies de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958
relative au fonctionnement des assemblées parlementaires*

ET PRÉSENTÉ

PAR MME MARTINE LIGNIERES-CASSOU,

Députée.

(1) La composition de cette Délégation figure au verso de la présente page.

La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes est composée de : Mme Martine Lignières-Cassou, *présidente* ; Mmes Muguette Jacquaint, Chantal Robin-Rodrigo, Yvette Roudy, Marie-Jo Zimmermann, *vice-présidentes* ; Mme Marie-Thérèse Boisseau, M. Michel Herbillon, *secrétaires* ; M. Pierre Albertini, Mme Nicole Ameline, M. Pierre Aubry, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, M. Patrick Bloche, Mme Danielle Bousquet, M. Philippe Briand, Mmes Nicole Bricq, Odette Casanova, Nicole Catala, MM. Richard Cazenave, Henry Chabert, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Jean-Pierre Defontaine, Patrick Delnatte, Claude Goasguen, Mme Cécile Helle, M. Patrick Herr, Mmes Anne-Marie Idrac, Françoise Imbert, Conchita Lacuey, MM. Patrick Lemasle, Patrick Malavieille, Patrice Martin-Lalande, Mmes Hélène Mignon, Catherine Picard, MM. Bernard Roman, André Vallini, Kofi Yamgnane.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : L'ACTIVITÉ DE LA DÉLÉGATION EN 2001	9
I – LES TEXTES EXAMINÉS PAR LA DÉLÉGATION	11
A. LES TEXTES DEFINITIVEMENT ADOPTES	11
1. Droits du conjoint survivant	11
2. Accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat	14
3. Nom de famille.....	19
4. Autorité parentale.....	22
B. LES TEXTES EN INSTANCE	28
1. Divorce.....	28
2. Bioéthique	33
II - LES AUTRES THÈMES D'INTERÊT DE LA DÉLÉGATION	39
A. LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES	39
B. LES PUBLICITES SEXISTES	51
C. LA SITUATION DES FEMMES AFGHANES	81
III - LES ACTIVITÉS INTERNATIONALES DE LA DÉLÉGATION	91
DEUXIÈME PARTIE : LE SUIVI DE LA LOI RELATIVE A L'IVG ET À LA CONTRACEPTION	105
I- LES AVANCEES DE LA LOI ONT SOULEVE DES DIFFICULTES NOUVELLES DANS LA PRATIQUE DES IVG	109
A. LA PRATIQUE DES IVG TARDIVES	109
1. Une nécessaire formation des médecins	109
2. Une meilleure concertation dans la pratique des IMG	111
3. L'échographie en difficulté.....	112
B. AMELIORER L'ACCUEIL DES FEMMES	113
1. Un impératif : diminuer les délais d'attente des femmes	113

2. Des départs à l'étranger au "tourisme régional"	114
3. De l'entretien à un meilleur accueil par l'écoute et l'information	116
C. LES MINEURES ET L'AUTORISATION PARENTALE	117
1. L'adulte accompagnant : rôle et responsabilité.....	117
2. Les interrogations des médecins anesthésistes.....	118
3. La prise en charge des mineures : un décret attendu.....	119
II - DES DIFFICULTES ANCIENNES MISES EN LUMIERE PAR L'APPLICATION DE LA LOI.....	120
A. UNE GRANDE DISPARITE DES STRUCTURES HOSPITALIERES	120
1. L'avenir des CIVG	120
2. Des praticiens en nombre insuffisant	122
3. Disparités régionales et saisonnières	122
B. DES PROBLÈMES FINANCIERS NON RÉSOLUS	124
1. La faible rémunération de l'IVG	124
2. Du forfait vers l'inscription à la nomenclature ?.....	125
C. CEPENDANT, UNE ÉVOLUTION FAVORABLE DES TECHNIQUES EMPLOYÉES	126
1. Des techniques plus légères et des durées d'hospitalisation plus courtes.....	126
2. Les perspectives de l'IVG médicamenteuse.....	127
III - LA CONTRACEPTION DANS LA NOUVELLE LOI	128
A. CONTRACEPTION D'URGENCE. GRATUITÉ POUR LES MINEURES	128
1. Le rôle indispensable des infirmières scolaires	129
2. La gratuité du Norlevo en pharmacie pour les mineures	131
3. La gratuité des consultations de contraception en ville pour les mineures	133
B. CONTRACEPTION ET PREVENTION	134
1. Une contraception plus accessible et plus diversifiée.....	134
2. Pour des campagnes d'information plus régulières	138
CONCLUSION.....	140
IV - AUDITIONS	143
ANNEXES	291

MESDAMES, MESSIEURS,

Après deux ans et demi d'existence, la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a-t-elle rempli les objectifs qui ont motivé sa création ?

Telle est la question que l'on peut se poser en cette fin de législature.

La réponse est délicate au regard de l'ampleur de la tâche à mener dans notre société pour réduire les inégalités entre hommes et femmes.

Pour sa part, dans le cadre de ses missions législatives, la Délégation s'est efforcée de faire prendre en compte le regard des femmes sur le plus grand nombre de textes examinés au cours de cette législature et qui ont traité de sujets aussi divers et essentiels que l'égalité en politique, l'égalité professionnelle, l'IVG et la contraception, le droit de la famille et la bioéthique ⁽¹⁾.

Ne disposant pas, en vertu de son texte constitutif, d'un droit d'autosaisine, la Délégation a mené son travail en collaboration étroite avec les commissions permanentes, dont les présidents et présidentes l'ont saisie chaque fois qu'elle l'a souhaité, des projets et propositions de loi sur lesquels elle souhaitait émettre des recommandations.

Au cours de l'année 2001, cette collaboration s'est trouvée renforcée, puisque les rapporteurs des commissions permanentes ont pu participer aux auditions préparatoires organisées par la Délégation et ont accepté de faire participer les rapporteurs de la Délégation à leurs propres travaux préparatoires.

Les préoccupations de la Délégation ont donc pu être relayées très en amont par les commissions permanentes et être intégrées dans les amendements qu'elles ont adoptés.

(1) La liste complète des rapports de la Délégation figure en annexe.

Comme son texte constitutif le prévoit, la Délégation présente à l'Assemblée Nationale le rapport d'information de l'année 2001. Il dresse, dans une première partie, le bilan d'activité de la Délégation aux droits des femmes depuis le début de l'année 2001 jusqu'à la fin du mois de février 2002. L'objet de ce rapport étant de montrer l'impact des recommandations de la Délégation en matière législative, en essayant de déterminer de quelle manière elles ont infléchi les projets ou propositions de loi, il a semblé préférable de prolonger de deux mois ce rapport annuel, puisque plusieurs des textes examinés par la Délégation au cours de l'année 2001 n'ont été définitivement adoptés qu'en janvier ou février 2002 (accès aux origines personnelles, autorité parentale, nom patronymique).

Outre ce travail législatif, la Délégation s'est particulièrement préoccupée de trois sujets brûlants, pour lesquels elle a mené des auditions : violences sexistes, publicités sexistes et sort des femmes afghanes. Elle a également participé à la Conférence des commissions parlementaires de l'égalité des chances entre hommes et femmes, qui s'est tenue à Stockholm au mois d'octobre 2001, et qui permet des rencontres et des échanges fructueux à l'échelle européenne sur des thèmes d'actualité.

La deuxième partie du rapport est centrée sur le thème d'étude annuel de la Délégation : le suivi de l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception. Chargée de ce suivi par M. Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, au cours des débats qui ont précédé l'adoption de la loi, la Délégation a procédé dès le mois de juin 2001, c'est-à-dire une fois la loi définitivement adoptée, à l'audition d'experts et de représentants d'associations, afin d'être éclairée sur les problèmes posés par l'entrée en vigueur de la nouvelle loi et sur les difficultés structurelles à plus long terme qui se posent pour l'activité d'IVG et la délivrance de la contraception.

Tout au long du deuxième semestre de l'année 2001, votre rapporteure s'est ensuite attachée à sensibiliser les ministères compétents aux problèmes soulevés par les personnalités auditionnées et a insisté auprès de ses correspondants sur la nécessité de leurs prises en compte et sur l'importance d'une sortie rapide des circulaires et décrets d'application de la loi. Elle a eu le 12 février dernier une entrevue avec M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, auquel elle a fait part des difficultés persistantes en matière d'IVG et de contraception.

Au terme de cette onzième législature, on peut se réjouir que des progrès législatifs essentiels aient été accomplis en faveur des droits des femmes. La Délégation y a pris toute sa part, comme les textes lui en donnaient la possibilité, mais d'autres organes de l'Assemblée ont participé à l'action menée en faveur des droits des femmes : outre la mission

d'information commune sur les diverses formes de l'esclavage moderne, présidée par Mme Christine Lazerges, les commissions permanentes qui, aiguillonnées par la Délégation, ont mieux relayé ces derniers temps les préoccupations des femmes.

L'avenir est à l'intégration de l'égalité entre les hommes et les femmes dans toutes les politiques, à tous les niveaux de décision, par les femmes, mais aussi par les hommes. C'est l'objet de la politique de "mainstreaming" dont il a été beaucoup question à la Conférence de Stockholm, et qui, développée au niveau européen, demande à être mieux connue et mise en application au niveau français.

PREMIÈRE PARTIE :

L'ACTIVITÉ DE LA DÉLÉGATION EN 2001

I – LES TEXTES EXAMINÉS PAR LA DÉLÉGATION

Au cours de l'année 2001, la Délégation aux droits des femmes s'est préoccupée de faire intégrer les problèmes d'égalité entre les hommes et les femmes dans les textes relatifs au droit de la famille et à la bioéthique. Elle a été saisie, sur sa demande, de l'ensemble de ces textes par les commissions compétentes.

Au terme de cette onzième législature, quatre des textes sur lesquels la Délégation s'est prononcée en 2001 ont été adoptés définitivement. Deux textes, relatifs respectivement à la bioéthique et au divorce, n'ont pu être menés à leur terme.

A. LES TEXTES DEFINITIVEMENT ADOPTES

Une réforme de grande ampleur du droit de la famille a été amorcée au cours de la onzième législature. Elle a concerné, dans l'ordre chronologique de son adoption, les conjoints survivants, l'accès aux origines des enfants adoptés et pupilles de l'Etat, l'autorité parentale et le nom de famille.

1. Droits du conjoint survivant

Une réforme visant à améliorer la situation difficile des conjoints survivants, le plus souvent des veuves, a été adoptée le 21 novembre 2001.

a) La situation difficile des conjoints survivants

La situation des conjoints survivants, qui concerne plus de 3 200 000 veuves, apparaissait injuste et inadaptée.

Elle s'expliquait par l'application de règles de dévolution successorale édictées, il y a près de deux siècles, dans le souci de privilégier la parenté sur le mariage, afin de maintenir les biens dans la famille par le sang. Or, ces règles ne correspondent plus à l'évolution de la société, en raison de la part prépondérante prise dans les patrimoines par les biens acquis durant le mariage, du resserrement de la cellule familiale autour de l'enfant et du couple et du souci primordial de protéger le conjoint survivant en lui assurant après le décès de l'époux un patrimoine et le maintien de ses conditions d'existence.

Sous le régime actuel et jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi, lorsque le défunt n'avait fait ni donation entre époux, ni testament permettant d'avantager son conjoint, celui-ci ne bénéficiait que très rarement d'un droit en pleine propriété.

Il n'héritait de l'ensemble de la succession en pleine propriété que dans les cas où le défunt ne laissait ni descendant, ni ascendant, ni collatéral privilégié (père, sœur, neveu), et de la moitié de la succession en pleine propriété, dans le cas où le défunt n'avait pour héritier que des ascendants (père ou mère, grands-parents) dans une seule ligne, maternelle ou paternelle.

Dans la plupart des cas, le conjoint survivant n'héritait que d'un simple usufruit sur un quart de la succession, si le défunt laissait des enfants ou petits-enfants, et sur la moitié de la succession en présence d'ascendants ou de collatéraux privilégiés.

Les héritiers pouvaient demander la conversion de l'usufruit en rente viagère. A défaut d'accord avec le conjoint, il appartenait au juge de trancher.

Le sort du conjoint pouvait cependant être amélioré, s'il bénéficiait de la part de son époux de libéralités par donation ou testament. Mais inversement, il pouvait, de la même manière, être privé par le défunt de tous les droits en propriété ou en usufruit qui lui revenaient légalement, n'étant pas un héritier réservataire.

b) Les recommandations de la Délégation

La proposition de loi (n° 2867) relative aux droits du conjoint survivant, déposée le 17 janvier dernier par M. Alain Vidalies et les membres du groupe socialiste et apparentés, a donc eu pour objet d'améliorer la situation faite par le code civil aux conjoints survivants dans les successions.

Saisie de cette proposition de loi, sur sa demande, par la commission des lois, la Délégation a adopté, le 31 janvier 2001, le rapport (n°2902) de Mme Marie-Françoise Clergeau, qui approuvait les améliorations proposées par le texte à la situation du conjoint survivant, tout en proposant quelques modifications supplémentaires, sous forme des recommandations suivantes :

1. Afin de mieux informer les couples sur la situation du conjoint lors du décès de l'un des époux, un document comportant des informations pratiques sur le droit de la famille et, en particulier, sur

les droits du conjoint survivant devrait leur être remis avant la célébration du mariage. Ce document devrait également être annexé au livret de famille qui leur est délivré par l'officier d'état civil lors du mariage.

2. L'article 767-5 du code civil, tel qu'il résulte de la proposition de loi, devrait préciser que les droits d'habitation et d'usage reconnus au conjoint survivant ne peuvent être convertis en rente viagère ou en capital que d'un commun accord entre le conjoint survivant et les héritiers, à la demande de l'une ou l'autre partie.

3. La durée de jouissance gratuite du logement et du mobilier reconnue de plein droit au conjoint pendant une année, lorsqu'il occupe effectivement le logement à titre d'habitation principale au moment du décès, devrait être portée à dix-huit mois.

4. Ce texte, qui constitue une avancée juridique incontestable, devrait s'appliquer immédiatement après la promulgation de la loi, afin d'apporter aux conjoints survivants une protection légitime attendue depuis longtemps.

c) Les améliorations apportées par le texte de loi

Passant d'une logique basée sur les liens du sang à une logique de l'affection qui prévaut dans les liens du mariage, la loi n° 2001-1135 du 3 décembre 2001 confère désormais au conjoint survivant : une meilleure place dans l'ordre successoral, avant les collatéraux privilégiés (frères, sœurs, neveux), toutefois en concours avec les enfants et descendants et les père et mère du défunt, et des droits en pleine propriété, même en présence d'enfants ou de parents du défunt, avec ouverture d'une option en faveur de l'usufruit.

En sus des droits en pleine propriété du conjoint survivant, la loi fait également bénéficier ce dernier jusqu'à son décès d'un droit d'habitation et d'usage du mobilier sur le logement qu'il occupait effectivement à l'époque du décès du conjoint. Elle reconnaît également au conjoint la jouissance gratuite, pendant une année, du logement occupé à titre d'habitation principale à l'époque du décès, considérée non comme un droit successoral, mais comme un effet direct du mariage, au même titre que le devoir de secours entre époux, qui survit au décès de l'un des époux.

Par ailleurs, la conversion de l'usufruit en rente viagère, à la demande de l'un des héritiers nu-propriétaire, ou du conjoint lui-même est permise. C'est le juge qui doit arbitrer, en cas de désaccord. Mais il ne peut ordonner, contre la volonté du conjoint survivant, la conversion de l'usufruit

portant sur le logement qu'il occupe à titre de résidence principale. Enfin, par accord entre les héritiers et le conjoint, l'usufruit peut être converti en capital.

La deuxième recommandation de la Délégation avait souligné l'importance d'un commun accord entre le conjoint survivant et les héritiers pour cette conversion de l'usufruit.

2. Accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat

La grande souffrance qu'éprouvent certains enfants devant les difficultés d'accès à la connaissance de leurs origines, et notamment les revendications fortement exprimées par les enfants nés sous X, ont conduit le Gouvernement à présenter le 17 janvier 2001 un projet de loi visant à résoudre ce douloureux problème, d'une manière qui soit acceptable aussi bien par les femmes que par les enfants.

a) Un projet de loi visant à faciliter l'accès des personnes à leurs origines

Mme Ségolène Royal, ministre déléguée à la famille et à l'enfance, a été auditionnée par la Délégation, le 23 janvier 2001, sur le projet de loi relatif à l'accès aux origines personnelles, qui venait d'être adopté par le Conseil des ministres.

Face à deux droits tout aussi légitimes, le droit de la mère au secret de son identité et celui de l'enfant à connaître ses origines, le projet de loi maintenait la faculté pour la mère d'accoucher dans l'anonymat, mais tendait à permettre, dans certaines conditions, la réversibilité du secret de son identité, selon une procédure articulée autour d'un Conseil national pour l'accès aux origines personnelles.

La femme conservait le droit d'accoucher dans l'anonymat, mais elle était invitée à consigner son identité sous pli fermé lors de cet accouchement.

Le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles était destinataire des demandes d'accès à ses origines formulées par l'enfant et des déclarations de levée du secret formulées par les parents de naissance. Il était également compétent pour recueillir les éléments relatifs à l'identité des parents de naissance. Enfin, le Conseil sollicitait des parents de naissance la levée du secret de leur identité et communiquait celle-ci à l'enfant, lorsqu'ils avaient expressément levé le secret.

b) Les recommandations de la Délégation

Saisie de ce projet de loi, sur sa demande, par la commission des lois, la Délégation a procédé à l'audition de nombreux experts – juriste, psychanalyste, directeur départemental d'action sociale – et associations – défense des droits des femmes, défense du droit à la connaissance des origines, familles adoptives –. Au terme de ces auditions, la Délégation a adopté, le 22 mai 2001, le rapport d'information (n° 3087) de Mme Danielle Bousquet.

Rappelant que l'accouchement anonyme, qui ne concerne plus aujourd'hui qu'environ 600 naissances par an (contre environ 10 000 avant les années quatre-vingts), devait être maintenu pour protéger les femmes des accouchements clandestins, des abandons d'enfants, voire des infanticides, la Délégation a souhaité mieux informer la femme des différentes possibilités qui s'offrent à elle et renforcer l'accompagnement psychologique qui doit être le sien.

Pour faciliter l'accès de l'enfant à la connaissance de ses origines, la Délégation a recommandé que soient recueillis au moment de l'accouchement le plus d'éléments possibles sur l'identité et l'histoire des parents de naissance.

S'agissant de la sollicitation par le Conseil national de la mère de naissance afin qu'elle lève le secret de son identité, la Délégation s'est inquiétée de la procédure prévue par le projet de loi et s'est prononcée pour une solution plus respectueuse de la volonté de la mère et de celle de l'enfant, à savoir le rapprochement concomitant de leurs deux volontés.

La Délégation a adopté les recommandations suivantes :

1. L'accouchement sous le secret de l'admission et de l'identité — couramment appelé accouchement anonyme ou sous X — doit être maintenu ; il demeure le seul recours pour les femmes en très grande détresse qui ne peuvent assumer leur maternité ;

2. Toutes les autres solutions possibles doivent être proposées aux femmes dont l'objectif premier n'est pas le secret vis-à-vis de l'enfant, mais qui souhaitent une confidentialité vis-à-vis de l'entourage, ou simplement une remise de l'enfant dans de bonnes conditions en vue d'une adoption ;

3. Lors de son accompagnement psychologique et social ou lors de son admission à la maternité, la femme recevra un document écrit l'informant de toutes les possibilités qui s'offrent à elle au moment

de l'accouchement, de toutes leurs conséquences pour l'enfant et pour elle-même ainsi que de sa faculté, ultérieurement et à n'importe quel moment, de lever le secret de son identité ;

4. L'accompagnement psychologique et social, institué par la loi du 5 juillet 1996 au bénéfice des femmes demandant à accoucher sous le secret, devra être mis en place de manière impérative dans tous les départements ; des professionnels des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance devront être chargés de cette mission d'accompagnement ; lorsque la femme ne souhaite pas laisser son identité, le temps de cet accompagnement est propice à une sensibilisation de la femme à l'importance pour l'enfant de connaître son histoire ; il sera donc proposé à la femme de laisser des éléments de son histoire et des renseignements non identifiants ;

5. La faculté offerte aux parents d'enfants de moins d'un an, qui ont une filiation connue et établie, de les remettre à l'adoption en demandant le secret de leur identité doit être supprimée, comme le prévoit le projet de loi ;

6. Le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles devra être composé également de représentants d'associations de personnes confiées à l'adoption, de femmes et de familles adoptives ;

7. Il devra assurer une harmonisation des pratiques des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, des établissements de santé et des organismes autorisés pour l'adoption ; à cet effet, il pourra organiser des formations à l'intention des différents acteurs locaux ;

8. Il devra élaborer le document d'information qui sera remis aux femmes qui souhaitent accoucher dans la confidentialité ainsi qu'un document à l'intention des enfants qui entreprennent une démarche de recherche de leurs parents de naissance, pour les informer de la portée de celle-ci ;

9. Le rapprochement de la mère et de l'enfant étant un rapprochement de deux volontés, la déclaration expresse de levée du secret par le père ou la mère de naissance ne pourra pas être sollicitée par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles ;

10. Le Conseil national aura pour mission, en association avec ses correspondants désignés par le président du conseil général, d'organiser le rapprochement des consentements entre la mère et l'enfant ; comme il est important que ceux-ci puissent se faire de façon

concomitante, toutes les demandes de recherche adressées au Conseil devront être renouvelées ; le Conseil devra pouvoir en outre être saisi de la demande de la mère ou du père de naissance s'enquérant d'une démarche éventuelle de l'enfant ; il informera automatiquement l'enfant de tout élément nouveau concernant son père ou sa mère de naissance, dès lors que la demande de recherche de l'enfant aura été formulée ou renouvelée dans l'année ;

11. Le Conseil sera chargé de recenser l'ensemble des organismes autorisés et habilités pour l'adoption et de recueillir, pour ceux qui ont cessé leur activité, l'ensemble des dossiers en leur possession ;

12. Il assurera le suivi et l'évaluation régulière du dispositif ;

13. L'accès à la connaissance des origines personnelles ne pourra donner lieu à aucune action relative à la filiation, ni à fins de subsides, ni à indemnisation, sur quelque fondement que ce soit, au profit de qui que ce soit.

c) Les dispositions législatives adoptées

Le projet de loi a été adopté conforme, le 10 janvier 2002, en seconde lecture par l'Assemblée Nationale.

① La loi maintient la faculté pour la femme de demander, lors de son accouchement la préservation du secret de son identité et de son admission.

② Comme le souhaitait la Délégation, la femme est mieux informée, au moment de son accouchement dans le secret, des conséquences de son acte et des possibilités qui s'offrent à elles. Elle est en effet informée des conséquences juridiques de sa demande de secret et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité.

Elle est également informée :

- de sa possibilité de lever à tout moment le secret de son identité ;

- des conditions dans lesquelles son identité pourra être communiquée par le Conseil national d'accès aux origines personnelles ;

- de sa possibilité de donner à tout moment son identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance.

③ Deux professionnels des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance seront chargés d'organiser l'accompagnement psychologique et social de la femme, de recevoir le pli fermé contenant l'identité de la mère, de recueillir les éléments non identifiants concernant l'enfant et d'assurer l'information de la mère. Ces personnes devront suivre une formation initiale et continue leur permettant de remplir ces missions. Cette formation sera assurée par le Conseil national qui procédera également à un suivi régulier de ces personnes.

L'adoption de ces dispositions a été fortement soutenue par la Délégation.

④ Comme le recommandait la Délégation, la composition du Conseil national est modifiée de manière à comprendre des représentants d'associations pour la défense des droits des femmes (3), des familles adoptives (1), des pupilles de l'Etat (1), et pour la défense du droit à la connaissance de ses origines (1).

⑤ Un amendement déposé en première lecture à l'Assemblée nationale à l'initiative de Mmes Danielle Bousquet, Odette Casanova, Martine Lignières-Cassou et Conchita Lacuey, visant à permettre au père et à la mère de naissance de demander au Conseil national si l'enfant a lui-même déposé une demande de recherche, a été adopté.

⑥ La loi a maintenu la possibilité pour le Conseil national de solliciter le père et la mère de naissance pour la levée du secret de leur identité, alors que la Délégation, qui s'était inquiétée des modalités d'une telle recherche des parents de naissance, aurait souhaité que soit recherchée la concomitance dans le temps du rapprochement des consentements de la mère et de l'enfant.

Néanmoins, des garanties supplémentaires ont été ajoutées au texte, qui précise que le recueil de leur consentement exprès devra se faire dans le respect de leur vie privée.

⑦ Comme le souhaitait la Délégation, la loi précise que l'accès d'une personne à ses origines est sans effet sur l'état civil et la filiation et qu'il ne fait naître ni droit, ni obligation au profit ou à la charge de qui que ce soit.

3. Nom de famille

Les règles régissant l'attribution du nom de famille reposaient, en droit français, sur une conception patriarcale de la famille qui conduisait à donner prééminence au nom du père. Une réforme s'imposait pour donner aux parents plus de liberté dans le choix du nom de l'enfant : elle a été adoptée le 21 février 2002.

a) Une réforme des règles d'attribution du nom de famille

Le principe de l'attribution du nom du père à l'enfant légitime n'a pas été fixé par les deux textes généraux relatifs au nom de l'enfant adoptés au début du XIX^e siècle et ne figure donc pas dans le code civil ; c'est la jurisprudence qui l'a affirmé au début du XX^e siècle ; il a ensuite été reconnu par le législateur, avec la loi du 3 janvier 1972 sur la filiation.

S'agissant de l'enfant naturel, l'attribution du nom était régie par un principe de priorité chronologique, tempéré en faveur du nom du père. L'enfant adopté n'échappait pas non plus à la prééminence paternelle.

Ce système d'attribution du nom, qui traduisait une réelle inégalité entre les parents, n'était plus en accord avec l'évolution du droit de la famille, qui a vu disparaître la puissance paternelle au profit de l'autorité parentale, s'instaurer l'égalité des époux dans la gestion patrimoniale, consacrer le divorce par consentement mutuel, affirmer l'égalité des filiations et assurer une coparentalité effective.

Une première évolution s'est produite avec la réforme relative au nom d'usage, introduite par la loi du 23 décembre 1985. Depuis le 1^{er} juillet 1986, "toute personne majeure peut ajouter à son nom, à titre d'usage, le nom de ses parents qui ne lui a pas transmis le sien. A l'égard des enfants mineurs, cette faculté est mise en œuvre par les titulaires de l'autorité parentale". Ce nom double n'est cependant pas transmissible et ne figure pas sur les actes de l'état civil.

La proposition de loi (n° 2709) relative au nom patronymique, déposée le 15 novembre 2000, par M. Gérard Gouzes et les membres du groupe socialiste et apparentés, qui avait à l'origine uniquement pour objet de permettre à tout enfant de porter légitimement le nom de son père suivi du nom de sa mère, a été modifiée et complétée au cours des travaux parlementaires.

A l'initiative de la Délégation aux droits des femmes du Sénat, son intitulé a été modifié : il ne s'agira plus d'un texte sur le "nom

patronymique", terme qui faisait référence au père, mais de la loi relative au "nom de famille".

b) Les recommandations de la Délégation

Saisie, sur sa demande, par la commission des lois de la proposition de loi de M. Gérard Gouzes, la Délégation a adopté, le 30 janvier 2002, le rapport (n° 2901) de Mme Yvette Roudy.

Présentant l'historique des règles régissant l'attribution du nom de l'enfant et soulignant que le principe patronymique, séquelle de la société patriarcale, conduit à l'appauvrissement du patrimoine anthroponymique français, la Délégation a proposé, dans ses recommandations, un assouplissement du dispositif d'attribution automatique du double nom prévu par la proposition de loi, axant ses propositions sur un libre choix parental permettant aux parents de décider librement du nom de l'enfant, qu'il soit légitime, naturel ou adopté, et leur ouvrant la possibilité de choisir le nom d'un ascendant, en sus de celui du père, de la mère ou des deux noms accolés.

La Délégation a adopté les recommandations suivantes :

1. Afin de respecter le principe d'égalité des parents au sein de la structure familiale et d'enrayer l'appauvrissement du patrimoine anthroponymique, inéluctable dans le cadre de la législation en vigueur, le nom de l'enfant inscrit dans l'acte de naissance doit être déterminé librement par les parents qui doivent pouvoir choisir :

- soit le nom de la mère (matronyme) ou celui du père (patronyme) ;
- soit le nom de chacun des parents (matronyme et patronyme) accolés l'un à l'autre dans un ordre qu'ils fixent ensemble.

Dans ce cas, le parent dont le nom est composé de deux noms accolés ne devrait pouvoir transmettre qu'un seul de ses noms à ses enfants.

- soit le nom d'un ascendant dans la ligne maternelle ou paternelle de l'un des parents.

2. Les enfants ayant les mêmes père et mère doivent porter un nom identique : le nom qui sera attribué aux enfants légitimes doit être déterminé solennellement par les époux au moment du mariage.

3. Les père et mère des enfants naturels dont la filiation est établie simultanément à l'égard des deux parents doivent pouvoir déterminer le nom de leurs enfants selon les mêmes principes. L'option prise pour le nom du premier enfant doit s'imposer pour la dévolution du nom des enfants qui naîtront ultérieurement, sous réserve de l'établissement de leur double filiation.

Il en est de même pour le nom des enfants mineurs, dont la filiation est établie en second lieu à l'égard du père : ce nom devrait pouvoir être déterminé par les parents dans une déclaration conjointe devant le greffier en chef du tribunal de grande instance.

4. En cas d'adoption plénière d'un enfant par deux époux, ces derniers doivent pouvoir déterminer selon les mêmes principes le nom qui sera porté par cet enfant.

5. Les conséquences patronymiques de la légitimation d'un enfant par autorité de justice prononcée à l'égard des deux parents doivent résulter des nouvelles règles de dévolution du nom.

6. La procédure de changement de nom d'une personne majeure souhaitant reprendre le nom de l'un de ses parents ou ascendants qui ne lui a pas été transmis, doit être assouplie.

c) La réforme adoptée : une avancée au bénéfice des parents comme des enfants

Le texte adopté par la commission des lois, à l'issue de sa réunion du 1^{er} février 2001, satisfaisait l'essentiel des recommandations de la Délégation, le rapporteur, M. Gérard Gouzes, ayant précisé dans la discussion générale qu'il s'était inspiré du travail de Mme Yvette Roudy pour ses nouvelles propositions.

Le texte offrait la possibilité aux parents de choisir le nom du père, le nom de la mère ou les deux noms des parents accolés. A défaut d'accord entre les parents, il précisait que la solution imposée aux parents était alors celle du double nom accolé de chacun des deux parents dans l'ordre alphabétique.

La possibilité de choisir le nom d'un ascendant dans la ligne maternelle ou paternelle de l'un des parents, que recommandait la Délégation, n'avait pas été retenue.

Au cours de l'examen du texte en première lecture par l'Assemblée nationale, le 8 février 2001, c'est le texte issu des travaux de la commission des lois qui avait été adopté.

Examinant la proposition de loi en séance publique, le 20 février 2002, le Sénat a remanié le texte de l'Assemblée nationale en prévoyant qu'à défaut de choix exprimé par les parents – soit qu'ils n'aient pu exercer ce choix, soit qu'un désaccord persistant les ait opposés –, c'est le nom du père qui sera donné à l'enfant.

Mme Marylise Lebranchu, Garde des Sceaux, évoquant au cours des débats cette solution "symboliquement régressive", aurait souhaité que le Sénat accepte une solution de compromis, aux termes de laquelle le double nom accolé, qui s'imposerait à défaut d'un choix des parents, serait nécessairement composé du nom du père, suivi du nom de la mère. Cette solution aurait répondu "à la tradition historique, sans ériger la primauté du père en un postulat absolu".

Le Gouvernement n'a pas été suivi sur ce point et le Sénat a maintenu son texte initial.

Le Parlement suspendant ses travaux le 21 février 2002, il n'était plus possible de procéder à des modifications du texte par navette entre les deux assemblées. Tout en regrettant cette solution imposée par le Sénat, l'Assemblée nationale a considéré qu'il s'agissait d'une avancée vers plus d'égalité au sein du couple qu'il fallait acter, et a voté conforme le texte du Sénat.

Il faut espérer, comme l'a souhaité Mme Marylise Lebranchu, Garde des Sceaux, au cours du débat en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale, que les parents de demain feront consciemment le choix du nom de l'enfant en fonction des nouvelles possibilités qui leur sont ouvertes et qu'ils ne se soumettront pas à un modèle hérité d'une société patriarcale d'un autre âge.

4. Autorité parentale

Les profondes mutations sociologiques de la famille au cours de ces dernières décennies ont entraîné une nouvelle réflexion sur la relation parents-enfants. La recherche de l'égalité parentale, consistant à reconnaître à un enfant le droit d'être élevé par son père et par sa mère, a conduit le législateur à une profonde réforme de l'autorité parentale.

a) Une autorité parentale plus soucieuse de l'intérêt de l'enfant

Le modèle de la famille légitime unie, sur lequel a été construit le droit de l'autorité parentale, s'est effrité peu à peu devant l'apparition de nouvelles familles recomposées, monoparentales, hors mariage. Près de

120 000 divorces sont prononcés chaque année, pour environ 280 000 mariages, et deux couples sur trois en instance de divorce ont des enfants impliqués dans la procédure.

Après un divorce ou une séparation, ce sont les mères qui assument majoritairement la charge des enfants, le juge, en cas de désaccord, fixant la résidence de l'enfant chez la mère dans plus de 80 % des cas. Or, de nouvelles aspirations sont apparues. De nombreux pères veulent assumer leurs droits vis-à-vis de leurs enfants et les femmes, de plus en plus impliquées dans leur vie professionnelle, demandent une répartition plus égalitaire des rôles et des tâches familiales.

Ce n'est qu'avec retard que le législateur s'est efforcé de suivre l'évolution des mœurs.

S'agissant de l'autorité parentale, la proposition de loi (n° 3074) de MM. Jean-Marc Ayrault, Marc Dolez, Mme Christine Lazerges et les membres du groupe socialiste et apparentés, déposée le 17 mai 2001, était fondée sur l'affirmation de nouveaux principes :

- le bien-fondé et la finalité de l'autorité parentale ;
- la reconnaissance de la coparentalité ;
- le recours à la médiation entre les parents ;
- de nouveaux modes d'exercice de l'autorité parentale ;
- la priorité reconnue aux droits et à l'intérêt de l'enfant.

b) Les recommandations de la Délégation

Saisie de ce texte, sur sa demande, par la commission des lois, la Délégation, après avoir auditionné de nombreux spécialistes (magistrats, juristes, avocats, sociologues, pédopsychiatres, psychologues, associations de parents), a adopté, le 5 juin 2001, le rapport d'information (n° 3111) de Mme Chantal Robin-Rodrigo, comportant les recommandations suivantes :

Mieux affirmer les droits de l'enfant

1. La convention internationale relative aux droits de l'enfant devrait faire l'objet d'une meilleure insertion dans notre droit interne, et certains principes qu'elle énonce repris dans le code civil, comme la prise en compte de la notion de "l'intérêt supérieur" de l'enfant dans l'exercice de l'autorité parentale et dans l'intervention du juge.

Dans le même esprit, il faudrait instaurer, à titre symbolique, dans l'article 371 du code civil, une véritable réciprocité dans l'"honneur" et le "respect" que doivent se porter mutuellement parents et enfants.

Renforcer et préciser la médiation familiale et la médiation judiciaire

2. Le rôle de la médiation familiale doit être précisé. Cette médiation doit être favorisée et encadrée dans la recherche d'une convention entre les parents susceptible d'homologation par le juge. Les missions et la formation des personnels qui en sont chargés doivent être mieux définies.

3. Le recours à la médiation judiciaire doit être précisé, et levée l'ambiguïté entre une simple incitation à la médiation ou une obligation que pourrait imposer le juge en cas de désaccord des parents.

En cas de refus des parents d'accepter la médiation, ceux-ci devront être convoqués à nouveau devant le juge dans le délai maximum d'un mois pour la poursuite de la procédure.

Les structures de la médiation judiciaire doivent être mises en place de toute urgence auprès des tribunaux où elles n'existent pas. En tout état de cause, elles doivent être soutenues et renforcées.

Mieux prendre en compte l'intérêt de l'enfant dans la décision du juge

4. Dans le souci de l'intérêt de l'enfant, après homologation de la convention ou décision du juge sur les modalités de l'exercice de l'autorité parentale, celui-ci peut ordonner qu'une enquête sociale soit diligentée en vue de s'assurer du bien-fondé de la décision quant aux conséquences sur le développement de l'enfant.

Dans le même souci, le juge, avant de statuer sur les modalités de l'exercice de l'autorité parentale, peut se faire assister par un pédopsychiatre, s'agissant d'enfants trop jeunes pour exprimer leurs sentiments dans les conditions prévues à l'article 388-1 du code civil.

Affirmer la coparentalité

5. Le principe de l'exercice en commun par le père et la mère de l'autorité parentale – la coparentalité – n'implique pas, comme solution au choix de résidence de l'enfant, la seule alternative entre une

résidence de l'enfant au domicile de l'un des parents et une stricte résidence en alternance chez chacun d'eux. La plus grande souplesse doit être recherchée dans les modalités d'hébergement partagé de l'enfant entre les deux parents.

6. Afin de promouvoir le principe de coparentalité, le juge prend en considération avant de statuer, non seulement "l'aptitude de chacun des parents à assumer ses devoirs et respecter celui des droits de l'autre", mais aussi l'aptitude de chacun des parents à favoriser et à respecter, au quotidien, la place de l'autre parent dans la vie de l'enfant.

7. Il appartient au juge de rappeler aux parents leurs devoirs vis-à-vis de l'enfant (visite, suivi de la santé, de l'éducation, entretien...), indépendamment du paiement d'une pension alimentaire.

8. A la naissance de l'enfant, les parents, en particulier le père, devront être informés de leurs droits et devoirs au titre de l'autorité parentale et de la nécessité préalable de reconnaître l'enfant pour établir la filiation. En tout état de cause, la mère devra être informée de la reconnaissance de l'enfant par le père.

Valoriser la place des tiers

9. La délégation, totale ou partielle, de l'autorité parentale devra s'accompagner de l'élaboration d'une meilleure reconnaissance de la place du tiers qui prend l'enfant en charge, afin notamment de favoriser la collaboration entre parents et tiers, élargir les possibilités de prise en charge de l'enfant par le tiers, par exemple en cas de décès de l'un des parents, assouplir en cas de séparation les conditions d'octroi d'un droit de visite et d'hébergement.

10. Le droit de l'enfant à entretenir des relations personnelles avec ses grands-parents, ainsi qu'avec ses frères et sœurs doit être affirmé.

Mieux soutenir la nouvelle autorité parentale par des mesures d'accompagnement

11. La séparation et les nouvelles possibilités d'organiser l'exercice de l'autorité parentale, notamment la résidence en alternance, ont un coût, qui pèse davantage sur les milieux modestes. La société doit réfléchir aux moyens de mieux prendre en charge les conséquences économiques et sociales de la séparation, du point de vue du logement,

de la sécurité sociale, des transports, de l'éducation et des pratiques administratives et fiscales.

12. Les conséquences psychologiques sur l'enfant impliquées par les nouveaux modes d'exercice de l'autorité parentale, notamment le choix de la résidence, doivent être étudiées. Des recherches scientifiques approfondies devraient être conduites, afin d'évaluer, depuis la loi de 1993, les effets de ces situations nouvelles sur le développement de l'enfant.

13. L'établissement de barèmes indicatifs de référence, calculés à partir des revenus du débiteur de la pension alimentaire, devrait aider les parents à mieux répartir entre eux les charges de l'entretien et de l'éducation des enfants, et permettre plus facilement d'aboutir à des accords entre parents susceptibles d'homologation.

14. La mission d'éducation de l'enfant confiée à l'autorité parentale doit être complétée dans une perspective d'insertion citoyenne de l'enfant dans la société.

15. Parallèlement à la formation des professionnels de la petite enfance, doit se mettre en place, de façon décentralisée, une formation des parents à la parentalité, à la vie familiale, à l'éducation de l'enfant et à son intégration dans la cité.

c) Une réforme qui affirme la coparentalité

La réforme de l'autorité parentale a été adoptée conforme en troisième lecture par l'Assemblée nationale, le 21 février 2002. On ne peut que regretter que certaines dispositions auxquelles la Délégation était très attachée, et dont elle avait obtenu le vote par l'Assemblée nationale, n'aient pas été retenues par le Sénat, dans la mesure où elles s'efforçaient de mieux prendre en compte les droits des femmes et l'intérêt de l'enfant.

Ainsi, si la réforme adoptée pose le principe que l'autorité parentale a pour finalité l'intérêt de l'enfant et qu'elle constitue un ensemble de droits et devoirs, le Sénat n'a pas jugé utile la disposition votée en première lecture, à l'initiative de Mme Chantal Robin-Rodrigo, selon laquelle "le parent qui ne respecte pas les devoirs qui s'attachent à l'autorité parentale peut se voir rappeler ses obligations".

L'autorité parentale sera désormais exercée en commun par les père et mère, dès lors que le lien de filiation est établi, quel que soit le statut des parents : mariés, séparés, divorcés ou concubins, à deux exceptions près

(filiation établie plus d'un an après la naissance ou filiation résultant d'un jugement).

Les parents pourront saisir le juge aux affaires familiales, afin de faire homologuer la convention par laquelle ils organisent les modalités d'exercice de l'autorité parentale et fixent les règles de contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant.

La possibilité de résidence alternée au domicile de chacun des parents est désormais reconnue par la loi, qui n'impose pas un partage strict de la résidence de l'enfant entre les deux parents, mais permet des formules souples, correspondant aux actuels droits de visite élargis.

En cas de désaccord de l'un des parents, le juge pourra ordonner une résidence en alternance à titre provisoire. Le souhait de la Délégation que celle-ci soit limitée à six mois, parce qu'une durée trop longue pourrait nuire à la recherche de la meilleure solution pour le développement de l'enfant, n'a finalement pas été retenue par le Sénat, qui a souhaité laisser une certaine souplesse au dispositif.

Avant de se prononcer, le juge devra prendre en compte un certain nombre d'éléments énumérés par la loi. Pour les enfants les plus jeunes, qui ne peuvent exprimer leurs sentiments, le juge pourra s'appuyer, comme le souhaitait la Délégation, sur des expertises effectuées par des spécialistes (pédiatres, pédopsychiatres ou psychologues) permettant d'apprécier la meilleure solution pour le développement de l'enfant.

Enfin, à l'effet de faciliter la recherche par les parents d'un exercice consensuel de l'autorité parentale, le juge pourra leur proposer une mesure de médiation et, après avoir obtenu leur accord, désigner un médiateur pour y procéder. Cette médiation – grande innovation du texte – n'est pas imposée, mais conseillée, ce qui est la garantie de son succès.

Au cours des débats en première lecture, l'Assemblée nationale, à la suite d'une longue discussion, avait estimé nécessaire, cependant, d'exprimer une réserve quant au recours à la médiation proposée par le juge en cas de violences exercées au sein de la famille.

La formulation très souple retenue par l'Assemblée avec l'accord du Gouvernement : "à moins que les violences constatées au sein de la famille ne rendent cette mesure inappropriée", laissait au juge le soin d'apprécier de l'opportunité de la médiation en cas de violences familiales.

A deux reprises, le Sénat s'y est opposé et le texte définitif ne contient pas cette réserve. Or, la Délégation aux droits des femmes estimait

essentiel de maintenir cette stigmatisation de la violence, puisque selon l'enquête diligentée par Mme Nicole Péry, secrétaire d'Etat aux droits des femmes, pour la seule année 1999, 1 500 000 femmes, soit une femme sur 10 entre 20 et 59 ans, ont été victimes de violences physiques, mais aussi fréquemment de lourdes pressions psychologiques, et qu'une médiation qui se ferait sous la pression, la contrainte ou la peur s'engagerait dans les pires conditions. Malgré l'appui des associations de femmes, qui ont alerté les députés comme les sénateurs, sur l'importance, dans l'intérêt des femmes, du maintien de cette réserve de la violence en cas de médiation, cette disposition ne figurera pas dans la loi. C'est au juge, au cas par cas, qu'il appartiendra de vérifier si les violences sont de nature à rendre inappropriée une mesure de médiation.

B. LES TEXTES EN INSTANCE

Deux textes importants n'auront pu être menés à leur terme au cours de cette législature. La proposition de loi sur le divorce n'aura pu être examinée qu'en première lecture par l'Assemblée Nationale et par le Sénat. Une seule lecture à l'Assemblée Nationale aura eu lieu pour le projet de loi relatif à la bioéthique.

1. Divorce

Autre volet du droit de la famille, après celui sur la prestation compensatoire, les droits du conjoint survivant, le nom patronymique et l'autorité parentale, la proposition de loi (n° 3189) de M. François Colcombet relative à la réforme du divorce a été déposée le 26 juin 2001.

a) Les objectifs de la réforme : un divorce moderne et pacifié

Si le divorce par consentement mutuel représente actuellement plus de la moitié des divorces, le divorce pour faute (plus de 40 % des jugements) a fait l'objet de critiques de plus en plus vives, tant des justiciables que des professionnels du droit, en raison d'un dévoiement de procédures imposant de prouver par tous les moyens la culpabilité de l'autre époux, et des effets destructeurs de contentieux interminables.

La proposition de loi de M. François Colcombet avait pour objet de maintenir le divorce par consentement mutuel en allégeant la procédure et de substituer aux autres cas de divorce, le divorce pour rupture irrémédiable du lien conjugal. Un droit unilatéral au divorce était donc institué permettant à l'un des époux d'obtenir le divorce sans avoir à en justifier la cause, ni à invoquer la culpabilité de son conjoint.

Toutefois, la procédure préalable à l'assignation prévoyait des délais au profit de l'époux défendeur et le recours à la médiation proposée par le juge. Les faits d'une particulière gravité de l'un des époux étaient sanctionnés, en dépit de la suppression de la faute comme cause de divorce.

Par ailleurs, la proposition de loi prévoyait des dispositions permettant de mieux traiter le règlement des conséquences pécuniaires du divorce en facilitant les opérations de liquidation et de partage.

b) Les recommandations de la Délégation

Saisie de cette proposition de loi, sur sa demande, par la commission des lois, la Délégation a adopté, le 2 octobre 2001, le rapport (n° 3294) de Mme Marie-Françoise Clergeau.

La Délégation s'est particulièrement préoccupée du problème de la médiation, qui doit être une démarche volontaire, proposée mais non imposée, et qui est une démarche totalement inappropriée dans des situations de violence.

Elle a également souhaité qu'un "noyau dur" de fautes, notamment les violences conjugales, ait un traitement particulier au regard du respect des droits fondamentaux de la personne.

La Délégation a adopté les recommandations suivantes :

Favoriser l'expression d'un consentement libre et éclairé des conjoints lors du divorce par consentement mutuel

1. En cas de divorce par consentement mutuel, l'expression de la volonté réelle de chacun des époux ainsi que d'un accord librement consenti et éclairé devra faire l'objet par le juge d'un examen attentif en vue de s'assurer de l'absence de pressions ou de fraudes.

Reconnaître la famille comme un lieu de droit

2. Aux fins de reconnaissance et de réparation symbolique du préjudice consécutif à des faits d'une particulière gravité imputés à l'un des conjoints, notamment des violences physiques ou morales, le juge, à la demande de l'époux victime, constate ces faits dans le prononcé du divorce.

3. Lors de l'action en divorce pour rupture irrémédiable du lien conjugal, le conjoint qui s'estime victime de faits d'une particulière gravité doit être informé des procédures à engager au pénal ou au titre de la responsabilité civile.

4. Le juge aux affaires familiales devra systématiquement être informé par le parquet des procédures pénales préalables concernant l'un des conjoints, afin d'établir une meilleure articulation entre une procédure pénale pour violences familiales et la procédure de divorce.

5. En cas de violences physiques au sein de la famille, le juge doit pouvoir décider en urgence d'une résidence séparée des conjoints. Il doit veiller, dans la mesure du possible, à ce que le conjoint, victime de violences, demeure avec ses enfants au domicile familial.

Mieux prendre en compte l'intérêt du conjoint qui n'a pas pris l'initiative du divorce

6. Lorsque l'époux, qui n'a pas pris l'initiative du divorce, en subit des conséquences d'une grande dureté, du point de vue psychique ou moral, une demande en réparation doit pouvoir être formée, aux fins de reconnaissance du préjudice subi.

Développer la médiation

7. L'information sur la médiation qui peut être proposée par le juge, en cas de refus d'homologation de la convention présentée par l'époux, ou dans le cas de rupture irrémédiable du lien conjugal, devra être largement diffusée et accessible au sein des juridictions et relayée par les différentes structures de médiation familiale.

Il serait souhaitable qu'un premier entretien d'information sur la médiation soit proposé – mais non imposé – dès la demande de divorce. Le premier entretien de médiation devrait être gratuit.

8. Dans un souci de prévention, en amont de la procédure de divorce, le recours à la médiation familiale devrait être systématiquement conseillé par les professionnels du droit, mais aussi par les acteurs sociaux (associations, caisses d'allocations familiales, assistantes sociales) aux couples qui envisagent une séparation, afin de faciliter la recherche d'accords prenant en compte notamment l'intérêt des enfants.

9. Parallèlement à la médiation familiale, dont le but est de préparer l'avenir, devra être fortement conseillé le recours au conseil conjugal pour aider les couples en conflit à exprimer leurs difficultés, qu'ils envisagent ou non la séparation. Dans le cours de la procédure, le juge pourra également proposer aux conjoints de recourir à un conseil conjugal, dans un souci de pacification du conflit.

10. Il est urgent de définir le contenu d'une formation obligatoire des médiateurs, qui devra prendre la forme d'une formation continue, répartie entre théorie et pratique et débouchant sur un diplôme reconnu par l'Etat.

11. Une initiation à la médiation et une sensibilisation aux problèmes de violence devraient être incluses dans la formation initiale des professionnels du droit.

12. Une réflexion doit s'engager sur le régime actuel de la communauté légale des époux, ainsi que sur les possibilités de changement de régime matrimonial dans le cours de la vie du couple, qui devraient être simplifiées et moins coûteuses.

c) La réforme adoptée en première lecture

Plusieurs amendements prenant en compte les recommandations de la Délégation, présentés par Mmes Marie-Françoise Clergeau et Martine Lignières-Cassou, ont été adoptés en première lecture par l'Assemblée nationale, les 9 et 10 octobre 2001.

① S'agissant de la procédure du divorce par consentement mutuel qui est unifiée et simplifiée, il est précisé que "le juge prononce le divorce s'il a acquis la conviction que la volonté de chacun des époux est réelle et que chacun d'eux a donné un consentement libre et éclairé".

② Comme le souhaitait la Délégation, la procédure de médiation est proposée, mais non imposée par le juge.

Dans le cadre du divorce par consentement mutuel, en cas de refus d'homologation de la convention, le juge peut proposer une médiation.

De même, lors d'un divorce pour rupture irrémédiable du lien conjugal, la médiation est proposée par le juge, d'office ou à la demande des époux ou de l'un d'eux (sauf cas de violences constatées au sein de la famille). Le juge peut même enjoindre aux époux de rencontrer un médiateur dans un but d'information, et l'époux demandeur ne sera autorisé à poursuivre la procédure que s'il justifie de s'être présenté, pour le moins, à cet entretien d'information.

③ En première lecture du texte à l'Assemblée nationale, comme lors de l'examen en première lecture de la proposition de loi relative à l'autorité parentale, a été adopté un amendement spécifiant que la médiation peut être proposée par le juge "à moins que des violences constatées au sein de la famille ne rendent cette mesure inappropriée".

④ Dans le cadre du divorce pour rupture irrémédiable du lien conjugal, est prévue une information du juge aux affaires familiales sur les procédures pénales ou civiles passées ou en cours éventuellement engagées à l'encontre de l'un des époux pour des faits intervenus dans le mariage. Cette disposition permettra une meilleure articulation entre une procédure pénale pour violences familiales et la procédure de divorce.

⑤ Les faits d'une particulière gravité seront sanctionnés lors d'un divorce pour rupture irrémédiable du lien conjugal, la suppression de la faute comme cause du divorce n'entraînant pas l'impunité du conjoint coupable de faits d'une particulière gravité vis-à-vis de l'autre et ne l'exonérant pas non plus de sa responsabilité civile.

Ainsi, lors du prononcé du divorce, le juge pourra constater, à la demande d'un conjoint, que des faits d'une particulière gravité, tels que des violences physiques ou morales, ont été commis au cours du mariage à son encontre.

Par ailleurs, une action en dommages-intérêts sur le fondement de la responsabilité civile de l'article 1382 du code civil est ouverte aux parties et confiée au juge des affaires familiales.

En amont de la procédure de divorce, le juge peut intervenir en urgence, lorsque l'un des époux manque gravement à ses devoirs et met en péril les intérêts de la famille, notamment par des violences physiques ou morales, qui menacent la sécurité du conjoint ou des enfants. Il peut organiser la résidence séparée des époux et statuer, s'il y a lieu, sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale. Il peut notamment prévoir le maintien au domicile conjugal de l'un des époux et des enfants, et l'éviction du conjoint dont le comportement s'avère dangereux. Toutefois, ces dispositions deviennent caduques si, dans les trois mois, aucune requête en divorce n'a été déposée.

De plus, une demande en dommages-intérêts peut être formée par le conjoint qui n'a pas pris l'initiative du divorce, lorsque la dissolution du mariage a pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Le 21 février 2002, le Sénat a examiné en première lecture la proposition de loi portant réforme du divorce. Abordant cette réforme dans un tout autre esprit que l'Assemblée nationale, il s'est prononcé pour le maintien du divorce pour faute et la création d'une nouvelle procédure, celle du divorce pour altération irrémédiable des relations conjugales. Il s'est

cependant déclaré favorable à l'incitation au recours à la médiation familiale, qui constitue un des points forts de la réforme.

2. Bioéthique

Sur proposition de Mme Yvette Roudy, vice-présidente, la Délégation aux droits des femmes a organisé le 5 avril 2001 un colloque intitulé "Femmes et bioéthique : l'assistance médicale à la procréation – L'AMP en question⁽²⁾".

La Délégation souhaitait, en effet, faire entendre la voix des femmes sur les problèmes de bioéthique les concernant plus particulièrement, afin qu'ils soient mieux pris en compte au moment de l'élaboration du projet de loi de révision des lois bioéthiques.

a) Les dispositions du projet de loi relatives à l'AMP

Déposé le 20 juin 2001 sur le bureau de l'Assemblée nationale, le projet de loi (n° 3166) relatif à la bioéthique concernait des sujets très larges : caractéristiques génétiques, dons d'organes, clonage reproductif, diagnostic prénatal et assistance médicale à la procréation, recherche sur l'embryon.

S'agissant de l'assistance médicale à la procréation, le projet de loi prévoyait la création d'une Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines, ayant notamment pour mission de contribuer au suivi et à l'évaluation dans les domaines de l'assistance médicale à la procréation, du diagnostic prénatal et de la recherche sur l'embryon.

Il incluait les stimulations ovariennes parmi les techniques relevant de l'encadrement législatif spécifique relatif à l'assistance médicale à la procréation.

Il définissait les conditions du recours par un couple aux méthodes d'AMP et interdisait notamment le transfert des embryons ou l'insémination en cas de dissolution du couple.

Il explicitait l'ensemble des choix proposés aux couples ne souhaitant pas poursuivre leur projet parental : accueil de l'embryon par un autre couple, don de l'embryon pour la recherche ou arrêt de la conservation.

(2) Actes du colloque DIAN 22/2001.

Il permettait le recueil et la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP pour toute personne devant subir un traitement médical susceptible d'altérer sa fertilité.

b) Les recommandations de la Délégation

Saisie le 20 décembre 2001 du projet de loi (n° 3166) relatif à la bioéthique, et plus spécialement de ses dispositions relatives à l'assistance médicale à la procréation, par la commission spéciale chargée d'examiner ce projet de loi, la Délégation a adopté, le 8 janvier 2002, le rapport d'information (n° 2002) de Mme Yvette Roudy, vice-présidente de la Délégation et membre de la commission spéciale. Il comportait les recommandations suivantes :

Une exigence d'information et un meilleur accompagnement

1. L'équipe médicale pluridisciplinaire du centre d'AMP devra offrir aux femmes et aux couples une information complète sur le processus de l'AMP, sur les techniques proposées, sur les réussites et les échecs, mais aussi les avertir des effets secondaires indésirables des traitements, des risques de complications encourus, de la difficulté et des contraintes du parcours engagé. L'information devra être assurée tout au long de la démarche d'AMP.

2. La dimension psychologique dans le recours à l'AMP doit être mieux prise en compte. A cet effet, un entretien psychologique avec un membre qualifié de l'équipe médicale pluridisciplinaire devrait être proposé au couple, préalablement et postérieurement à la mise en œuvre de l'AMP, et pris en charge par la sécurité sociale.

Un souci de transparence

3. Les résultats des centres d'AMP devraient faire l'objet d'une grande transparence, faisant apparaître notamment les caractéristiques des centres, les pathologies traitées, les taux de réussite et d'échec, en particulier la proportion d'enfants nés vivants. Une harmonisation de la publication de ces résultats devrait se faire sous l'égide de la FIVNAT et de la nouvelle Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.

Un accès moins rigoureux à l'AMP

4. L'exigence de vie commune d'une durée d'au moins deux ans pour les couples non mariés demanderait à être revue, voire supprimée, sachant que les couples demandent de plus en plus tardivement à

accéder à l'AMP et que la preuve à apporter de communauté de vie semble difficile à établir, comme à contrôler.

5. Il faudrait revenir sur l'interdiction du transfert d'embryon *post-mortem* établie par la loi de 1994, ne pas légiférer sur des cas rares et trop spécifiques auxquels aucune règle préalable concernant les délais de deuil ne pourra véritablement répondre. Il appartiendra à l'Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines, saisie, de décider cas par cas.

Une meilleure sécurité sanitaire

6. Certaines techniques de l'AMP, comme la stimulation de l'ovulation, peuvent avoir des conséquences graves pour la femme, comme pour l'enfant à naître. Contrôlés dans le cadre des centres d'AMP, les traitements de stimulation ovarienne prescrits par les médecins, en dehors de ces centres, devraient faire l'objet d'un encadrement plus rigoureux.

7. Le succès rapide de l'ICSI soulève des inquiétudes quant au devenir des enfants nés grâce à cette méthode, qui n'a pas encore fait l'objet d'une étude scientifique approfondie. Etant donné les progrès rapides de la médecine, une évaluation et une surveillance des nouvelles activités et techniques de l'AMP devront faire l'objet des missions de la future Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.

8. Etant donné la lourdeur pour les femmes des traitements de l'AMP, et tant que les techniques d'AMP ne seront pas affinées et améliorées, – et aussi afin d'éviter la tentation d'un acharnement dans le recours à ces pratiques –, la prise en charge par la sécurité sociale devrait être limitée à quatre tentatives de FIV.

Une plus grande ouverture des possibilités de l'AMP avec tiers donneur

9. Afin de favoriser le don d'ovocytes, plusieurs orientations devraient être suivies :

- élargir la qualité de donneuse aux personnes veuves, divorcées ou célibataires ayant déjà procréé ;

- mieux accueillir et informer les donneuses des implications de leur démarche ;

- veiller à ce que le principe de gratuité soit effectivement respecté à l'occasion des frais engagés par le don d'ovocytes ;

- sans remettre en cause l'anonymat des donneuses, veiller à ce que celles-ci donnent un consentement libre et éclairé et qu'elles ne subissent pas de pressions d'ordre économique ;

- revenir sur la politique de congélation systématique des embryons issus du don d'ovocytes, qui diminue considérablement les chances de succès, en révisant le décret du 12 novembre 1996 ;

- mettre en place une politique plus efficace d'information et de sensibilisation sur le don de gamètes, en particulier d'ovocytes.

Une composition démocratique du Haut Conseil de l'Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines

10. A l'image de la HFEA britannique, le Haut Conseil de l'Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines devra faire une large place aux représentants de la société civile et respecter la parité entre hommes et femmes.

c) Les dispositions adoptées en première lecture confortant les droits des femmes en matière d'AMP

Plusieurs dispositions adoptées en première lecture par l'Assemblée nationale, notamment à l'initiative de Mme Yvette Roudy, qui a présenté sous forme d'amendements l'essentiel des recommandations de la Délégation, confortent les droits des femmes en matière d'assistance médicale à la procréation.

① Une meilleure information des femmes sur les techniques d'AMP.

Suite à l'adoption d'un amendement cosigné par Mmes Yvette Roudy et Martine Lignières-Cassou, le texte adopté en première lecture précise que la femme doit être informée des effets secondaires et des risques à court et à long terme des techniques d'AMP, ainsi que de leur pénibilité et des contraintes qu'elles peuvent entraîner.

② Un renforcement de l'information de la donneuse d'ovocytes.

Alors que la loi de 1994 ne se référait qu'au don de gamètes, le projet de loi distingue désormais le don de spermatozoïdes et le don d'ovocytes. Le don d'ovocytes est un acte lourd ; il nécessite un acte chirurgical et une stimulation de l'ovulation qui peut présenter des risques et

des effets secondaires. Au contraire, le don de spermatozoïdes est simple et indolore.

C'est la raison pour laquelle, à l'initiative de Mme Yvette Roudy, ont été insérées les dispositions nouvelles relatives à la donneuse d'ovocytes. Elle devra être particulièrement informée des conditions de la stimulation ovarienne et du prélèvement ovocytaire, des risques et des contraintes liés à cette technique, lors de l'entretien avec l'équipe pluridisciplinaire. Elle devra également être informée des conditions légales du don, notamment des principes d'anonymat et de gratuité. Enfin, elle bénéficiera du remboursement des frais engagés par le don.

③ Une modification de la composition du haut conseil de l'Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines vers plus d'égalité.

Le haut conseil devra désormais respecter une représentation équilibrée d'hommes et de femmes, à l'exemple de l'HFEA, l'Agence britannique.

A l'initiative de Mme Yvette Roudy, le haut conseil devra comprendre des représentants d'associations œuvrant dans le domaine de la protection des droits des personnes.

④ Une information préalable du couple sur les traitements de stimulation ovarienne.

Le projet de loi prévoyait que les règles relatives à la prescription et au suivi des traitements de stimulation ovarienne pratiqués en dehors d'une AMP sont fixées par voie réglementaire. Par amendement parlementaire, il a été précisé que les règles relatives à l'information préalable délivrée aux couples seront également précisées par voie réglementaire.

Le souhait de la Délégation, que l'utilisation de cette technique soit strictement encadrée et que la femme soit clairement informée des risques encourus, a donc été pris en compte.

⑤ Un accès moins rigoureux à l'AMP.

L'exigence d'une vie commune d'une durée d'au moins deux ans pour que les couples non mariés puissent bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, qui figurait dans la loi de 1994, est supprimée. Cette proposition avait fait l'objet d'une recommandation de la Délégation.

II - LES AUTRES THÈMES D'INTERÊT DE LA DÉLÉGATION

A. LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Mme Nicole Péry, secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, a rendu compte devant la Délégation, le 6 février 2001, de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, réalisée à sa demande, et révélant l'ampleur et la nature des violences faites aux femmes.

Poursuivant son action contre ce fléau, qui frappe une femme sur dix en France, Mme Nicole Péry a été à l'origine de la création, par décret du 21 décembre 2001, d'une Commission nationale contre les violences envers les femmes, chargée :

- d'organiser la concertation des services de l'Etat avec les organismes et associations concernés, en matière de prévention, de prise en charge et de suivi des femmes victimes de violences, de prostitution et de traite ainsi qu'en matière de formation des professionnels ;
- de recueillir les données, faire produire et produire des analyses, études et recherches sur la situation des femmes victimes de violences ;
- de faire toutes recommandations et propositions de nature législative ou réglementaire ;
- de préparer une manifestation nationale triennale contre les violences envers les femmes ;
- d'animer le réseau des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes.

Cette Commission devra remettre tous les trois ans un rapport d'activité incluant les résultats des groupes de travail et proposant toutes mesures propres à diminuer la fréquence et la gravité de ces violences.

Elle est composée de 23 membres (onze représentants de l'Etat, cinq représentants d'associations spécialisées et sept personnalités qualifiées). Mme Odette Casanova, membre de la Délégation aux droits des femmes, figure parmi les personnalités qualifiées, membres de cette Commission.

**Audition de Mme Nicole Péry,
secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle**

Réunion du mardi 6 février 2001

Présidence de Mme Martine Lignières-Cassou, présidente

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Madame la ministre, je suis ravie de vous accueillir afin que vous nous parliez à la fois de l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes, dont vous avez présenté les grandes lignes à la presse, au mois de décembre, et de la campagne que vous menez, à la suite de cette enquête, pour mobiliser les commissions départementales de lutte contre la violence. L'impact de cette enquête a été considérable lors de sa présentation. On sent que cette question commence à être redécouverte.

Après avoir dressé les grandes lignes de cette enquête, qui n'est pas encore achevée, pourriez-vous nous indiquer quelles suites vous entendez lui donner ?

Mme Nicole Péry : Je suis entrée au Gouvernement en avril 1998, chargée de la formation professionnelle, et, en novembre 1998, le Premier Ministre m'a confié les droits des femmes. Parmi les dossiers importants se trouvait celui des violences subies par les femmes. J'ai commencé par en parler autour de moi et je me suis très vite rendu compte que lorsque j'évoquais certains chiffres et m'appuyais sur les témoignages qui remontaient des services de l'Etat, qu'il s'agisse de la justice, de la gendarmerie, de la police, des travailleurs sociaux, du secteur hospitalier ou du milieu associatif, notamment des structures d'accueil, je provoquais une certaine incrédulité. J'ai très vite compris que si je voulais avoir une parole publique sur ce comportement de société, je devais m'appuyer sur des données scientifiques.

J'ai eu la chance de rencontrer une équipe très compétente de chercheuses et de chercheurs de l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne, qui souhaitait mener, depuis plusieurs mois, une enquête sur ce sujet mais qui n'avait pas de commande publique et ne disposait d'aucun financement.

Cette enquête a représenté plus de deux ans de travail et les premières conclusions m'ont été remises le 6 décembre dernier. J'ai accepté ce délai, car il me semblait indispensable d'avoir une étude rigoureuse et fiable.

C'est un travail considérable qui a été entrepris : sept mille femmes interrogées (6 970) ; des entretiens individuels d'une durée moyenne de 45 minutes ; quatre cents questions ; mille huit cents variables. La totalité des résultats de cette enquête ne sera disponible qu'en juin 2001.

Les premières conclusions ont alerté l'opinion publique et ont montré que les violences envers les femmes ne sont pas des accidents. Je ne vous en livrerai que quelques-unes qui ont retenu tout particulièrement mon attention.

Première donnée : une femme sur dix, qui vit en couple, dans la tranche d'âge des 20 à 59 ans, a été victime en 1999 de violences répétées, psychologiques et verbales, mais aussi physiques, voire sexuelles.

Deuxième donnée qui m'a étonnée car j'avais plutôt tendance, comme une majorité de personnes, à penser que ce comportement de société s'adressait davantage à des femmes appartenant "culturellement" à un milieu défavorisé sans autonomie professionnelle : quel que soit le milieu sociologique, la proportion des femmes qui subissent ces violences est quasiment identique. La violence conjugale n'est pas l'apanage des milieux défavorisés : 10 % de femmes cadres supérieures, 10,2 % de femmes au foyer, 9 % des employées et 8,7 % des ouvrières. C'est un phénomène qui dépasse de beaucoup ce que l'on croyait être plus ou moins lié à la misère sociale et culturelle.

Troisième donnée : le nombre de viols avoués. En 1999, 48 000 femmes âgées de 20 à 59 ans auraient été victimes d'un viol. L'agresseur est le plus souvent un homme connu : le conjoint dans 16 % des cas, un membre de l'entourage familial ou amical, voire un ex-conjoint (28 %) et un homme inconnu (24 %).

Partant de là, ma conviction était faite qu'il fallait parler et dénoncer un sujet qui reste encore tabou.

Mon autre surprise a été de constater que j'ai été très peu encouragée à mener à bien cette enquête. Beaucoup de personnes étaient gênées. C'est alors que j'ai compris que c'était encore un comportement de société que l'on abordait difficilement. J'ai donc décidé de poursuivre cette parole publique. J'ai organisé des Assises nationales, le 25 janvier dernier, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Elles rassemblaient de nombreux experts ainsi que des représentants des services de l'Etat et du milieu associatif, des intellectuels, des personnes qualifiées. Les débats ont été d'une grande qualité et j'ai présenté des propositions d'actions.

En introduction, je n'ai pas manqué de souligner que la révélation d'une enquête et les actions que nous allons mener ne suffiront pas à faire basculer des rapports de force millénaires. Soyons réalistes. Il faut rester très humble quant à l'action que l'on peut engager en un temps limité. Toutefois, je suis décidée à prendre des initiatives et à impulser des actions concrètes.

La première action s'appuie sur la circulaire d'octobre 1989 de Mme Michèle André, que j'ai moi-même reprise le 8 mars 1999. Cette circulaire interministérielle de 1999 rappelle les conditions d'un partenariat efficace en redynamisant dans chaque département les commissions de lutte contre les violences faites aux femmes. Chaque commission regroupe l'ensemble des services de l'Etat – justice, police, gendarmerie, travailleurs sociaux et secteur hospitalier –, mais aussi les associations de terrain concernées par ces sujets et des personnalités qualifiées.

Quand j'ai examiné ce dossier, j'ai constaté que beaucoup de départements n'avaient pas encore mis en place ces commissions départementales, malgré la circulaire du 12 octobre 1989, réactualisée en 1992, 1994, 1996 et 1999. A ce jour, j'ai demandé que l'on me décrive sans complaisance notre paysage national. Il reste encore une vingtaine de départements qui n'ont pas de commission départementale ; dans une quarantaine de départements, elles sont en sommeil et, dans les autres, elles fonctionnent bien. Je me suis engagée à les généraliser d'ici la fin de l'année.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai entrepris un tour de France : j'étais à Pau lundi 5 février pour la mise en place officielle de la commission départementale des Pyrénées-Atlantiques. Je crois en leur efficacité, si nous arrivons à faire travailler ensemble tous les acteurs du partenariat, tout comme je crois à l'efficacité d'une action de proximité. Je compte donc veiller à ce que ces commissions départementales soient présentes partout, et partout vivantes, qu'elles se réunissent au moins une fois par an et que soit assuré un suivi de l'ensemble de leurs travaux .

C'est sur elles que je vais m'appuyer pour mener une campagne de communication, car j'estime que la première responsabilité d'une secrétaire d'Etat sur un tel sujet est de communiquer, de contribuer à libérer la parole, de faire que le silence se brise.

Dans certaines régions, en particulier en Ile-de-France et en Bretagne, j'ai commencé dès 1998 à mener des campagnes plus modestes sur le thème "Briser le silence, refuser la violence". Elles portent incontestablement leurs fruits. En témoigne l'augmentation du nombre d'appels dans les permanences téléphoniques nationales et régionales soutenues financièrement par le secrétariat d'Etat aux droits des femmes.

Pour vous donner un ordre d'idée de cette croissance des appels, je prendrai l'exemple de la permanence téléphonique nationale de la Fédération Solidarité Femmes en Ile-de-France concernant les violences conjugales. En 1998, elle recevait 600 appels par semaine ; en janvier 2001, nous en sommes à 1500 appels. A l'évidence, les hommes ne sont pas devenus deux fois et demi plus brutaux en deux ans dans leurs relations privées. Mais les femmes appellent plus, sortent de leur silence et réagissent. La même situation s'est reproduite en Bretagne, puisque ce sont les deux lieux expérimentaux sur lesquels j'ai travaillé avant de lancer la campagne nationale.

Ces priorités politiques demandent des traductions budgétaires. A partir du moment où l'on reçoit 1500 appels hebdomadaires là où l'on en recevait 600, je ne peux pas demander à la même équipe de faire face. Il est donc nécessaire d'augmenter leur budget, de faire en sorte que le nombre de personnes pour l'écoute, l'accueil et le dialogue soit en mesure de répondre à cette croissance. J'ai donc décidé d'augmenter d'un tiers les subventions 2001 affectées aux plates-formes téléphoniques et aux structures d'accueil.

Cette campagne de communication s'appuie sur des visuels, des slogans et du matériel nouveaux. J'ai refusé personnellement l'image choc d'une femme tuméfiée et défigurée, parce que je voulais que ce visuel traduise aussi un espoir pour les femmes victimes de violences. Nous sommes donc partis de l'image d'une personne complètement détruite et nous avons figuré un parcours qui lui permet, en se libérant, de se reconstruire.

Cet accompagnement demande du temps et des structures d'accueil performantes qui traitent globalement l'accompagnement de cette personne, au-delà même de l'urgence de l'accueil. Prévoir un traitement global, cela signifie que cette personne pourra rester dans ces structures parfois plusieurs mois, et non pas seulement quelques jours. Au-delà de l'accueil d'urgence et de l'écoute, elle pourra bénéficier d'un accompagnement psychologique, recevoir une formation, être orientée vers un nouveau métier, et être réinsérée dans la vie économique afin de retrouver une autonomie financière et pouvoir disposer d'un logement permanent.

Je connais un certain nombre de structures qui ont pu apporter ces réponses globales, parce qu'elles ont su, avec les associations qui les soutiennent, créer des partenariats avec des villes et des conseils généraux. J'ai donc proposé, malgré le petit

budget d'Etat qui est le mien – car même s'il augmente de 40 %, il demeure un petit budget d'Etat – de poursuivre cet effort sous forme d'expérimentation et de contractualisation. J'ai invité les structures, qui aujourd'hui ne pratiquent que l'accueil d'urgence, à mettre en place en leur sein, en partenariat avec le secrétariat d'Etat, la ville et le conseil général, des modules qui offrent des actions globales permettant de donner à ces personnes toutes les chances de se reconstruire.

Pour la campagne d'information, 450 000 cartes portant les numéros de téléphone des plates-formes déjà existantes ont été imprimées. Si je peux arriver à négocier un budget additif, je voudrais également les faire imprimer dans les différentes régions où d'autres permanences téléphoniques, que je soutiens aussi partiellement, ont été mises en place, en donnant le numéro régionalisé et pas seulement le numéro national.

J'ai également rénové des brochures qui existaient en y apposant le nouveau visuel, le nouveau logo ainsi que le nouveau message. Ce sont des brochures destinées à la justice, à la police, à la gendarmerie, aux intervenants sociaux et aux professionnels de la santé. Ces brochures découlent d'une même logique : aller d'une action de communication massive grand public vers des services et des réseaux plus professionnels et plus spécialisés.

Tout ce matériel a été présenté le 25 janvier et a été distribué à chaque participant aux "Assises contre les violences". Il sera également adressé aux parlementaires.

L'un des huit axes de mon action ministérielle portait sur la lutte contre les violences subies par les femmes. J'ai donc exposé en détail l'ensemble des actions que je propose, soit au titre du secrétariat d'Etat, soit en partenariat avec tous les services et les associations qui veulent se mobiliser.

Parallèlement, j'ai construit des partenariats avec mes collègues du Gouvernement, avant même les résultats de l'enquête.

Quand Mme Elisabeth Guigou était encore Garde des sceaux, j'ai créé un partenariat avec le ministère de la Justice pour qu'il m'aide à évaluer la législation française et les pratiques des juridictions, pour que nous puissions comparer notre droit à celui des différents pays européens. Un rapport d'étape a été rendu public en octobre 2000, mais le travail n'est pas encore achevé.

J'ai réalisé le même travail avec le ministère de l'Education nationale, car, si l'on veut qu'un jour cet état de fait évolue, il faut commencer par des politiques de prévention très fortes. C'est dès la cour de récréation de l'école maternelle qu'il faut apprendre le respect de l'autre, le respect de la différence et la tolérance. J'ai donc signé une convention avec le ministère de l'Education nationale.

J'ai également engagé avec M. Louis Besson, secrétaire d'Etat au Logement, une action commune pour l'attribution de logements sociaux permanents aux femmes contraintes de quitter leur domicile avec leurs enfants, souvent dans l'urgence absolue, et qui ne peuvent être accueillies que quelques semaines. Par circulaire du 8 mars 2000, il a été demandé aux préfets de veiller à ce que ces femmes en grandes difficultés soient reconnues comme un public prioritaire, dans le cadre du quota préfectoral d'attribution de logements sociaux.

Voilà en quelques mots une présentation rapide de l'action de mon secrétariat d'Etat.

Mme Marie-Thérèse Boisseau : Madame la ministre, vous dites que le nombre d'appels téléphoniques est passé de 600 à 1 500 en Ile-de-France par semaine ?

Mme Nicole Péry : Oui, c'est le résultat d'une campagne menée en Ile-de-France avec les associations. Une campagne a également été réalisée l'année passée avec la ville de Rennes, le foyer Brocéliande et certains autres partenaires. Des affichettes et des cartes ont été largement diffusées et la plate-forme téléphonique a enregistré une recrudescence d'appels. Le même phénomène s'est produit lorsque la même action de communication a été engagée en Ile-de-France. Je pense que si nous généralisons cette campagne, nous pouvons amener beaucoup plus de femmes à rompre leur silence.

Mme Yvette Roudy : Je ferais trois observations.

Premièrement, je trouve ce travail excellent. J'ai vu l'accueil positif réservé à cette enquête par la presse et combien elle a remué les mentalités. Des hommes se sont demandés comment cela était possible. Nous avons entendu des témoignages assez bouleversants. Il faudrait cependant des campagnes régulières, parce qu'une fois celle-ci terminée, le quotidien reprend le dessus et on oublie.

Deuxièmement, les femmes partent. Il y a, à Lisieux, une petite structure d'accueil, qui était initialement très bien tenue par une religieuse et que je subventionnais largement, puis qui a été reprise par des personnes engagées dans des associations religieuses s'occupant d'affaires sociales. L'accueil étant alors assuré par des personnes qui n'avaient aucune compétence en la matière, le préfet a refusé de leur attribuer des subventions de l'Etat. Aujourd'hui, même si la situation s'est arrangée, ces femmes se retrouvent dans un lieu qui ne leur convient pas. Nous sommes donc en train d'aménager pour elles des locaux dans des logements HLM. A mon avis, ces logements pourraient être pris en charge par des organismes comme la Caisse des dépôts. Pour la police de proximité, la Caisse va nous faire cadeau du montant du loyer des logements destinés à accueillir les nouveaux policiers dans les quartiers ; elle pourrait bien faire un effort également pour accueillir ces femmes dans des locaux HLM ou dans quelques appartements que la ville pourrait aménager pour en faire une maison d'accueil.

Il faudrait aussi que le financement par le conseil général soit quasiment automatique. Dans les contrats de plan, dès l'instant que l'Etat participe à un projet, la région en fait obligatoirement autant ainsi que la municipalité. Il faudrait que ce même automatisme soit mis en œuvre dès lors qu'un projet est financé par l'Etat. Ainsi, si, en tant que ministre, vous décidiez de mettre de l'argent dans un projet, la région, le conseil général et la municipalité devraient en faire autant.

Troisièmement, ce sont les femmes qui partent. Dans d'autres pays, ce sont les hommes. On peut se demander pour quelle raison, en France, c'est la victime qui est obligée de partir avec ses enfants, alors que l'agresseur reste au domicile.

Cela a pour conséquence que l'agresseur ne voit pas qu'il est directement coupable. Il voit seulement que sa femme est partie et que, d'une certaine façon, la société la protège, mais il ne se sent pas tellement coupable. En revanche, si la législation l'obligeait à partir de chez lui parce que ce qu'il fait n'est pas bien, il comprendrait mieux. C'est psychologique. On l'a compris dans certains pays. Il est très choquant que ce soit la

victime qui doit partir. C'est une question que je pose depuis des années et que nous devons poser avec insistance.

Enfin, nous venons de recevoir Mme Marie-Victoire Louis, qui a relevé, dans le questionnaire à l'origine de l'enquête sur les violences, des questions qui l'ont choquée. Selon elle, ces questions préjugeaient de la violence que les femmes auraient portée en elles. En voici quelques-unes : *"Vous êtes-vous disputée avec votre conjoint ? Avez-vous été confrontée à des problèmes d'alcoolisme ? Avez-vous commis des tentatives de suicide ? Avez-vous chez vous une arme à feu ? Avez-vous déjà giflé vos enfants ? Vous mettez-vous souvent en colère ?"* Je ne le croyais pas, mais elle nous les a montrées.

"Quelle est votre religion : aucune, catholique, juive, musulmane, protestante, autre ?" C'est carrément une atteinte à la liberté.

"Avez-vous été attirée au cours de votre vie, par un homme, une femme ?" Qu'est-ce que cela peut leur faire ?

"Au cours de votre vie, combien avez-vous eu de rapports sexuels avec d'autres partenaires ?" Quel est le lien entre rapports sexuels et violence ?

"Êtes-vous ménopausée ?"

Si tout cela est vrai, je suis tout aussi choquée.

Mme Nicole Péry : Je vais répondre à vos trois questions sur le partenariat, la justice et l'enquête.

En ce qui concerne le partenariat, c'est dans la logique financière dont vous parliez que je vais essayer de construire les actions. Le ministère finance une partie des actions et demande un cofinancement à la commune et au conseil général.

Trois dossiers sont actuellement en cours d'élaboration et j'espère élargir notre champ d'action. Ils concernent le conseil général du Finistère, la commune de Belfort et la communauté d'agglomération de Sénart en Ile-de-France.

J'ai décidé de croiser mon budget droits des femmes avec celui de la formation professionnelle. En effet, il ne s'agit pas uniquement de répondre à des situations d'urgence, il convient d'aider ces femmes à acquérir leur autonomie, leur indépendance et leur aptitude à reprendre un travail. La construction des parcours individualisés par la formation ou le retour à l'emploi doit permettre cette autonomie. C'est dans le cadre d'une approche globale, que j'envisage de soutenir des expérimentations en matière de formation et d'insertion professionnelle des femmes victimes de violences.

En ce qui concerne la justice, il existe bien dans notre législation des dispositions sur la protection de la femme et sur l'éloignement du conjoint violent du domicile conjugal, mais leur application pose des difficultés et les procédures sont trop lentes. Dans d'autres pays, les procédures sont plus rapides. J'ai proposé au Conseil national de l'aide aux victimes, réuni ce jour en séance plénière, d'engager une réflexion sur cette question de l'éloignement de l'agresseur, afin que la femme puisse rester au domicile au lieu d'être amenée à quitter de toute urgence son logement sans savoir où pouvoir être hébergée.

En ce qui concerne l'enquête, le questionnaire a été élaboré par des chercheurs. Sa qualité scientifique a été d'ailleurs reconnue. J'ai assisté à quelques entretiens téléphoniques de trois quarts d'heure à une heure. Les premières questions portaient d'abord sur des sujets anodins ; et au fur et à mesure que le dialogue se construisait, l'opératrice posait des questions plus ciblées et plus personnelles.

Mme Yvette Roudy : Et même indiscrètes, comme celles sur la religion. Ont-elles été acceptées par la CNIL ?

Mme Nicole Péry : Oui, elles l'ont été. La qualité de l'enquête et les garanties de confidentialité ont été validées par la CNIL. Les questions étaient en effet progressivement plus personnelles. Trois femmes sur quatre qui ont accepté de répondre au questionnaire ont déclaré avoir parlé pour la première fois.

Mme Yvette Roudy : Quelle est la justification de questions telles que : "*Est-ce que vous buvez, fumez ? Etes-vous violente ?*"

Mme Nicole Péry : Avant d'arriver à la question : *avez-vous subi un rapport forcé ?*, la lenteur et la longueur du questionnement étaient nécessaires.

Concernant la religion, j'ai demandé pour quelles raisons il y avait ce module. Sans poser directement la question, nous souhaitons savoir s'il y avait plus de violence chez les femmes immigrées. En fait la religion n'est pas déterminante. Ces communautés ne sont pas plus violentées que d'autres.

Mme Yvette Roudy : Leur avez-vous demandé si elles avaient subi dans leur enfance des sévices de la part de leur père, si leur père et leur mère se battaient, etc ? Ce sont des questions importantes, car nous savons que la violence est une reproduction subie et reproduite sur autrui.

Mme Nicole Péry : La question n'était pas posée.

Mme Danielle Bousquet : M. Daniel Vaillant, ministre de l'Intérieur, est venu à Saint-Brieuc il y a quelques jours. Dans mon intervention, où il était beaucoup question de violence, j'ai abordé la question des violences familiales et domestiques, en disant que le domicile familial me semblait être un des lieux où les jeunes voyaient, pour la première fois, la violence, et une violence impunie, ce qui semble être l'une des essences de la violence des jeunes. Un grand nombre de personnes sont venues me dire ensuite : comment n'avons-nous pas pensé qu'il pouvait exister un lien entre la violence domestique impunie et celle que l'on voit monter dans tous les milieux ?

Je pense que, premièrement, la campagne d'information, qui a été faite à la suite de cette enquête, a été un électrochoc pour un grand nombre de personnes et, deuxièmement, dans la mesure où nous sommes tous en train de nous interroger sur les moyens d'agir contre la naissance de cette violence chez les jeunes, il faut que nous nous interrogeons aussi sur ce problème de la violence au sein des familles.

Lutte contre la violence dans les familles, sensibilisation, formation des travailleurs sociaux, je crois que c'est un bon axe d'action.

Comme M. Daniel Vaillant me l'a confirmé, si nous réussissons à faire émerger que cette violence familiale est bien l'une des causes principales de la violence des jeunes,

il y aura moyen d'obtenir des cofinancements sur des quantités d'actions de prévention. Qu'en pensez-vous ?

Mme Martine Lignièrès-Cassou, présidente : Je souhaiterais, pour ma part, revenir sur le positionnement de la justice. On sait que 8% des femmes portent plainte, suite à des violences domestiques, mais qu'il y a un pourcentage de poursuite de ces plaintes du même ordre. Pour la justice, ce n'est pas une priorité. Elle se réfugie aujourd'hui derrière le manque de moyens et affirme qu'elle ne peut prendre en charge une priorité supplémentaire. On voit se développer, aux dires des associations, des actions de médiation autour de la violence, la justice proposant une médiation familiale.

Dans le prolongement de ce que disait Mme Danielle Bousquet, si l'on arrive à faire comprendre à la justice que la violence des jeunes et la violence domestique à l'égard des femmes relèvent de la même politique, relier la sphère publique et la sphère privée est peut-être une façon de faire avancer les choses du côté de la justice - ou de la police et de la gendarmerie car, dans l'ensemble de la chaîne, il semble y avoir blocage -, mais notamment du côté de la justice, car on m'a cité le cas de cours d'appel qui ont pour politique de mettre en place des médiations, alors que, en matière de violence, il n'est pas possible de composer. Voilà un premier élément.

Deuxième élément, on nous signale que les places en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), notamment en région parisienne, sont occupées par des demandeurs d'asile et qu'à l'heure actuelle, se posent des problèmes d'encombrement.

Troisièmement, pourquoi, en matière d'hébergement, ne pas prévoir, dans l'optique d'une politique d'éloignement de l'agresseur, des logements pour les hommes et non pour les femmes ? On ne ferait plus partir la victime, mais on logerait les hommes et on travaillerait avec eux. On inverserait le regard.

Mme Nicole Péry : Les femmes, qui portent plainte et qui partent, sont généralement des personnes déjà partiellement détruites. Dans leur grande majorité, elles ne partent que lorsqu'elles ressentent un sentiment très grand d'insécurité et de danger de mort, pour elles ou pour leurs enfants. Elles ont réellement besoin d'un accompagnement pour se reconstruire.

C'est la raison pour laquelle je crois à la nécessité pour ces femmes, celles qui attendent le moment extrême pour partir, d'une action globale au sein d'une même structure. Elles sont trop "cassées" pour multiplier les démarches. Mais si, peu à peu, sans avoir la prétention de renverser un rapport de forces, on arrive à faire en sorte que davantage de femmes rompent ce silence, libèrent leur parole, partent et demandent une protection et l'éloignement de leur conjoint à temps, avant d'être totalement détruites, alors celles-ci pourront être aidées par le biais des missions locales, des services déjà en place, qui semblent tout à fait à même d'avoir le niveau et la compétence nécessaires pour être utiles.

Le public qui peut s'appuyer sur l'existant n'est certainement pas tout à fait le même public que celui qui doit être complètement pris en charge.

Ce sont les femmes que j'ai rencontrées dans les centres d'accueil d'urgence qui m'incitent à le dire. Elles ne se livrent d'ailleurs qu'après un long moment de dialogue. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'il faille attendre une heure de conversation téléphonique pour parvenir à évoquer certains sujets.

Ce n'est que peu à peu, qu'elles se confient, qu'elles acceptent de parler en présence de quatre ou cinq personnes. Certaines sont hébergées depuis cinq ou six mois et, en ce laps de temps, on a pu leur redonner confiance. Le travail réalisé dans ces foyers est formidable - et le savoir-faire aussi-.

Il me semble extrêmement important que ces femmes puissent bénéficier d'un logement permanent le plus tôt possible, mais, préalablement, elles doivent acquérir leur autonomie professionnelle et, donc, financière. Dans un des centres, que j'ai visité, le loyer est payé par le centre lui-même lorsqu'un logement HLM se libère, afin qu'il puisse être réservé et être disponible, dès que la personne a retrouvé son autonomie.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : C'est financièrement lourd pour les associations.

Mme Nicole Péry : Il faudrait qu'elles trouvent des partenariats financiers pour les aider.

Pourquoi ce sujet gêne-t-il tellement ? Pourquoi n'ai-je pas rencontré beaucoup d'enthousiasme autour de moi jusqu'au moment où des révélations ont été faites ? Cette enquête a provoqué un électrochoc. Beaucoup de personnes sont sans nul doute concernées.

Mme Danielle Bousquet : Beaucoup plus que l'on ne le pense. Mais, certains hommes violents ne se reconnaissent pas comme violents.

Mme Nicole Péry : Il y a aussi les femmes qui sont atteintes psychologiquement de façon régulière, qui sont très fragilisées sans être totalement anéanties, et, pour tout dire, qui supportent mieux que d'autres et n'en parlent pas. De toute façon, quel que soit son milieu, il s'avère difficile de l'avouer.

B. LES PUBLICITES SEXISTES

La Délégation aux droits des femmes s'est montrée préoccupée des dérives que constituent actuellement les publicités sexistes véhiculées par certains médias et qui représentent des images stéréotypées, humiliantes et dégradantes des femmes, mettant en cause non seulement leur image, mais aussi celle des hommes.

Exaltant notamment la violence, le machisme ou le sado-masochisme, certaines publicités constituent une véritable atteinte au principe du respect de la dignité humaine et à ses deux corollaires essentiels, la lutte contre les violences et la répression de la discrimination en raison du sexe.

Pour éclairer sa réflexion, la Délégation a auditionné Mmes Isabelle Alonso, présidente des Chiennes de garde, Marie-Victoire Louis, chercheuse au CNRS, et Florence Montreynaud, présidente de la Meute.

Suite à ces auditions, Mme Martine Lignières-Cassou a adressé un courrier à M. Jean-Pierre Teyssier, président du Bureau de Vérification de la Publicité (BVP), pour lui demander comment il envisageait de mieux assurer le respect des règles déontologiques relatives à l'image de la femme.

Au niveau ministériel, un groupe de travail, constitué sous l'égide du secrétariat aux droits des femmes en mars 2001, a remis, le 11 juillet 2001, un rapport intitulé : "L'image des femmes dans la publicité", comportant des propositions visant, notamment, à :

- une responsabilisation accrue des professionnels – créateurs, annonceurs, afficheurs ou diffuseurs – à travers l'adhésion volontaire à des règles d'autodiscipline adaptées ;
- une actualisation des textes en vigueur permettant de sanctionner les atteintes à l'image des femmes par la provocation à la discrimination sur tout support de communication.

Le 16 octobre 2001, le Bureau de Vérification de la Publicité (BVP) a réactualisé sa recommandation de 1975 sur l'image de la femme, de manière à traiter plus globalement le respect de la personne humaine, suivant trois grands axes : la dignité et la décence, les stéréotypes sexuels, sociaux et raciaux, et la soumission, la dépendance et la violence.

**Audition de Mmes Isabelle Alonso, présidente des Chiennes de garde,
et Marie-Victoire Louis, chercheuse au CNRS
et membre des Chiennes de garde,**

Réunion du mardi 6 février 2001

Présidence de Mme Martine Lignières-Cassou

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous recevons aujourd'hui Mme Isabelle Alonso, présidente des Chiennes de garde depuis mai 2000, et Mme Marie-Victoire Louis, chercheuse au CNRS et membre des Chiennes de garde.

Mme Isabelle Alonso, vous avez publié plusieurs ouvrages : en 1995, un essai sur la misogynie intitulé *Et encore, je m'retiens !*, puis, en 1999, *Tous les hommes sont égaux même les femmes*, un essai qui tente d'exprimer les raisons qui empêchent les femmes d'accéder au pouvoir, non seulement politique, mais aussi économique ou culturel. Vous venez de publier *Pourquoi je suis Chienne de garde*, où vous exprimez votre ras-le-bol du sexisme ambiant et du mépris des femmes véhiculés par la publicité. Vous avez également collaboré à différentes émissions sur Europe 1 et France 2.

Mme Marie-Victoire Louis, vous êtes chercheuse au CNRS, vous avez été présidente de l'Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail — l'AVFT —, qui a été à l'origine des lois sur le harcèlement sexuel. Vous avez publié de nombreux articles sur les luttes des femmes, les violences contre les femmes, la parité, le sexisme dans le langage et la publicité, et la prostitution. Vous avez également écrit un ouvrage historique sur *Le droit de cuissage en France de 1860 à 1930*. Vous êtes actuellement en train de travailler à la rédaction d'une loi antisexiste.

Notre Délégation aux droits des femmes, créée en novembre 1999, qui a travaillé sur des sujets très divers, par exemple la parité en politique, l'IVG, la contraception d'urgence, ou le nom patronymique, a souhaité vous entendre sur les problèmes posés plus particulièrement par la publicité sexiste, et connaître vos réflexions concernant le bien-fondé d'une loi antisexiste.

Mme Isabelle Alonso : Je suis présidente des Chiennes de garde. Cette association a été créée le 8 mars 1999, peu après les agressions verbales dont avait été victime Mme Dominique Voynet au Salon de l'agriculture. Nous avons été plusieurs à être très choquées par l'absence de solidarité de ses collègues face à cette agression très médiatisée et nous avons donc réagi.

Les Chiennes de garde sont restées une association assez confidentielle jusqu'en septembre 1999. Puis, à la suite de la parution de leur Manifeste dans le journal Libération et à la publication de la liste des premiers signataires, dont quelques-uns étaient très connus, il y a eu comme une espèce de traînée de poudre dans les médias. Tout à coup, les Chiennes de garde sont apparues comme une sorte de renouveau ou plutôt un "remaquillage" du mouvement féministe. Nous avons eu du succès auprès des médias, ce qui, pour les féministes, était une situation assez exceptionnelle. Depuis des années, j'avais en effet participé à des initiatives diverses, dont le moins que l'on puisse dire est qu'elles n'éveillaient pas le moindre écho. Ce fut donc une première.

Au début, les Chiennes de garde se sont élevées contre la violence verbale et les insultes, qui nous apparaissent non pas comme un phénomène isolé, mais comme un fait qu'il faut relier à toutes les autres manifestations de sexisme que l'on vit actuellement au sein de la société française et qui nous semblent une première étape vers la violence envers les femmes.

Notre but est de parler du sexisme ambiant, de toutes ses manifestations, de la plus apparemment anodine à la plus grave, de toutes les infinies nuances de l'arsenal de la violence contre les femmes, dont les insultes sexistes ne sont qu'une partie. On a l'habitude de nous dire que les insultes sexistes ne sont pas les plus graves et que nous ferions mieux de nous occuper de choses plus importantes, mais comme c'est nous qui définissons ce qui est important ou ce qui ne l'est pas, nous continuons à en parler.

La publicité exprime bien évidemment le sexisme ambiant. Les Chiennes de garde ont ouvert un site Internet sur lequel sont publiés différents textes, notamment un sur la publicité et divers autres sur la violence contre les femmes. Je vous invite à vous y rendre, car nous avons mis en place, depuis quelques mois, un forum qui est devenu en quelques semaines un véritable lieu de parole, de prise de position, de débat entre des personnes extrêmement variées ; l'intérêt d'Internet, c'est de permettre à des femmes et des hommes qui auraient certainement eu beaucoup de mal à entrer en contact avec nous d'engager un débat ; cela nous fait prendre conscience que nous ne sommes pas isolées, que de véritables débats s'engagent dans la société sur des sujets qui ne sont pas forcément traités par les médias, mais qui n'en existent pas moins.

Je ne peux que vous encourager à lire ces débats qui sont très intéressants : ils représentent une très bonne prise de température de l'état de l'opinion à l'heure actuelle, y compris certaines prises de positions agressives contre nous.

L'adresse de notre site Internet est Chiennesdegarde.org ; son e-mail, c'est bureau@chiennesdegarde.org.

Nous recevons également énormément de courrier. Au hasard, j'ai reçu aujourd'hui la lettre d'une femme qui nous encourage à poursuivre notre action et m'adresse trois articles qui l'ont choquée récemment : le premier a pour thème les viols en Afrique du Sud ; le second, la prostitution des femmes originaires de l'Europe de l'Est en Europe de l'Ouest ; et le troisième un extrait de *l'Echo des savanes*, où l'on parle de disques particulièrement "crapoteux" contre les femmes, article qui se termine par la phrase, qui est devenue un leitmotiv dans les médias : "Mais que font les Chiennes de garde ?" !

Finalement, en un an et demi, les Chiennes de garde sont devenues synonymes de féministes, de femmes qui défendent les autres femmes et qui réagissent. Alors, évidemment, on ne peut pas réagir à tout ; nous n'en avons ni le temps, ni les moyens. Nous comptons aujourd'hui 900 membres à jour de leur cotisation au sein de l'association. Le manifeste des Chiennes de garde a été signé par près de 12 000 personnes. Il y a donc un bon impact sur l'opinion et les médias.

Pour en venir à la publicité, je dirai que celle-ci nous apparaît comme une manifestation supplémentaire du sexisme ambiant. Elle en est à la fois un vecteur et un révélateur. L'utilisation du corps des femmes, et du sexisme en général, est une constante du message publicitaire, mais également de la musique rap, des films, des romans ou de toute autre manifestation culturelle. Notre analyse est globale. Nous n'accordons pas de

priorité particulière à telle ou telle forme de sexisme, si ce n'est que nous avons commencé à nous mobiliser sur des problèmes de violences verbales et d'insultes.

Dans mon livre, je me fais l'écho du fait que si, en tant que citoyenne, j'estime qu'il est de mon devoir de faire ce que je peux pour militer et attirer l'attention sur le sexisme ambiant, en tant que citoyenne, j'estime aussi que je dois revendiquer des droits. Je trouve que tant que le sexisme n'aura pas été reconnu dans ce pays comme équivalent, dans ses manifestations et ses mécanismes, au racisme, nous n'aurons pas respecté le droit des femmes à être défendues par la loi. Un des objectifs des Chiennes de garde est donc d'obtenir le vote d'une loi antisexiste.

Mme Marie-Victoire Louis : Je travaille et milite depuis sa création avec ce mouvement, dont les projets s'inscrivent dans le continuum de mes réflexions et de mes actions. Je suis donc tout à fait d'accord avec ce que vient de dire Isabelle Alonso. Cependant ce que je vais dire ici l'est en mon nom propre.

Je travaille en tant que chercheuse sur les politiques publiques, notamment sur la question des violences masculines à l'encontre des femmes. L'AVFT, dont j'ai été longtemps présidente — et qui a été à l'origine des lois sur le harcèlement sexuel défendues à l'Assemblée nationale par Mmes Véronique Neiertz et Yvette Roudy — a essentiellement travaillé sur les violences au travail. Mais ni l'AVFT, ni moi-même n'avons jamais dissocié notre action, ni notre réflexion de l'ensemble des violences masculines à l'encontre des femmes.

La lutte contre le sexisme fait donc partie des actions de l'AVFT, qui a ainsi été la première association à mener des campagnes contre les publicités sexistes en France de 1992 à 1995.

Pour ma part, j'ai publié un premier article intitulé : "*A propos du sexisme dans la publicité*" paru, pendant l'été 1997, dans un très bon numéro spécial de la revue *Alternatives non violentes*, intitulé : *Attention, publicité !* Puis, dans un article de 35 pages paru dans *Nouvelles Questions Féministes*, en novembre 1997, intitulé : "*Les campagnes de l'AVFT contre les publicités sexistes en France - 1992-1995*", j'ai fait un bilan de ces actions, afin qu'elles puissent être, à l'avenir, capitalisées par d'autres. J'ai donc, campagne par campagne, fait le bilan de notre argumentaire, des réponses auxquelles nous étions confrontées et des réponses que nous y avons apportées. A la fin de cet article — qui a été placé sur le site Internet des Chiennes de garde — je faisais un certain nombre de propositions concrètes pour lutter contre le sexisme dans la publicité.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pouvez-vous nous préciser le contenu de cet article ?

Mme Marie-Victoire Louis : Il fait le bilan de sept actions contre les publicités sexistes que l'AVFT a conduites de 1992 à 1995 et pour lesquelles nous avons globalement eu trois succès et quatre échecs. Tout est retracé de manière très concrète et précise. Cet article décrit bien les argumentaires employés et les contre-arguments que nous avons opposés. Il serait trop long de le résumer. Je me permets de vous renvoyer plus précisément à ses dernières pages intitulées : "*Projet d'action contre le sexisme dans la publicité*", ainsi qu'à sa conclusion. J'ai aussi publié le texte remarquable du Comité d'éthique du Conseil du statut de la femme du Gouvernement du Québec qui est pour moi, en termes de réflexion, le texte de référence en la matière.

Mais je voudrais ici lier la question du sexisme — et insister fortement là-dessus — à la question de la politique menée par le Gouvernement de M. Lionel Jospin en matière de lutte contre les violences masculines faites aux femmes. Car, comment croire à l'effectivité d'un possible projet législatif sur la question du sexisme si les violences masculines contre les femmes — qui lui sont consubstantielles — ne sont pas, elles, réellement combattues ?

Je travaille et milite sur cette question depuis près de 20 ans, j'ai suivi les politiques de nombreux Gouvernements en la matière, tandis que la première "Lettre ouverte", signée de nombreuses associations, que l'AVFT a publiquement adressée sur ce sujet au Gouvernement de M. Michel Rocard, date du 6 juin 1988. Ceci étant dit, je considère que le Gouvernement de M. Lionel Jospin est celui dont le silence est le plus accablant en la matière et dont j'estime le bilan comme étant le plus inacceptable. Il n'y a pas de volonté politique de lutter contre ces violences qui concernent des millions de femmes. Et il faut être clair : ne rien faire — ou presque — c'est laisser se perpétuer, voire cautionner ces violences.

Et cela, alors que depuis des années, les associations féministes de lutte contre ces violences — le Collectif féministe contre le viol, l'AVFT, la Fédération Solidarité femmes, mais aussi le Planning Familial, le mouvement Jeunes femmes, etc — qui agissent aux côtés de, avec, pour les femmes qui ont été violées, harcelées, frappées, prostituées, agressées, battues, assassinées — les dénoncent, le plus souvent bien seules. Quand elles ne doivent pas, en outre, lutter pour leur survie, contre le Gouvernement. En outre, sur la base de leurs estimations, de leurs connaissances, de leurs compétences, notamment juridiques, de leurs publications, celles-ci font depuis des années des critiques, mais aussi des propositions très précises aux divers Gouvernements. Pour ma part, j'ai à plusieurs reprises, dans des interventions publiques et dans des articles, fait état de nombreuses propositions de réformes, en matière de justice comme dans d'autres domaines.

Ces demandes, ces critiques ne sont globalement pas entendues.

A cet égard, *"Les Assises nationales contre les violences faites aux femmes"*, qui ont eu lieu à la Sorbonne le 25 janvier dernier, ont été extrêmement décevantes, et c'est un euphémisme. Pratiquement rien n'a été proposé qui puisse réellement modifier la situation actuelle, à l'exception d'une annonce d'augmentation de 30 % du budget des associations (extrêmement faible par rapport à l'ampleur des besoins), laquelle semble d'ailleurs s'avérer devoir être de moindre importance. Tandis qu'aucune réponse concrète n'a été faite aux si nombreuses demandes des femmes victimes. Pour ne pas dire que même l'espoir d'une telle hypothèse n'est même plus pensable.

Ainsi, Madame Nicole Pery, secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle a, dès le deuxième paragraphe de son intervention, affirmé : *"Je n'ai pas la prétention [que ces Assises] bouleversent des rapports de force millénaires, vous vous en doutez..."*, pour terminer par : *"Il faudra du temps !"* Quant au slogan : *"En cas de violence, brisez le silence"*, je le considère comme inacceptable, car il évacue la question essentielle, qui est celle de la responsabilité des agresseurs, et plus globalement des hommes, ainsi que celle de l'Etat, en la matière. Et ne fait donc que révéler, une fois encore, que le Gouvernement n'a pas de politique à proposer. Et ne projette pas, en outre, d'en avoir. La ministre n'avait en effet assigné à ces Assises qu'*"un double objectif"* : *"Donner une visibilité au travail partenarial"* et *"Faire largement connaître les données issues de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes"* (dite : enquête ENVEFF). Je note à cet égard que Mme Nicole Péry, auditionnée par votre Délégation le 27 juin 2000, — qui avait affirmé : *"Je me suis très vite rendu compte que si je ne disposais*

pas de chiffres provenant d'une enquête menée de façon scientifique, je ne pourrais pas faire avancer ce sujet" — n'a plus d'autre projet que de la faire "connaître".

Aussi, si vous me le permettez, je souhaiterais critiquer cette enquête.

Je tiens à affirmer, d'entrée de jeu, que je la considère comme scandaleuse et l'ensemble de ses résultats comme invalides. Je précise que j'avais procédé à une critique circonstanciée du premier projet de questionnaire par une note de 19 pages adressée à l'une des membres de l'équipe de recherche, en date du 28 juin 1998. Je rappelle enfin que cette enquête, à l'inverse des grandes enquêtes canadiennes de 1993, a été lancée après des années de quasi-silence total sur ces violences.

Sur le plan méthodologique, en effet, je considère qu'une telle enquête — quand on sait la très grande difficulté à parler de ces violences — ne peut être exclusivement menée par téléphone. Qu'en outre, la question essentielle de la non-confidentialité de cette enquête est posée. Par ailleurs, celle-ci a été faite au domicile des femmes interviewées, alors que l'on sait que celui-ci est le lieu le plus dangereux pour les femmes. Les questions sont d'ailleurs explicites : "*Y a-t-il chez vous ou dans la voiture une arme à feu ? Votre conjoint ou ami a-t-il proféré des menaces de mort à votre rencontre ? Vous a-t-il menacé d'une arme ? A-t-il tenté de vous étrangler ou de vous tuer ? ...*". Ainsi, dans la mesure où ces femmes pouvaient être en danger de mort, rien n'exclut que l'une d'entre elles ait pu répondre avec un revolver sur la tempe ou, plus banalement, ait pu être l'objet d'une violence du fait d'y avoir répondu.

Par ailleurs, les questions sur les violences — dont certaines sont répréhensibles pénalement — arrivent en fin de parcours après une batterie de près de 150 questions qui posent ces femmes comme potentiellement coupables : "*Vous êtes-vous disputée avec votre conjoint, au sujet de... ? ; en êtes-vous venue aux mains, lancé ou cassé des objets ? ; vous est-il arrivé de crier très fort et de dire des insultes ; de gifler, donner une fessée ou une tape à un enfant ? de gifler ou frapper une personne adulte ? Avez-vous été confrontée à des problèmes d'alcoolisme, de consommation de drogues ?*". Pour enfin leur demander si elles ont consommé du "*cannabis, de l'ecstasy, des amphétamines, de la cocaïne, du LSD, acide, champignon hallucinogène, des médicaments détournés de leur usage (coupe-faim...), des produits à inhaler (éther, colle, solvants), d'autres substances (crack, héroïne, opium)*".

Ce questionnaire qui leur demande, entre autres questions, si elles "*ne sont plus*" ou "*n'ont jamais été amoureuses*" de leur conjoint, leur demande aussi de les dénoncer (concernant l'alcoolisme et la drogue), ainsi que les membres de leur famille. Et tout ceci pouvant être croisé avec leur religion. J'aimerais connaître l'avis de la CNIL sur ce sujet.

En outre, et cela toujours avant d'aborder la question des violences qu'elles auraient subies, des questions, inacceptables, sont posées sur leur sexualité : notamment, si elles ont été "*attirées par des hommes et/ou par des femmes*", c'est-à-dire si elles sont lesbiennes ; combien elles ont eu de "*partenaires différents*" au cours de leur vie ; combien elles ont eu de rapports sexuels, "*au cours de l'année*" et "*du dernier mois*", avec combien de "*partenaires*", et à quelle "*fréquence*"... Et tout ceci se prolongeant par des questions sur leurs tentatives de suicide, leur ménopause, leur IVG, etc.

Et ce n'est qu'après ce que j'ai vécu comme un véritable interrogatoire, que l'on arrive à des questions sur leur santé (incluant le dépistage du sida et la question : "*Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?*") et enfin à ce que le questionnaire appelle "*le module violences*".

Sur ce point, s'agissant de la terminologie employée, il faut noter que les questions sont déconnectées de la terminologie pénale, mais aussi courante. Ce qui n'empêche pas pour autant, au niveau de l'analyse des données, de retraduire ultérieurement les questions dans la terminologie pénale.

Un exemple : alors que le terme de "*harcèlement sexuel*" n'est pas cité, les chercheuses peuvent cependant affirmer que "*1,9 %*" des femmes ont été l'objet de harcèlement sexuel au cours de la dernière année. Ce qui signifie — alors que les enquêtes européennes donnent des chiffres de 30 à 40 %, — que le pourcentage de femmes harcelées sexuellement aurait drastiquement diminué depuis le vote des lois françaises, les chercheuses affirmant en outre que "*la définition retenue est plus large que celle retenue dans le code pénal et le code du travail*". M. Claude Katz, l'un des avocats de l'AVFT et l'un des spécialistes de cette question, me disait en lisant ce chiffre incroyable affiché à la Sorbonne, qu'au total cette enquête aura réussi à faire diminuer par plus de 4 le pourcentage de femmes harcelées. Et ce, si l'on ne se réfère qu'au tout premier sondage européen de 1983 — les chiffres ayant globalement et logiquement, significativement augmenté depuis lors — qui donnait, pour la France, le chiffre de 8 %. Il me disait en outre, à juste titre, que les journalistes, les magistrats et les magistrates, et bien d'autres encore ne manqueront pas de citer ce pourcentage pour délégitimer la réalité du harcèlement sexuel. Des années de travail, de publications, d'initiatives de toutes sortes — sans même évoquer les lois françaises — sont ainsi délégitimées par cette enquête.

Par ailleurs, concernant les questions qui concernent le type de violences "*dans l'espace public*", sur les cinq items proposés concernant les auteurs de ces violences, le fait que celles-ci puissent être le fait d'"*une*" ou de "*plusieurs femmes*" est cité trois fois. Il n'est donc pas étonnant que les chercheuses aient d'ores et déjà tiré comme conclusion de cette enquête que les chiffres des "*violences féminines*", notamment à l'égard des enfants, étaient "*très élevés*".

Je m'en tiendrai là, faute de temps. Mais je veux aussi dire que ces quelques points ne reflètent qu'une faible partie de mes critiques de cette enquête.

Mme Yvette Roudy : Nous nous connaissons depuis longtemps. Je connais votre passion, je vous crois quand vous me dites que c'est ce que vous avez lu dans le questionnaire qui a été posé aux femmes. Je ne l'avais pas vu. Sinon, j'aurais certainement explosé. Cela n'aurait probablement rien changé, parce qu'il faut beaucoup exploser pour faire bouger les choses. En revanche, je sais que les résultats rendus publics par Mme Nicole Péry, ont fait du bruit dans un sens positif. Le Monde et plusieurs autres journaux ont consacré des pleines pages à ces violences telles qu'elles existent, alors que jusqu'alors beaucoup disaient que ce n'était que des cas dus justement à l'alcool, à la drogue, à la provocation, etc.

Mme Marie-Victoire Louis : Oui, j'ai entendu cet argument-là. Mais lorsqu'une enquête n'est pas, méthodologiquement, conceptuellement, politiquement, acceptable, il est du devoir d'une intellectuelle, d'une chercheuse, d'une militante féministe, d'une citoyenne de la dénoncer. Ce n'est pas parce que l'on a parlé de cette enquête que les chiffres qu'elles donnent sont valides. Ni que l'on ne puisse dire, sans crainte d'être démentie, que ses résultats sont considérablement sous-estimés.

Mme Yvette Roudy : Ce n'est pas simplement que l'on en ait parlé, mais qu'en conclusion, le résultat dans l'opinion n'ait pas été négatif.

Mme Marie-Victoire Louis : Une enquête a pour fonction de donner des chiffres valides, sinon elle n'est pas crédible. Je me répète : cette enquête ne peut et ne doit être validée par personne. Par ailleurs, je considère aussi que nous n'avons pas besoin d'enquête quantitative pour savoir que les femmes — qui le sont depuis des siècles — sont l'objet de violences masculines. Ce qu'il faut, c'est agir.

Mme Yvette Roudy : Je n'ai pas regardé les chiffres de très près. Je vous fais confiance pour cela. Mais, il en est ressorti que c'était un énorme scandale. Le mot "scandale" a été prononcé, ainsi que celui de "fléau". Pour beaucoup d'hommes ou de femmes, cette enquête a été une révélation. Ce qui n'avait pas été le cas jusqu'alors.

Mme Isabelle Alonso : Moi, qui suis ces questions depuis moins longtemps que vous, je crois qu'il y a déjà eu des campagnes de presse, avec des témoignages de femmes battues. Je me souviens du chiffre de 2 millions de femmes battues cité dans la presse, il y a trois ou quatre ans. Je me suis servie de ce chiffre dans le livre que j'ai écrit l'année dernière et j'ai donc l'impression que l'on peut continuer à dénoncer le fait qu'il y ait des femmes battues et, parallèlement, qu'il ne se passe rien. A la Une de France Soir, il y a quinze jours, il y avait encore cette image de femme contusionnée. Je ne sais pas de quand date cette photo, mais je l'avais déjà vue. J'ai l'impression que l'on répète sans fin, mais qu'il n'y a pas de suite donnée.

Mme Yvette Roudy : Même si le problème est loin d'être résolu, cela ne veut pas dire que nous ne continuons pas.

Quels que soient les chiffres qui émergent lorsque l'on interroge ces femmes, ils sont toujours en dessous de la réalité ; elles ne disent pas vraiment ce qui se passe réellement. Il y aura encore des enquêtes et encore des chiffres, qui seront en dessous de la réalité. Il y aura toujours des femmes qui n'oseront pas dire qu'elles sont maltraitées, battues ou violées. Cette culpabilisation qu'on leur a inculquée culturellement n'est pas près de disparaître.

On ne peut l'accepter, mais il faut voir aussi le chemin parcouru. J'en suis à me féliciter qu'on ait mis quinze ans pour réformer la transmission du nom. Dans quarante ans, nous aurons peut-être une loi antisexiste. Je ne désespère pas. Cela veut dire, bien sûr, que ce n'est pas terminé et qu'il faut continuer à porter le flambeau.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous émettez une critique méthodologique très forte par rapport à l'enquête. Vous dites, par ailleurs, que depuis trois ans, vous avez l'impression que les choses sont plus verrouillées que jamais. A quoi pensez-vous précisément ?

Mme Marie-Victoire Louis : Sur la question des violences, c'est incontestable. La seule ministre qui ait engagé une action positive, c'est Mme Ségolène Royal. Elle seule a eu une action politique et législative — je pense notamment à la loi sur le "bizutage" — réelle. Là, on a pu voir la manifestation concrète d'une volonté politique : la ministre a tenu malgré les attaques. Cela prouve l'évidence, à savoir que lorsque l'on veut vraiment agir, en règle générale, on peut. Mais cela ne signifie pas que la politique de l'Education Nationale soit pour autant claire et suffisante.

En revanche, oui, je note des forts blocages et des régressions depuis l'arrivée du Gouvernement de M. Lionel Jospin.

Mme Marie-George Buffet, fortement interpellée depuis longtemps sur la nécessité d'agir contre les violences, notamment sexuelles, dans le sport n'a donné, à ce jour, aucun signe positif, alors que sa responsabilité et celle de son cabinet sont fortement engagées.

Je ne peux que constater, par ailleurs, que le Comité national de lutte contre la violence à l'école, que M. Jack Lang a installé le 24 octobre 2000, n'aborde même pas la violence en termes sexuels. Plus encore, il a été dit par l'une de ses responsables que "*le comité national ne s'occupe pas des violences sexuelles*"; lesquelles, d'ailleurs ne font pas partie de ses catégories statistiques.

Enfin, je souhaite parler de la responsabilité, que je considère comme très lourde, de Mme Martine Aubry, puisqu'elle a toujours été responsable politiquement des droits des femmes. Pour aller vite — mais je pourrais être beaucoup plus explicite — elle a bloqué l'essentiel des dossiers qui auraient pu faire avancer les droits des femmes, ou éviter qu'ils ne régressent. Et le peu qu'elle a fait, c'est très tardivement, avec beaucoup de lenteur et de résistance - il a fallu plusieurs années pour que soit publiée une simple circulaire, celle du 8 mars 1999. Et *a minima*.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Que proposez-vous ?

Mme Marie-Victoire Louis : Cela fait près de vingt ans que les associations féministes, qui ont été à l'origine de pratiquement toutes les lois, les politiques et les initiatives en la matière, ont des critiques très circonstanciées à faire, proposent des politiques, notamment mais non pas exclusivement, législatives.

Leurs analyses, leurs dénonciations, leurs demandes ne sont pas écoutées. Les associations, les féministes ne sont pas considérées comme des interlocutrices valables. Ainsi, elles n'ont même pas été entendues lors de la rédaction de la "loi Guigou" sur la présomption d'innocence et le droit des victimes. Alors que ce sont elles, avec les associations de lutte contre les violences faites à enfants, qui, seules, entendent les victimes et accompagnent leur "parcours de la combattante", du moment où la violence survient jusqu'à celui où l'agresseur est condamné et incarcéré.

Pour ma part, avec elles, je peux proposer un diagnostic, des critiques, des revendications et faire des propositions. Je demande, avec beaucoup d'autres personnes, que la question des violences exercées par des hommes sur les femmes (prostitution comprise, bien sûr) devienne un débat et un enjeu politique public. Actuellement, politiquement, le blocage est total.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pourriez-vous nous exposer les grandes lignes de ces propositions de modifications législatives ?

Mme Marie-Victoire Louis : J'étais venue vous parler de la loi antisexiste, à propos de laquelle, j'espère que nous allons reprendre le flambeau, après Mme Yvette Roudy. Mais sur la question si fondamentale et si importante des violences contre les femmes, cela ne serait pas sérieux de répondre ici rapidement. Cela prendrait beaucoup plus de temps que celui dont je dispose aujourd'hui. Et je n'y étais pas préparée. Mais, si vous acceptez de m'inviter à nouveau, c'est avec un grand plaisir que je reviendrai vous présenter les propositions de réformes sur lesquelles je travaille depuis longtemps.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pour clore ce chapitre sur les violences, si vous n'avez pas la possibilité de nous exposer aujourd'hui vos propositions législatives, pourriez-vous nous les faire parvenir ?

Mme Marie-Victoire Louis : Oui. Et, en attendant, je vous transmets les textes rédigés par deux associations féministes, qui me les ont remis.

L'AVFT demande depuis longtemps une modification de la loi sur le harcèlement sexuel. Voici son texte qui a, par ailleurs, été remis à Mme Nicole Péry et à Mme Brigitte Grésy, lors des Assises de la Sorbonne. L'AVFT — dont je soutiens la proposition — demande que le Gouvernement prenne enfin en compte cette proposition de réforme. Et que celle-ci soit votée par le Parlement.

Par ailleurs, je vous transmets aussi un très gros travail de proposition législative qui a été fait par le Cerf sur la réforme du nom des femmes.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Revenons à la loi antisexiste.

Mme Marie-Victoire Louis : Au risque de me répéter, pour qu'une loi antisexiste soit adoptée, il faut une volonté politique. Or, actuellement, le Gouvernement — et c'est un euphémisme — n'a pas manifesté de volonté de faire des violences masculines contre les femmes un projet politique. A l'inverse de la Suède par exemple. Le rapport de force — qui, par définition peut changer, et même souvent plus vite qu'on n'a même pu l'imaginer — n'est donc pas actuellement en faveur du vote de cette loi. J'avais parlé de cette éventualité avec Mme Dominique Gillot, qui ne m'avait laissé aucun espoir. Mais je ne demande qu'à être démentie. D'autant plus que les élections arrivent et que le Gouvernement n'a rien à proposer aux femmes — c'est-à-dire à la moitié de son électorat — de ce pays.

Sur la loi antisexiste, je souhaitais dire que je suis contente que Mme Yvette Roudy soit présente aujourd'hui. Les féministes n'ont en effet jamais accepté la manière dont, lorsqu'elle a proposé ce texte, elle a été personnellement attaquée, ainsi que les conditions dans lesquelles ce projet a été abandonné.

Pour situer enfin cette loi dans sa durée, je rappelle que la première proposition de loi antisexiste a été proposée par la Ligue des droits des femmes en 1974, que l'association "*Dialogue de femmes*", grâce à Mme Alice Colanis — que vous devriez sans doute inviter sur ce sujet — a repris ce projet, lequel a été l'objet d'un rapport favorable de la commission des lois du Sénat en 1980. En juin 1981, Mme Yvette Roudy a promis le dépôt d'un projet de loi, que l'Assemblée nationale a enregistré le 15 mars 1983.

Mme Yvette Roudy : La première proposition de loi avait été reprise par Mme Simone de Beauvoir dans un article.

Mme Marie-Victoire Louis : Le premier texte publié dans le Monde, le 13 juin 1974, intitulé : "*Pour une loi antisexiste*" était signé de Mme Marie-Louise Fabre, au nom de la Ligue du droit des femmes, dont la présidente était Mme Simone de Beauvoir. Celle-ci a publié un autre article, toujours dans le Monde, le 18/19 mars 1979, intitulé : "*De l'urgence d'une loi antisexiste*".

Rappelons que nous sommes en 2001.

Pour revenir à l'actualité, je travaille actuellement à la rédaction d'une loi anti-Osexiste, dont j'avais posé quelques jalons dans le cadre d'un séminaire, dont j'avais été responsable à la Maison des Sciences de l'homme, intitulé "Pour une critique sexuée du droit". Lors d'un colloque organisé à l'Assemblée nationale même, salle Colbert, avec le soutien de Mme Véronique Neiertz, plus spécifiquement consacré à la situation française, j'avais fait un exposé intitulé "*Pour une loi antisexiste, et anti-homophobe*", le 27 février 2000. J'avais notamment critiqué deux propositions de loi : celle du parti communiste et celle dont l'initiative revenait aux associations d'homosexuels. Toutes deux avaient pour projet de réprimer l'incitation à la haine homophobe et considéraient — à tort — que le sexisme pouvait en être considéré comme — je m'excuse de l'expression — un sous-produit. J'avais en outre posé un certain nombre de principes, à partir desquels on pouvait penser une loi antisexiste. Depuis, je n'ai pas eu le temps d'y retravailler. Je compte faire une nouvelle proposition de rédaction, la soumettre aux Chiennes de garde, à l'AVFT, au Collectif contre le viol ainsi qu'à d'autres associations féministes, comme Citoyennes maintenant et l'Assemblée des femmes. Puis, la présenter comme étant un texte à l'initiative et porté par les féministes, femmes et hommes. J'espère alors que l'Assemblée nationale pourra nous relayer et que nous pourrions travailler ensemble.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Comme c'est une revendication qui revient en leitmotiv dans le livre de Mme Isabelle Alonso *Pourquoi je suis Chienne de garde*, je pensais que nous pourrions aller plus loin dès aujourd'hui.

Mme Yvette Roudy : Je pense que vous devriez aller voir Mme Ségolène Royal. Cet après-midi, à l'Assemblée Nationale, elle a fait une réponse tout à fait féministe à une question qui lui était posée. Elle serait peut-être disposée à reprendre ce texte .

Mme Marie-Victoire Louis : Peut être, mais une telle loi ne doit pas être votée en catimini. Elle doit être l'objet d'une réflexion en profondeur de l'ensemble de la société française, comme l'ont été — très positivement — les débats sur la parité et sur le Pacs. C'est très important, parce que nous touchons là aux fondements constitutifs de toute société, et plus particulièrement de la société française. En outre, cette loi peut devenir un lien pour les associations féministes, notamment de toutes celles qui luttent contre les violences, et ainsi montrer que le sexisme et la violence font partie d'une même logique patriarcale.

Il est aussi important de dire haut et fort que ne pas incriminer le sexisme, c'est soit affirmer que la société n'est pas sexiste, soit considérer qu'il est légitime.

Mme Yvette Roudy : Que fait-on au point de vue de la méthode ? Vous allez nous envoyer vos propositions législatives sur les violences. Tout ce que nous pouvons faire, c'est de proposer de temps en temps un amendement. Je ne vous cache pas que si nous pouvons faire adopter, quinze ans après, la proposition de loi sur le nom patronymique, c'est que, pour notre chance, un député s'est aperçu qu'il n'avait que des filles et que son nom allait disparaître, parce qu'il n'avait pas de frère. L'idéologie se situe à ce niveau-là ! De même, lorsque cette proposition m'avait été refusée il y a quinze ans, l'idéologie se situait à ce même niveau. C'est dire ce que nous pouvons faire ! Tant que nous ne serons que six ou sept féministes à l'Assemblée nationale, je crains que la situation ne se poursuive.

Mais si vous pouvez nous remettre des propositions législatives, nous examinerons les éléments que nous pourrions reprendre. Nous en discuterons avec les autres députés. Nous essaierons de trouver des compromis et d'avancer.

Mme Marie-Victoire Louis : Le texte sur le harcèlement sexuel est prêt.

Mme Yvette Roudy : Cela nous sera utile.

Par ailleurs, j'aime bien fréquenter toutes les associations féministes, parce que je pense qu'une des raisons de la faiblesse du mouvement en France est que les différentes associations ont du mal à s'entendre. J'écoute donc tout le monde. Pourriez-vous me dire quelle est la différence entre les Chiennes de garde et la Meute ?

Mme Isabelle Alonso : Florence Montreynaud était la première présidente des Chiennes de garde entre la création de l'association en mars 1999 et sa démission le 3 mai 2000. A sa démission, je suis devenue présidente.

Depuis cette date, elle a repris des activités, en son nom propre au début, puis en créant une autre association qui s'appelle la Meute, qui n'engage en rien les Chiennes de garde.

Mme Yvette Roudy : Faites-vous la même chose ?

Mme Isabelle Alonso : Nous faisons la même chose dans la mesure où lutter contre le sexisme inclut, bien évidemment, la publicité, comme étant l'une de ses expressions. Mais Florence Montreynaud a fait de la publicité l'axe principal de son action. Maintenant, penser qu'il est souhaitable que ces deux actions aillent dans le même sens ne me pose pas problème.

Mme Yvette Roudy : On ne peut pas être sur tous les créneaux.

Je suis tombée en arrêt dans le Nouvel Observateur et le Monde sur l'image d'une femme vautreée auprès d'un monsieur, dans une position très suggestive, lui, à l'évidence dominant et, elle, rampant à ses pieds. J'ai explosé et j'ai envoyé la photocopie de cette publicité avec un commentaire à notre présidente de la Délégation, à Mme Elisabeth Guigou, à Mme Ségolène Royal et à tous ceux qui me semblaient susceptibles de réagir. Avez-vous réagi aussi ?

Mme Isabelle Alonso : Nous n'avons pas réagi particulièrement à cette publicité, précisément parce que, pour vous le dire en toute honnêteté, si nous devions réagir à chaque publicité sexiste, nous n'arrêterions pas. Mais je pense que c'est ce que fait la Meute : réagir au coup par coup sur chaque publicité.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il nous a semblé important de faire le point avec vous, comme avec la Meute, pour voir la réponse qu'il convient d'apporter.

Mme Marie-Victoire Louis : La situation demande une réponse politique qui ne peut être qu'une loi antisexiste. Ce serait le signe le plus fort à adresser aux publicitaires qui devront se situer par rapport à la nouvelle norme que la société leur poserait. Ils devront alors — et c'est normal — se conformer au point de vue de celles et ceux dont le regard est quotidiennement agressé par ce qu'ils nous imposent, y compris dans l'espace dit "public". Lequel, faut-il le rappeler appartient aux femmes — qui paient les impôts comme les hommes, sinon plus — comme aux hommes.

Mme Yvette Roudy : Il m'arrive parfois d'exploser sur une image particulièrement choquante. Cela correspond d'abord à ce que nous sommes, puisque nous sommes des femmes d'action. Mais cela peut aussi faire bouger les choses.

Je sais que notre réaction face à cette publicité a beaucoup gêné les deux directeurs de journaux, qui ont réagi. Nous n'avons plus vu cette publicité par la suite. Tout dépend de la force de l'explosion et de la force des gens qui l'expriment. Nous avons été cinq ou six à réagir fortement. Ils ont reculé.

J'observe tout de même que, si j'ai réagi, c'est parce que j'ai un souvenir cuisant du débat sur le projet de loi antisexiste. Quand je me replonge de temps à autre dans le dossier de 1984, et des publicités de l'époque, je me dis que cela va mieux, sauf sur cette publicité. Nous avons été moins attentives sûrement. Je crois tout de même qu'en matière de stratégie, les réactions de base, militantes, peuvent parfois faire évoluer les mentalités.

Je voulais poser une autre question au sujet de l'orchestre de Vienne. Vous le savez, celui-ci a dit publiquement qu'aucune femme n'entrerait en son sein. Or, tous les premiers janvier, nous avons à la télévision un concert de cet orchestre. Je suis en train d'essayer d'interpeller le Parlement européen et le Conseil de l'Europe à ce sujet. L'orchestre de Vienne est un orchestre officiel qui est tenu par les textes communautaires. Nous pouvons donc légitimement écrire, et je souhaite que cette Délégation le fasse, pour dire notre étonnement, notre stupéfaction et notre indignation.

Mme Marie-Victoire Louis : Je suis d'accord avec vous, mais la question est de savoir s'il est légitime que l'on s'épuise à lancer perpétuellement des campagnes anti-sexistes, alors qu'une seule loi reposerait le débat en de tous autres termes. J'en reste à un référent basique élémentaire, à savoir que le rôle de l'Assemblée Nationale est de poser des normes. Et de voter des lois pour tous et toutes. Le temps est venu pour la classe politique de comprendre que nous sommes nombreuses à vouloir des normes différentes. Et que nous en avons plus qu'assez de la situation actuelle.

Par ailleurs, l'Etat ne peut-il pas en outre agir sur le Conseil supérieur de l'audiovisuel, le CSA, et sur le Bureau de vérification de la publicité, le BVP ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pour les spots publicitaires à la télévision, le CSA n'exerce qu'un contrôle a posteriori sans déclaration préalable. C'est au BVP, association loi de 1901, qui est financée par les grandes agences de publicité, qu'il appartient de les contrôler a priori. Pour les autres médias, le contrôle ne n'exerce qu'a posteriori.

Le BVP est une sorte d'organe d'auto-contrôle des agences de publicité. Il n'a pas le pouvoir d'interdire une publicité. Il exerce une pression morale sur les annonceurs et les diffuseurs. Il a élaboré une charte fixant des règles déontologiques, notamment une recommandation Image de la femme, fondée sur quatre grands principes : la décence ; l'absence de provocation ; la non-réduction de la femme à la fonction d'objet publicitaire et l'absence de suggestion de l'idée d'infériorité.

J'ai l'intention, en ma qualité de présidente de la Délégation, d'écrire au Président du BVP pour attirer son attention sur l'utilisation actuelle des publicités sexistes et lui demander les mesures qu'il compte prendre pour mieux assurer le respect de ces règles déontologiques.

**Audition de Mme Florence Montreynaud, présidente de La Meute,
mouvement contre les publicités sexistes**

Réunion du mardi 6 février 2001

Présidence de Mme Martine Lignières-Cassou

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous recevons maintenant Mme Florence Montreynaud, fondatrice du mouvement Chiennes de garde en mars 1999. En septembre 2000, vous avez créé le mouvement La Meute, dont le travail est axé sur la lutte contre la publicité sexiste. Nous sommes atterrées par les dernières publicités pour les chaussures Weston qui sont parues dans la presse et nous souhaitons connaître votre analyse de la publicité sexiste, faire le point de la réglementation en vigueur et déterminer si elle doit être modifiée.

Mme Florence Montreynaud : Je m'occupe de publicité sexiste depuis trente ans et j'ai essayé toutes les formes d'action contre cette publicité.

Les premières, celles qui font du bien et qui défoulent, celles qui consistent à écrire sur les affiches, je les ai pratiquées, dans les années 1970, avec mes amies féministes.

Ensuite, dans les années 1980, nous avons essayé des rapports plus courtois avec les annonceurs : nous leur avons écrit des lettres polies leur expliquant que leurs publicités étaient sexistes et que nous leur demandions de prendre en compte cet aspect. Nous avons eu des réponses, mais notre action s'est arrêtée là.

Puis, en 1998, j'ai lancé avec l'Association des femmes journalistes, que j'ai présidée pendant longtemps, le Prix à la pub la moins sexiste. Je vous ai apporté quelques dossiers du premier prix. Des expériences faites à l'étranger, notamment au Québec et au Japon, m'en avaient donné l'idée. J'étais lasse de critiquer les mauvais élèves et j'espérais qu'en récompensant les bons, les autres s'en inspireraient. J'ai parcouru des milliers de publicités pour choisir la moins sexiste, ce qui s'apparentait à la recherche de l'aiguille dans la meule de foin. Néanmoins, j'ai acquis, par ce biais, une connaissance assez complète des publicités des dernières années et je puis vous confirmer que la situation s'aggrave.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : C'est l'impression que nous en avons.

Mme Florence Montreynaud : Quand on est un peu vigilant et que l'on ne feint pas de ne pas les voir, on ne peut que faire cette constatation. Nous demandions dans les années 70 et 80 que les femmes se rhabillent. Maintenant, ce sont les hommes qui se déshabillent aussi, ce qui ne peut être considéré comme un progrès. L'utilisation de la sexualité à tout propos est devenue une généralité, l'escalade de la provocation et de la transgression est permanente, bien que l'on ne puisse pas dire que l'on atteigne le sommet, car je redoute que le pire soit pour la semaine prochaine. Lorsqu'on analyse la presse professionnelle, on se rend compte que les publicitaires continueront, puisqu'ils pensent que les féministes "roupillent".

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je voudrais que vous vous arrêtiez sur ce point, car il est important de comprendre pourquoi, comme vous l'énoncez, le moteur de la publicité est l'inédit, c'est-à-dire la surenchère dans la nudité.

Mme Florence Montreynaud : Je comptais justement vous expliquer que cela ne peut pas s'arrêter. C'est un sujet ample sur lequel je n'ai pas encore écrit. Je me contente pour l'instant de réfléchir et d'avoir une pratique. J'en ferai un livre par la suite. Cependant, depuis trente ans que je m'attelle à cette tâche, après une longue pratique d'observation de nombreux dossiers, je pense être parvenue à une bonne connaissance du sujet.

J'ai aussi décidé de m'y plonger plus avant car les Chiennes de garde ont reçu des centaines de lettres et environ une sur trois évoquait la publicité sexiste comme une des violences symboliques qui interpellait nos correspondants. Cela m'a donné des raisons d'espérer, car cela montrait qu'il existait des personnes que l'on n'entendait pas, mais qui faisaient les mêmes analyses que les nôtres.

La publicité pour la crème Babette, par exemple, était fortement ressentie comme une violence faite aux femmes. A l'époque, nous avons répondu que nous avions suffisamment à faire avec les femmes insultées, mais aujourd'hui que j'ai été déléguée de ces fonctions et de cet énorme travail dont les Chiennes de garde s'occupent, je me consacre uniquement aux publicités sexistes.

J'ai donc lancé un manifeste qui analyse les différents types de clichés sexistes et j'ai aussi réfléchi à des outils d'analyse.

La publicité est une invention de l'après-guerre. Avant, cela s'appelait la réclame et s'élaborait de manière bon enfant...

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : J'ai une réclame de Banania en tête, qui est la preuve que ce n'était pas toujours bon enfant et que cela pouvait être raciste.

Mme Florence Montreynaud : Je parle des publicitaires. Ils n'avaient pas eux-mêmes la conception perverse actuelle. Auparavant, les techniques de persuasion se déroulaient dans une relative innocence, comme le montrent les premiers manuels de chercheurs sur le sujet : les livres fondamentaux de Serge Tchakhotine, *Le viol des foules par la propagande politique* de 1938 et de Vance Packard de 1953. Intitulé *Hidden persuaders*, traduit en français sous le titre *La persuasion clandestine*, ce dernier avait très bien analysé l'exemple des cigarettes, puisque le tabac a été l'un des principaux vecteurs de transformation des mœurs.

Il avait pris l'exemple de la cigarette Marlboro qui, dans les années d'après-guerre, avec son filtre, était associée aux femmes ; comme les hommes fumaient, la firme a voulu développer cette consommation masculine et a donc tout fait consciemment — par opposition à l'avant-guerre, où les réclames se faisaient dans l'improvisation et l'artisanat — pour développer une image de virilité associée à la Marlboro. Ce fut le cow-boy, les ouvriers dotés d'éléments très virils, notamment des tatouages, liés à l'image des mauvais garçons.

Peu à peu, cette image de virilité, qui est d'ailleurs un cas rare, puisqu'elle continue encore aujourd'hui et depuis cinquante ans sur les mêmes thèmes, a fait que Marlboro est devenue et demeure la cigarette la plus vendue dans le monde.

Il y a eu création d'un besoin qui a entraîné un fléau social et humain aux proportions incalculables, car les centaines de milliers de morts d'aujourd'hui sont le résultat de ces publicités des années 50 et 60.

La violence de la publicité a été analysée par de nombreuses personnes qui ont travaillé sur les techniques de manipulations. Je ne vais pas y revenir. Je suppose que vous tenez pour acquis que la publicité exerce une violence, nous manipule et nous conditionne. C'est une généralité.

Deuxième généralité : la culture machiste dans laquelle nous baignons — ce n'est pas non plus la peine que je la développe devant vous —, cette culture, poussée à l'extrême, se traduit par les assassinats et les viols, mais commence par les insultes et les images. Je les mets en parallèle dans mon action avec ces insultes sexistes qui passaient de manière anodine : il fallait être bien coincée ou mijaurée pour s'offusquer d'une "*connasse*" et d'une "*poufiasse*" mais, lorsque j'ai dit : "Non, cela suffit", nous avons découvert que c'était un problème général et que toutes les femmes avaient été insultées dans leur vie.

Il en va de même de la publicité. Nous, féministes, sommes les seules à nous indigner de ces images, et l'on nous entend à peine. Que penser de l'ensemble du public dont je vais vous dire, enfin, qu'il a son mot à dire à ce sujet et que ce qu'il a à dire est intéressant.

Il y a donc la violence de la publicité et la culture machiste et, au croisement des deux, la publicité sexiste. Ce sujet a été très peu étudié à ma connaissance. Le meilleur ouvrage est sans doute celui de François Brune, *Le bonheur conforme*, paru chez Gallimard en 1985, qui contient un très bon chapitre intitulé *Erotisation, sexualisation, images des femmes*. Depuis, il n'y a rien eu dans les ouvrages généraux, sauf dans le dernier livre de Philippe Breton, *La parole manipulée*, un très beau livre d'analyse, fort intéressant, paru aux éditions La Découverte, en 1997.

Les féministes ont conduit de nombreuses actions mais n'ont jamais eu le temps, comme c'est souvent le cas dans le mouvement féministe, de laisser des archives. Sur la théorie, il n'y a pas grand chose. Les actions que j'ai menées avec Mme Marie-Victoire Louis ont donné lieu à un article assez important d'une vingtaine de pages, regroupant les lettres que nous avons écrites dans les années 1980. A ma connaissance, c'est tout. J'ai eu l'impression, d'ailleurs très exaltante, d'inventer des instruments d'analyse. Ce sont ces éléments que je me propose d'illustrer maintenant en vous présentant quelques exemples.

Je vais aussi vous proposer des considérations sur la spécificité française en matière de publicité. Je ne connais pas très bien la situation des autres pays, je sais seulement que, de plus en plus, la stratégie des marques est internationale, c'est-à-dire, par exemple, que la publicité pour le parfum Opium, que j'ai découpée dans un magazine espagnol, se retrouvait partout. Inversement, la publicité IBM, que j'avais remarquée pour son caractère volontairement non-sexiste, est aussi répandue dans le monde entier. De plus en plus, on modèle des comportements dans le monde entier à l'occidentale. Donc, nos fleurons de l'industrie du luxe français exportent vraisemblablement aussi dans le monde entier ces images d'un sexisme incroyable, qui passent avec le prestige du luxe français.

Je vois en France quatre phénomènes qui expliquent la persistance et même l'aggravation de cet état de choses.

Tout d'abord, la publiphilie est à la mode. Il est de bon ton d'aimer la publicité, de regarder et de commenter les spots au cinéma ; les enfants apprennent les slogans par cœur plus vite que les tables de multiplication. Il faut vraiment être une féministe coincée pour trouver que c'est de mauvais goût, alors que beaucoup considèrent cela comme un art.

Ensuite, je suis frappée en France par la faiblesse des associations anti-publicité. Elles ne sont pas entendues comme aux Etats-Unis.

Puis, le discrédit des féministes me paraît être aussi un élément extrêmement fâcheux. Vous savez bien que les féministes sont des hystériques, qui ont du poil aux pattes ! Tout à l'heure, je suis passée en direct sur Europe 1 au sujet de la publicité sexiste. J'avais demandé que l'on me présente comme écrivaine et féministe et l'on a dit "une féministe pure et dure". C'est encore ce que l'on a trouvé de moins désagréable, mais le poil aux pattes n'est pas loin quand on dit cela ! "Pure et dure", qu'est ce que cela veut dire ? Dirait-on cela d'un anti-raciste ou de quiconque défendant toute autre cause ?

Enfin, la quatrième spécificité française est le manque de visibilité des actions des féministes contre la publicité sexiste. Tout ce travail que nous avons élaboré, toutes les expositions que nous avons montées, les petits spectacles, les manifestations, nous n'avons jamais pris le temps d'en faire des dossiers et de les faire mieux relayer par les médias, qui nous boycottent, évidemment, puisqu'ils vivent de la publicité. Même l'Association des femmes journalistes, qui est tout de même assez puissante et dans laquelle je me suis beaucoup investie, n'a eu que quelques petits échos. Ce prix pour la publicité la moins sexiste n'a jamais été perçu comme quelque chose d'important.

Un dernier élément, c'est aussi que les féministes n'ont généralement pas considéré la publicité sexiste comme une action prioritaire ; elles ont sans cesse été requises par des urgences — je le sais bien moi-même pour m'être engagée au Planning familial depuis 1970 — nous avons couru sans arrêt d'un engagement à l'autre : l'avortement, la contraception, les viols, etc. Depuis trente ans, nous n'avons pas cessé.

Chaque pays a son histoire par rapport au féminisme. En France, il est frappant de constater — c'est sans doute l'influence de la tendance lutte de classes du début du mouvement — qu'il n'y a pas eu beaucoup de travail sur le symbolique.

Les insultes sexistes n'avaient jamais été considérées comme un problème avant que je m'en occupe et la publicité sexiste, on s'y intéresse surtout quand on commence dans le féminisme. Pour avoir observé et étudié les groupes de jeunes femmes, très souvent, je constate qu'elles commencent par cela et qu'ensuite, très vite, elles sont requises par des choses urgentes et nécessaires, les bas salaires, le mi-temps et qu'elles sont dans l'action.

Il ne s'agit pas de faire des hiérarchies dans les priorités. C'est un fait historique. Dans d'autres pays, cela s'est passé autrement et c'est pour cela que l'ayant étudié, notamment dans les pays nordiques et au Canada, j'ai voulu moi-même essayer de m'en inspirer. Le deuxième aspect frappant chez les féministes françaises, mais aussi chez les Français en général, est en effet leur manque d'intérêt pour ce qui s'est fait ailleurs.

Je commence toujours, pour ma part, par rechercher ce qui a marché ailleurs pour essayer de voir comment l'adapter. Par exemple, j'ai longuement interrogé des Québécois qui m'ont confirmé qu'il est inenvisageable de voir des publicités sexistes chez eux, parce que l'agence serait déconsidérée et que l'on boycotterait le reste de ses produits. En France, on ne peut même pas imaginer cela. Le rapport de forces étant ce qu'il est, les

annonceurs ont tous les pouvoirs, puisqu'ils considèrent qu'ils font de l'art. Pour moi, c'est une des plus abominables façons d'utiliser la beauté et l'esthétique et de les mettre au service d'une idéologie que je trouve nauséabonde — et encore le mot est faible — quand on voit certaines publicités, que je vais vous commenter.

Je travaille aussi beaucoup sur la pornographie. Je vais voir les dernières tendances dans ce domaine et je suis sûre de les retrouver dans la publicité deux ou trois ans après. Ma dernière enquête datant de la semaine dernière, je peux vous dire que nous verrons dans quelque temps davantage de femmes enceintes nues. C'est très tendance dans la pornographie et on commence à le voir dans la publicité.

La caractéristique de la publicité est d'employer, sans aucun rapport avec le produit, la nudité, la sexualité, les morceaux de corps, etc. C'est ce qui est extrêmement choquant. Cela a été très bien vu par Philippe Breton dans son livre *La parole manipulée*, qui analyse les techniques de manipulation.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pourrions-nous nous arrêter sur ce sujet ? Je ne voudrais pas généraliser à partir de mes réactions, mais le corps de femmes nues devant un parfum ne va pas forcément me choquer. C'est peut-être un processus d'habitude, que je veux bien admettre, mais je serais plus choquée par la relation, par la mise en scène, que par la présentation d'un corps, même si, *a priori*, il est vrai que l'on peut se demander quel est le rapport entre un corps et un parfum. Pour moi, cela reste de l'ordre de l'esthétique, alors que dans la mise en jeu d'une relation, comme celle évoquée par la publicité des chaussures Weston, le caractère choquant me paraît indéniable.

Mme Florence Montreynaud : De toutes les publicités, celle qui me choque le plus n'est pas une publicité sexiste, c'est celle des magasins Auchan qui, sur des images variées, lance le slogan "*la vie, la vraie*". Pour moi, c'est la publicité la plus obscène qui soit : penser que la vraie vie, c'est d'aller dans un centre commercial ! Pour moi, cette publicité, c'est le symbole de notre société. Donc, l'obscénité, on la met où l'on veut. La "vérité" de la "vie" — ce sont ces deux mots que l'on voit — est placée dans la consommation : est-ce vraiment cela le résumé de notre culture ? Tout est lié à l'argent.

Je vais maintenant vous démontrer ce que je dis en images. Voici le numéro de février d'un magazine de mode masculine *Fashion Style*. Il est le symbole de ce que la presse française produit aujourd'hui et me semble un bon résumé de ce qui se fait. Ce ne sont pas seulement les publicités, mais l'ensemble qui est intéressant. Il y a d'abord une image de mode avec une femme aux pieds d'un homme : assez banal. Puis — c'est ici que l'on atteint un sommet — un article sur une collection de montres pour homme, avec des images montrant des supports de montres qui sont en forme de corps de femmes nues, cinq images successives qui s'achèvent par la dernière, dans laquelle la femme met la main dans sa culotte, ce qui est très tendance aujourd'hui. Enfin, la dernière page comporte une publicité pour des meubles qui représente une femme, dont on peut imaginer qu'elle se masturbe, à moitié nue. Cela passe l'entendement.

Je vous ai apporté ce magazine pour que vous voyiez que la publicité n'arrive pas dans un décor innocent. Cela paraît normal ici de voir des montres dans un écrin en forme de femme. C'est à la limite de la pornographie. A mes yeux, cette limite est même dépassée.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il serait intéressant que vous nous exposiez votre classification des publicités, avec exemples à l'appui.

Mme Florence Montreynaud : Je vous présenterai d'abord nos actions de terrain, qui sont une grande nouveauté. J'anime en effet des groupes de prise de conscience en France.

Premièrement, nous nous réunissons pour étudier quelques images et en parler. On en parle donc entre personnes politiquement d'accord, dont on pourrait penser du moins qu'elles ont une base commune et l'on s'aperçoit avec stupéfaction que l'on ne voit pas les mêmes choses. C'est un travail tout à fait enrichissant, et l'on peut imaginer ce que ce doit être entre personnes différentes. C'est donc la première étape. Nous en discutons entre nous, en confrontant et confortant nos réactions.

Deuxièmement, nous adoptons une nouvelle stratégie, qui a d'ailleurs fait l'objet d'un reportage de France 2 qui sera diffusé samedi prochain : nous faisons des actions-trottoir. Nous allons à deux avec quatre ou cinq images, pas plus. Au début, nous en prenions une dizaine et nous attirions les hommes comme des mouches, cela faisait un peu catalogue porno ! Maintenant, nous parlons avec les gens et je tiens à souligner que cela représente un réel enrichissement, car les gens ont beaucoup de choses à dire.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Cela m'amène à penser que l'on peut en casser les rouages, parce que cela correspond plus à une mode qu'à un désir profond. C'est un peu comme la violence dans les films.

Mme Florence Montreynaud : Je vais vous projeter quelques publicités, que je compte ensuite présenter dans des classes de lycée. J'ai essayé de faire au plus simple en cherchant à définir des grilles d'analyse, qui n'existaient pas jusqu'à présent. J'ai inventé cela en mettant autour de moi plusieurs centaines de publicités et en les classant par thèmes en fonction du thème principal.

J'aborderai deux parties : d'une part, sexualité et violence, d'autre part, sexisme et déformation.

En ce qui concerne le volet sexualité et violence, nous trouvons, premièrement, la nudité sans rapport avec le produit.

C'est un élément de fond destiné à susciter chez l'homme hétérosexuel quelque chose d'érotique et chez la femme hétérosexuelle, le désir d'identification. Cela fonctionne de façon complexe, mais il s'agit d'associer, tel le chien de Pavlov, la nudité, le désir et le produit.

Je peux à ce propos vous parler de la première action que nous avons lancée contre la Croix-Rouge. Je viens de recevoir une nouvelle lettre de son président, le professeur Gentilini, qui persiste et signe.

Je vais vous décrire cette publicité pour apprendre les gestes qui sauvent. Elle m'a été signalé par des Suédoises. D'ailleurs, on m'a assuré, mais il faut que je vérifie mes sources, que la Croix-Rouge suédoise avait désavoué la Croix-Rouge française. Je trouve très important d'essayer de lancer une action dans les autres Croix-Rouge, puisque la Croix-Rouge française et son président, qui est plutôt pacifique et contre toute violence à l'égard des femmes, refusent de me comprendre.

Cela commence comme dans un film pornographique. L'expérience que j'ai en ce domaine me permet de comprendre que ce sont les mêmes techniques qui sont utilisées et qu'il y a, maintenant, entre ces deux domaines une osmose très préoccupante. Une

femme est allongée par terre, une très belle femme, très mince avec des jambes interminables, en slip, soutien-gorge et chaussures à talon aiguille. La caméra commence par ses pieds, les caresse doucement, remonte, arrive à l'aine où est écrit *Point de compression* ; remonte encore pour arriver au sein, où est écrit *Massage cardiaque* ; enfin, parvient à la bouche et — jeu de mots digne d'une salle de garde — : *Bouche-à-bouche*.

La mannequin, Adriana Karembeu, est donc allongée. Puis, l'on voit apparaître un mannequin de travail en cire — un homme — et il est écrit : "*Si Adriana n'est pas disponible, demandez Roger*" !

Ce qui suggère aux secouristes et met dans leur tête l'idée qu'ils auront à secourir des mannequins. Il ne peut y avoir d'autre explication. S'ils n'ont pas assez de mannequins en sous-vêtements, ils auront un entraînement sur Roger. Mais sont-ils tombés sur la tête ? Cherchent-ils à attirer des maniaques sexuels ? La première réaction que nous avons eue sur notre site a été celle d'un médecin urgentiste, qui a secouru des vingtaines de personnes et qui dit qu'en général, cela sent plutôt mauvais, qu'il y a du vomit et du sang, et que le secourisme n'a rien à voir avec un mannequin en petite culotte.

Et le professeur Gentilini persiste à dire qu'il voit de l'humour et de l'intelligence dans ce spot !

Je lui ai répondu que montrer Adriana Karembeu en femme active secourant quelqu'un aurait pu être formidable, mais que montrer, une fois de plus, une femme blessée, inconsciente, dont une caméra viole l'intimité, cela dépassait l'entendement.

Je viens de recevoir une nouvelle lettre de sa part, dans laquelle il nous dit que nos réactions sont violentes et grossières, qu'il s'exprime, lui, courtoisement et qu'il persiste à ne pas trouver ce spot sexiste. Je vous avertis que nous prévoyons une manifestation le 8 mars.

C'était donc le premier instrument d'analyse : l'utilisation du corps sans rapport avec le produit.

C'est également le cas de la publicité pour le parfum Opium. La publicité de l'an dernier était une très belle photo d'une femme habillée. Celle de cette année a beaucoup plus fait parler d'elle. Vous parliez de corps nus associés à des parfums qui ne vous choquaient pas, mais si celle-ci ne vous choque pas, je dois dire...

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il y a ici une certaine attitude...

Mme Florence Montreynaud : Oui, de jouissance nette : elle se pince le sein, elle défaille.

Je vais vous dire en quoi elle me choque. J'ai fait le tour de France pour les besoins de mon livre. Cette publicité était placardée dans toutes les gares. Je l'ai vue affichée derrière des femmes simples, fatiguées ou encore devant des femmes musulmanes voilées, qui attendaient un bus. Pour ces femmes, on se dit que ce doit être un choc culturel, dont il faut qu'elles se protègent.

De plus, imaginez tout le travail que nous faisons au Planning familial et dans les collèges. Il y a là un modèle de la jouissance : on ne peut pas jouir autrement que de cette manière exorbitée, droguée : Opium ! C'est vraiment un modèle de sexualité que l'on impose à une fille. C'est encore cela que je trouve le plus pernicieux.

Voici une autre image qui va vous faire rire. C'est une image de chaussettes pour hommes ou pour femmes ; il lui baise les pieds, elle a le buste dénudé. C'est là encore sans rapport avec le produit.

J'ai eu la chance de recevoir un trésor par la Poste. Une habitante de Grenoble m'a adressé une centaine de publicités. Elle collectionne, depuis trois ou quatre ans, des photos des panneaux publicitaires, sur un décor de magnifiques montagnes, que l'on voit à la sortie des villes. Parmi celles-ci, je citerai parmi les plus connues, celles de La City qui, comme vous le savez, "habille les femmes nues", ce qui a donné le prétexte à une douzaine de visuels. La City utilise cette nudité sans rapport avec le produit. Le prétexte est de nous imposer, ce qui est une autre violence, des androgynes, dans lesquels aucune femme ne peut se reconnaître. Ce sont des publicités, généralement destinées aux adolescentes, qui cultivent l'androgynie.

Vous me direz que les sous-vêtements, on ne peut les montrer que sur des nus. Mais j'avais engagé une action, qui avait été relayée dans certains médias, notamment Radio France, sur la publicité des soutiens-gorge Variance, qui était un prétexte pour exhiber des paires de seins dans toute la France. Dans toute la France, car, quand je découvre cela sur un panneau, ce sont 10 000 panneaux que l'on a dans toute la France. C'est une imposition de normes, alors qu'on sait que les femmes ont des seins de plus en plus gros, et que cela les complexe. De toute façon, quelle que soit l'image, cela nous complexe.

Le deuxième sujet est la sexualisation hors de propos.

Il en existe des dizaines et des dizaines d'exemples. Peut-être le plus choquant est-il celui des Trois Suisses, avec sa symbolique phallique. Mais, il y a aussi les lesbiennes ERAM, sorties fin août : des lesbiennes torrides ! La représentation de lesbiennes est un des clichés de la pornographie, par exemple sur les cartes postales du début du siècle. Les lesbiennes sont un genre pornographique, toujours pour le regard des hommes et toujours dans les positions que vous imaginez. C'est aussi insultant pour les lesbiennes. C'est vraiment de la pornographie, même si cela se veut du deuxième degré, car, d'après les savantes explications des annonceurs, ERAM ne faisait que pasticher Dior et compagnie.

C'est ce que j'appelle la sexualisation sans rapport avec le produit.

Puis, vient une deuxième classification : le sado-masochisme, qui fait recette depuis quatre ou cinq ans.

Dans la publicité pour le parfum Domination de Rochas, le choix du nom est déjà évocateur. Le collier d'animal que porte la jeune femme est typique de la pornographie. Et, surtout — une chose que je n'ose pas dire aux enfants — sa bouche brillante est typique en pornographie de l'après-fellation. Cela dit quelque chose à des hommes, moins à des femmes.

En tant qu'historienne, je me dis toujours que dans deux cents ans, quand on étudiera notre civilisation, on déduira de ces images les types des rapports humains qui pouvaient exister à notre époque !

Autre exemple de sado-masochisme extrêmement répandu, c'est le rapport entre deux femmes. Les publicitaires ne savent pas représenter l'amitié entre les êtres humains ; les femmes sont soit des lesbiennes, exhibitionnistes comme dans la pornographie, soit des

rivales. De même, vous ne verrez jamais deux hommes dans une relation d'amitié, parce qu'ils ont trop peur de l'homosexualité masculine.

Dans la série sado-masochisme, cette publicité me paraît être la plus grave. Cette image est morbide. La marque s'appelle Gossard et il est écrit "*Le point G s'est déplacé !*". Le point G étant une découverte qui est beaucoup plus connue dans le monde anglo-saxon, — Gossard est une marque anglaise —, quand je montre cette affiche à un public jeune, beaucoup ne comprennent même pas ce qu'est ce point G.

A mon sens, c'est profondément obscène. Ce corps est morbide ; elle n'a pas de tête... On voit un buste de femme portant un soutien-gorge avec, écrit sur le ventre : "Ici mourut Pierre L., 21 ans". Cette publicité est terrifiante ! Il faut comprendre, quand on a le sens de l'humour, et au second degré, que Pierre est mort de plaisir, c'est-à-dire la "petite mort" pour les hommes.

J'en arrive à la rubrique : nos amis les bêtes ou que fait la SPA ?

Cette publicité représente un cochon et une femme dans une baignoire de boue. Les gens réagissent de manière très curieuse quand nous leur demandons ce qu'ils pensent de ces images. Cette publicité paraît aux jeunes comme rigolote, mais la plupart des personnes se déclarent horrifiées. D'autant que la légende, c'est "*un divan, un amoureux, un DVD. Que demander de plus ?*". C'est une publicité pour un site Internet. C'est inimaginable ce que les sites Internet inventent. C'est de loin la publicité la plus grossière.

Dans la série *Que fait la SPA ?*, nous avons la série de publicités d'Ungaro. La progression est très raffinée. Le chien commence par lécher le pied de la jeune femme, puis, lui lèche la bouche. Elle est toujours en extase. Sur l'image suivante, il est derrière, ce qui évoque la sodomie. Puis, elle se console. Et nous terminons avec la dernière, sur laquelle elle a la tête coupée et le chien est représenté dans un déguisement de pornographie classique. Cette campagne finie, voici la photo de l'année d'après, où elle est ligotée. Ils font vraiment très fort.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Les avez-vous contactés ?

Mme Florence Montreynaud : Non. Je ne voulais pas recommencer à m'occuper du luxe. Avec les Chiennes de garde, nous avons dépensé une énergie colossale avec le Fouquet's et nous avons gagné, mais cela nous a coûté cher, parce que nous avons dû expliquer sans cesse pourquoi nous avons le droit d'aller dépenser notre argent dans un endroit de luxe.

Ensuite, dans la série prostitution, j'ai deux exemples de publicités qui illustrent les rapports avec les annonceurs.

Le premier est celui de la poupée gonflable avec le slogan : "*Votre fiancée va en rester bouche bée*". J'ai reçu quarante protestations pour cette publicité pour le Nomad de Bouygues. La direction de Bouygues, à qui j'ai téléphoné pour dire que je ne tenais plus les Chiennes de garde, s'est fendue d'un communiqué disant qu'elle regrettait et qu'elle ferait en sorte que cela ne se reproduise plus.

L'année suivante, dans le métro, on voyait à propos de cette publicité pour Nomad, "*1 heure, cent francs*" écrit sur la poitrine d'une femme dont on ne voit pas le visage. Je rappelle donc la direction de Bouygues. Figurez-vous que j'ai passé un quart d'heure à expliquer ce que tous les hommes interrogés dans la rue disaient : "Ce n'est pas

cher !". Elle prétendait ne pas voir. Les femmes ont peut-être un problème d'identification avec la prostitution, mais les hommes pas du tout.

Deuxièmement, sur la prostitution, il y a l'exemple des chaussures Weston. Le directeur général de Weston considère que c'est un "*univers de séduction saine*". Nous préparons une action le 8 mars.

Enfin, pour illustrer les violences machistes qui représentent la dernière rubrique de la catégorie sexualité et violences, j'ai retenu les publicités citées dans le Manifeste de la Meute : celle de la noire pour le chocolat Suchard — *Vous avez beau dire non, on entend oui* — qui est un appel au viol, la seconde étant la fameuse Babette pour une crème fraîche : *Je la lie, je la fouette et, parfois, elle passe à la casserole*. Cela fait beaucoup rire, mais j'ai reçu sur le site le témoignage de femmes qui avaient subi des violences et qui disaient que cette publicité avait réactivé leurs souvenirs. On ne peut pas jouer ainsi. C'est obscène d'utiliser la violence machiste à des fins commerciales.

Je vais aborder maintenant le second volet des éléments permettant une grille de lecture de la publicité sexiste : sexisme et déformations.

Il y a, tout d'abord, les clichés sexistes que l'on retrouve, par exemple, dans la publicité de Gucci, où une femme se traîne aux pieds d'un homme.

Ensuite, il y a la fausse symétrie homme-femme. Pour un même produit, vous avez, par exemple, un homme habillé, viril et sportif et une femme nue. Il faut faire comprendre aux enfants que c'est un monde où les femmes sont nues et les hommes non. Il faut les voir côte à côte.

Ensuite, il y a les morceaux de femmes. Cela fera sans doute l'objet de notre prochaine action. C'est la comparaison du corps de la femme avec le pain. J'ai sous-titré ce chapitre *On en mangerait !*, car ces publicités sont souvent liées à la nourriture. On favorise le cannibalisme et l'anthropophagie.

Je vous montre également cette publicité pour les slips Hom, pour que vous voyez que les hommes sont aussi soumis à ce régime. Cela me paraît intéressant, parce qu'il ne s'agit pas d'opposer sommairement des hommes publicitaires à de pauvres femmes mannequins, mais, plus globalement, de montrer un système machiste, dans lequel le corps humain est "marchandisé".

En cela, je me démarque d'amies féministes qui parlent toujours de domination masculine et de guerre entre les hommes et les femmes. Pour moi, il s'agit d'un système dans lequel des femmes sont aussi des actrices ; ainsi dans toutes les émissions de télévision ou de radio, où je suis invitée, mon interlocutrice est toujours une femme publicitaire.

En conclusion, je vous propose quatre axes d'actions.

Premièrement, entendre.

C'est ce que nous faisons par nos actions-trottoir. C'est un travail formidable. Les gens ont beaucoup à dire et ils se révoltent. Pas tous, naturellement, mais il nous est arrivé de voir des filles de douze ans dire que ce sont des images macho et qui nous racontent ensuite ce qu'elles vivent en classe. Cela m'a passionnée de voir des enfants réagir parce que, plus ils sont jeunes, plus ils sont perméables à tout cela.

Donc, entendre le public, ce que les gens ont à dire, ce que j'appelle, avec Yvan Gradis, le droit de légitime réponse.

Il faut entendre, car il y a une dictature de la publicité et du discours publicitaire et, en face, on n'entend rien. Or, le public a des choses à dire. Peut-être faudrait-il organiser des forums, des actions afin de solliciter leur expression. Je trouve passionnants les mots que les gens nous laissent sur le site.

Deuxièmement, comprendre.

En effet, cette analyse que je vous fais représente trente ans de travail pour parvenir à comprendre pourquoi, avec ces modèles si minces que l'on nous impose — déformés et trafiqués, bien entendu —, nous voyons apparaître tous ces cas d'anorexie.

Il faut comprendre aussi que l'obésité aux Etats-Unis est la conséquence de trente ans de publicité pour les barres chocolatées, par exemple, qui aboutit à une véritable déstructuration de la nourriture.

Il faut élaborer des instruments pédagogiques d'analyse des publicités sexistes en les testant sur le terrain. C'est ce que je suis en train de faire, mais il faut développer et essayer de comprendre dans les écoles. Dans quelques cours, on essaie de mettre en place cette analyse d'images.

Mme Danielle Bousquet : En cours de lettres, cela fait partie du programme.

Mme Florence Montreynaud : Oui, mais cela est-il fait par des féministes ? On peut toujours faire une analyse générale, mais met-on suffisamment en valeur l'impact de la violence machiste de ces images ?

Mme Danielle Bousquet : Le postulat selon lequel tous les enseignants seraient féministes me paraît un peu osé ; en revanche, que les enseignants soient malgré tout capables de faire passer cette idée, je n'en doute pas.

Mme Florence Montreynaud : Nous comptons beaucoup d'enseignants dans La Meute. Ils sont prêts à le faire.

Troisièmement, il faut une loi pour encadrer les pratiques publicitaires.

Cette loi, nous la demandons. Nous sommes des milliers de signataires à la demander, aussi bien les Chiennes de garde qu'une quantité d'associations.

Depuis 1983, la situation a évolué. Les gens sont réceptifs à cette idée et nous n'assisterions plus aujourd'hui à cette levée de boucliers et aux cris d'orfraies des publicitaires, qui se sont manifestés lorsque Mme Yvette Roudy a proposé son projet de loi très général, qui ne mentionnait d'ailleurs pas la publicité.

Nous ressentons une impuissance à ne pas disposer d'outils, que ce soit pour les insultes ou toute autre atteinte. Toute autre catégorie humaine qui ferait l'objet de traitements pareils — par exemple, les Noirs ou les Juifs — pourrait saisir la justice ; mais les femmes peuvent être représentées torturées, violentées, morcelées, etc, sans que cela gêne personne. Je crois encore plus qu'une loi susciterait des débats et que l'on entendrait justement les gens et ce qu'ils ont à dire face à ce "tout pouvoir" des publicitaires.

Enfin, et c'est le mot de la fin, ma devise est "Résister !".

Ne pas considérer, comme la majorité des gens que nous rencontrons, qu'il n'y a rien à faire, que c'est le pot de terre contre le pot de fer, que cela a toujours été ainsi. Ce n'est pas vrai, cela a commencé un jour et, ce jour, c'était dans les années 50. Au XIX^e siècle, la publicité n'était pas comme cela, c'était de la réclame. Maintenant, c'est très élaboré, cela fait appel à des techniques de conditionnements...

Mme Danielle Bousquet : Le BVP manque totalement à son rôle.

Mme Florence Montreynaud : Le BVP ne sert à rien, il n'a pas de pouvoir coercitif. Nous leur adressons copie de nos lettres, mais nous n'avons jamais reçu de réponse. Cela ne sert à rien, c'est un groupement d'annonceurs. Il n'y a pas de mystère. Que voulez-vous qu'ils fassent ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ils pourraient exercer une pression.

Mme Florence Montreynaud : A ma connaissance, le BVP a exercé cette pression dans deux cas, l'argument de la vitesse pour les voitures et celui de l'utilisation des enfants dans la publicité. Il y a une quinzaine d'années, les enfants ont disparu de la publicité. Actuellement, cela revient avec les bébés de la publicité pour l'eau d'Evian mais, à un moment donné, le BVP s'était imposé cette discipline. On ne doit pas utiliser les enfants pour n'importe quoi.

En Suède, on interdit la publicité avec les enfants et vers les enfants. J'adhère tout à fait à cet encadrement, parce qu'il me semble que la publicité présente d'énormes dangers et que cela correspond à des analyses d'une grande subtilité et à des techniques de persuasion extrêmement élaborées, parce qu'il y a des millions en jeu.

La publicité est fondée sur des méthodes très scientifiques. Nous avons maintenant, au sein de notre groupe, des personnes qui sont dans des écoles de commerce et suivent des cours sur la publicité et qui nous racontent comment on nous fait associer la sensation de plaisir à l'achat de tel produit.

Cela pervertit profondément le public sur plusieurs plans.

Quoi que nous fassions dans notre vie, nous sommes conditionnés dans notre sexualité par ces images de sexualité ; dans nos achats, par l'idée qu'en achetant cette crème, nous serons plus jeunes et plus beaux, que nous aurons l'amour de nos enfants, etc. On ne s'en rend pas forcément compte.

Ce que nous avons à demander en regard, c'est de la tolérance et de la paix, car nous en avons assez d'être considérés comme des cibles, au prix de la dignité humaine, qui est un prix trop élevé à payer.

Mme Danielle Bousquet : Il faut réexaminer le projet de loi anti-sexiste de Mme Yvette Roudy et voir s'il est possible de l'inscrire à l'ordre du jour.

Mme Florence Montreynaud : Si les rapports de forces n'ont pas changé, il me semble que les associations anti-homophobes étaient plus avancées sur ce point et proposaient aux féministes de les associer et de travailler sur les discriminations

homophobes et sexistes. C'est une question de tactique, mais d'un point de vue stratégique, je trouverais lamentable que le Parlement ne saisisse pas de ce problème de sexisme, qui est grave et sous-estimé en France.

En France, il y a une tradition culturelle des bonnes relations entre hommes et femmes. La réalité, comme vous le savez, est la même que dans les autres pays : il s'agit aussi en partie d'une relation de violence.

Mme Danielle Bousquet : Je ne pense pas que cela provienne du politique ; cela s'explique par le fait que la société est très tolérante vis-à-vis du sexisme. Le pouvoir politique n'est que le reflet de la société à un moment donné. Néanmoins, il est vrai qu'il ne joue pas son rôle d'entraînement et d'anticipation.

Mais je partage votre avis et je crois, comme vous, que les choses ont atteint un degré de gravité tel que nous ne pouvons plus accepter que cela continue. Il est temps de dire : "Halte, ce n'est plus possible".

Mme Florence Montreynaud : Nous entreprendrons des actions en peu partout en France, car il faut qu'ils entendent que cela suffit. Dans leurs bulletins professionnels, ils disent que la voie est libre, car les féministes ne réagissent pas.

Je vous résume un article de M. Christian Blachas, qui réalise Culture Pub sur M 6. En gros, il disait que la transgression est le moteur de la publicité. Il faut choquer pour se démarquer du voisin, car qu'est-ce qui distingue Ungaro de Givenchy ? On n'en sait rien, alors Ungaro va faire une image zoophile.

Mme Danielle Bousquet : Il y a eu un moment où le moteur de la publicité était la séduction, mais nous n'en sommes plus là.

Mme Florence Montreynaud : Nous en sommes à provoquer et choquer.

Mme Danielle Bousquet : C'étaient les publicités Benetton d'il y a quelques années.

Mme Florence Montreynaud : Pour Benetton, il y a eu une révolte des franchisés en Allemagne, qui n'ont plus voulu vendre de produits Benetton. J'attends beaucoup de la révolte des consommateurs.

Mais que faire ? Nous allons engager des actions symboliques, comme nous l'avons fait avec les Chiennes de garde. Le 8 mars, dans toute la France, les Meutes vont manifester devant les centres de la Croix-Rouge. Comme vous le savez, la Croix-Rouge a changé de structures ; ils se sont dit qu'ils avaient une image de vieille dame poussiéreuse et qu'il leur fallait la changer.

Je dois dire que j'ai également appris beaucoup sur la psychologie des décideurs. Comment des hommes d'un certain âge, des hommes responsables, pouvaient-ils accepter de produire des images de ce type ? Et je pense avoir compris ce qui se passe : ces hommes voulant séduire des cibles jeunes, pensent, poussés par les publicitaires, que ces publicités qui les choquent, plaisent aux jeunes, aux 20-30 ans. Il se font avoir par cet argument avancé par les publicitaires.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : En termes de résultats ?

Mme Florence Montreynaud : En termes de résultats, ça marche.

La publicité Gucci avec la femme qui se traîne aux pieds de l'homme qui bande, ça marche. La robe s'est très bien vendue. La publicité d'Ungaro, ça marche aussi.

Mme Danielle Bousquet : La publicité de la femme qui porte une robe largement échancrée, est une belle photo en soi, mais il s'agit d'une robe qu'il faut vendre à des femmes. Quel intérêt cela présente-t-il pour une femme ?

Mme Florence Montreynaud : Cela fonctionne par identification : vêtue ainsi, je plairai aux hommes. En fait, c'est un peu plus compliqué, cela "fait mode", cela fait penser à la sexualité.

On ne connaît pas exactement les mécanismes par lesquels ça marche ; les chercheurs ne sont pas d'accord sur ce point, mais le fait est que cela fonctionne. C'est évident. Cela a un impact direct sur les ventes. Le lien est aussi complexe que l'est la psyché humaine, mais il est certain qu'à tous les degrés, c'est une insulte à la dignité humaine.

Mme Danielle Bousquet : Il est assez incroyable d'ailleurs, que, comme vous le dites, ces annonceurs puissent être des individus moralement normaux et normalement intelligents. Je connais Emmanuel Ungaro, qui a fait des études de philosophie et qui est quelqu'un de bien.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Mais, en termes de résultats, ce qui est important, est-ce de faire de la publicité ou de faire ce type de publicité ?

Mme Danielle Bousquet : En tout cas, cela ne marche pas forcément mieux, mais cela marche aussi.

Mme Florence Montreynaud : En venant, dans le métro, j'ai vu une publicité d'Evian dans laquelle, il y avait juste la bouteille d'Evian représentée et, à côté, il y avait un autre produit illustré par une petite fille qui lève sa jupe. Tant qu'à faire de la publicité, s'il nous faut la supporter, qu'on se limite au produit.

Mme Danielle Bousquet : La loi anti-sexiste n'aurait pas comme objectif d'interdire la publicité.

Mme Florence Montreynaud : Elle ne le pourrait pas. Mais elle pourrait réglementer son usage.

Par exemple, en Suède, la publicité en direction du jeune public est interdite dans les émissions pour enfants, parce que l'on sait bien que les enfants sont les plus impressionnables et qu'ils apprennent des slogans mieux que toute autre chose. C'est de la protection de la jeunesse. Ils vont croire que le chocolat est nécessaire à leur équilibre ou que cela leur donnera des parents en bonne santé ou je ne sais quelle calembredaine. Les enfants jusqu'à l'âge de sept ans ne savent pas distinguer la publicité du réel. C'est vraiment très grave, car ce monde de publicité est totalement irréel.

C'est très bien analysé dans les manuels. Comment transformer les enfants en consommateurs. Il faut une loi pour rappeler, pour imposer des limites. Les publicitaires

cherchent les limites en ce moment. Il me semble être comme des enfants. Ils poussent les limites, ils continuent et ne rencontrent aucune résistance.

Quand je rencontre des publicitaires, ils me sortent tous les clichés : "Mais enfin, madame, vous ne savez pas que ce qu'est le plaisir !". Il faut que je leur réponde que mon plaisir, il ne s'étale pas sur les murs de toutes les villes. Il faut leur rappeler des concepts simples. C'est le plus grave, c'est ce qui m'inquiète le plus. C'est pour cela que mon expérience au Planning familial — j'ai beaucoup écrit sur la sexualité — me pousse à me présenter d'abord et à dire que ma conception de la sexualité est qu'elle relève de l'intime, mais pas le samedi soir dans la position du missionnaire, comme ils voudraient bien le croire.

En tout cas, ce qui est certain, c'est que ma conception de la sexualité n'est pas celle qu'ils veulent nous imposer, celle de beaux jeunes gens, sinon le public a des complexes s'il ne ressemble pas à cela.

Je vous assure que, même moi qui ai une longue habitude des publicités, cette image du parfum Opium me complexe et m'obsède. Je frémis en pensant combien elle peut s'imprimer dans les esprits des gens qui n'ont pas réfléchi autant que moi sur la question. Pour jouir, il faut être nue, avec des hauts talons, la tête en arrière, maquillée. Cette image qui a été placardée à des dizaines de milliers d'exemplaires, je suis persuadée qu'elle conduit à conditionner l'érotisme dans un sens que je trouve dommage, car l'érotisme, ce n'est pas cela...

C. LA SITUATION DES FEMMES AFGHANES

Audition de membres de l'association NEGAR, association de soutien aux femmes d'Afghanistan

Réunion du mardi 19 juin 2001

Présidence de Mme Martine Lignières-Cassou

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Chers collègues, nous avons le plaisir d'accueillir Mme Shoukria Haidar, enseignante en éducation physique, Mme Chantal Véron, enseignante en anglais, et Mme Constance Borde, professeur d'anglais à Sciences-Po, membres de l'association NEGAR, l'association de soutien aux femmes d'Afghanistan.

Votre association a été créée à l'initiative de femmes afghanes pour répondre à la détresse des femmes vivant en Afghanistan qui sont aujourd'hui privées de leurs droits les plus élémentaires.

Les conditions de vie des femmes afghanes n'ont pas toujours été telles.

Mme Shoukria Haidar : En effet !

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Au moins dans les grandes villes, avant l'arrivée des Talibans, elles pouvaient étudier et travailler. A partir de 1958, certaines d'entre elles ont même fait partie du Parlement et du Gouvernement.

Aujourd'hui, grâce notamment à l'action d'associations comme la vôtre, la situation des femmes afghanes sort de l'ombre où voudraient pourtant les enfermer les Talibans.

Trois femmes sorties clandestinement d'Afghanistan, à l'invitation du magazine *Elle*, se sont rendues en mai dernier au Parlement européen et à l'Assemblée nationale, où elles ont été reçues par le Président Raymond Forni. J'ai moi-même pu les rencontrer et échanger avec elles à cette occasion. Leur courage et leur résolution nous ont beaucoup impressionnés.

Comment pouvons-nous aider les femmes afghanes ? Les trois femmes afghanes que nous avons reçues demandaient l'aide politique du Gouvernement français de manière à ce qu'il fasse pression sur le Pakistan et l'Arabie Saoudite afin que ces deux pays cessent d'aider les Talibans.

Nous souhaitons aujourd'hui vous assurer de notre solidarité. Quelles actions pourrions-nous entreprendre ensemble pour que les femmes afghanes ne retombent pas dans l'ombre ?

Mme Shoukria Haidar : L'association NEGAR a été fondée en 1996, en réponse aux messages de détresse lancés par des femmes afghanes, car les femmes ont été les premières victimes des Talibans, avec l'objectif d'informer et de sensibiliser partout où nous le pouvions. Lorsqu'elles ont pris le pouvoir, les milices talibans ont prétendu apporter la paix et la sécurité. Or, dès la chute de Kaboul, nous avons pu nous rendre compte de leurs intentions réelles. Nous savions que ces gens n'étaient pas des honnêtes gens et qu'ils ne constituaient pas une formation politique ou idéologique issue de la société afghane. Il était donc urgent d'informer l'opinion sur la vraie nature de cette milice.

Les années ont passé, et l'Afghanistan a énormément souffert. Depuis 1996, la situation s'est considérablement aggravée. Pour autant, la population fait face et se mobilise contre les milices talibans. Une résistance de l'intérieur s'organise de mieux en mieux, même si la population est chaque jour davantage éprouvée. La solidarité internationale et la lutte organisée par les associations de femmes afghanes à travers le monde se mettent en place.

Comment l'Assemblée nationale peut-elle nous aider ?

Nous avons besoin d'un appui politique, c'est évident et urgent, pour faire entendre la voix des femmes afghanes, du fait que leur position sociale et leur calvaire sont devenus un enjeu politique central.

Les hommes et les enfants souffrent également, mais les femmes sont soumises à trois degrés d'oppression, ce qui permet aux commanditaires des milices talibans de mettre sous leur contrôle la société afghane dans son ensemble.

D'abord, elles subissent la pression des milices talibans qui ont supprimé tous leurs droits et exercent à leur encontre une répression impitoyable.

Ensuite, elles subissent une pression morale, car elles sont forcées de réprimer tous leurs désirs de révolte, de peur de mettre en danger les hommes de leur famille qui subiraient à leur tour la répression, si elles se révoltaient.

Enfin, de peur d'être emprisonnés et battus, les hommes de leur famille exercent à leur tour une pression sur elles pour les empêcher de braver les interdits.

La parole des femmes afghanes était désormais absente dans la société afghane et sur la scène internationale.

C'est pour cette raison, qu'à l'initiative de NEGAR, nous avons organisé au Tadjikistan, en juin 2000, la Conférence de Douchanbé, qui comprenait deux actions conjointes :

D'une part, une action de solidarité intitulée "Femmes en marche pour l'Afghanistan" ; quarante-trois femmes et deux hommes, parmi lesquels des personnalités politiques et associatives et des journalistes des différents continents (Françaises, Espagnoles, Américaines, Algériennes, Tadjikes...) venaient témoigner de leur solidarité avec les femmes afghanes et soutenir leurs actions.

D'autre part, la Conférence des femmes afghanes de Douchanbé des 27 et 28 juin 2000, avec trois cents femmes afghanes représentantes de plusieurs associations de femmes afghanes d'Amérique, d'Europe, de l'intérieur de l'Afghanistan et des pays voisins

de l'Afghanistan, de tous bords politiques, représentatives de toutes les communautés afghanes.

Au terme de cette conférence, les femmes afghanes ont élaboré et promulgué en dix articles la Déclaration des Droits Fondamentaux de la Femme Afghane.

Par cette Déclaration, les femmes afghanes expriment leur volonté de retrouver leur dignité et leurs droits : les droits les plus élémentaires et naturels, les droits reconnus par les Constitutions afghanes de 1964 et 1977, et les droits que leur donnent les Chartres internationales, tous ces droits qui sont malheureusement bafoués et supprimés par les décrets officiels des milices talibans.

Cette Déclaration des Droits Fondamentaux de la Femme Afghane, c'est un outil fabuleux :

1) Elle exprime au niveau international la voix des plus opprimés de l'Afghanistan : les femmes afghanes, autour desquelles nous pourrions mobiliser, à travers le Manifeste de Soutien, la solidarité internationale, choquée par le traitement que les Pakistanais, par l'intermédiaire de leurs milices talibans, font subir aux femmes, et à travers elles à la société.

2) Cette Déclaration, qui exprime les droits des femmes afghanes, est un élément clair pour mobiliser les politiques des différents pays, pour qu'ils l'adoptent et que les Nations-Unies acceptent qu'elle fasse partie du processus de paix, de façon à ce qu'on arrive à la paix avec le droit des femmes, contre la paix du cimetière amenée par la tyrannie des milices talibans.

3) Face au désordre et à la dispersion politiques actuels de l'Afghanistan, dans lesquels les hommes et les partis sont mal définis et mal connus les uns par rapport aux autres, cette Déclaration des Droits Fondamentaux qui touche directement la moitié de la population, et qui est une question cruciale pour l'avenir du pays, est un élément concret qui permet aux différentes tendances de se repositionner.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La Déclaration est donc également destinée à la résistance interne.

Mme Shoukria Haidar : Voilà ! Le droit des femmes doit être la condition du retour à une vie acceptable et à la démocratie. C'est dans ce sens que nous travaillons avec d'autres associations.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Plusieurs associations afghanes travaillent avec vous à Paris ?

Mme Shoukria Haidar : Oui, mais il s'agit d'associations humanitaires. En France, nous sommes la seule association qui milite pour les droits des femmes. Les associations qui ont les mêmes objectifs que nous travaillent à l'étranger.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il existe donc un réseau international.

Mme Shoukria Haidar : Oui, dans différents pays d'Europe, en Amérique, en Asie et à l'intérieur de l'Afghanistan, il existe des associations avec lesquelles nous

travaillons. Par exemple nous travaillons avec d'autres associations à l'intérieur de l'Afghanistan par le biais des classes clandestines de Kaboul ou pour aider les zones non contrôlées par les Talibans.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous avez également lancé un manifeste de soutien. Êtes-vous en mesure de comptabiliser le nombre de personnes qui l'ont signé ?

Mme Shoukria Haidar : Je pense que nous avons dû recueillir entre 70 à 80 000 signatures pour la France.

Mme Chantal Véron : Pour le moment, nous avons comptabilisé 38 000 signatures, mais il nous reste à en compter encore beaucoup.

Mme Constance Borde : Notre manifeste de soutien a été publié par *Elle* et par le *Nouvel Observateur*, notamment. Et il nous reste beaucoup de pétitions à comptabiliser.

Mme Shoukria Haidar : Le problème, c'est que nous manquons de moyens, en personnel et en matériel. La logistique nous manque cruellement. Nous recevons beaucoup de signatures d'agriculteurs, d'ouvriers, de chômeurs, de médecins, de professeurs ou d'avocats. Le soutien est très large.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Un de nos collègues, Gérard Bapt, fait actuellement circuler une pétition à l'Assemblée nationale.

Mme Shoukria Haidar : Cette campagne de signatures ne se limite pas à la France.

Mme Constance Borde : La campagne de signature a aussi débuté aux Etats-Unis. Le travail commence à prendre forme.

Mme Shoukria Haidar : L'Espagne, l'Allemagne, et l'Italie se mobilisent. Nous cherchons également à tisser des liens avec les pays musulmans - l'Algérie, la Tunisie, le Maroc - de manière à ne pas donner le sentiment que ce sont les occidentaux qui nous imposent leur valeur. Nous venons également d'approcher le Tadjikistan et l'Ouzbékistan, car ces pays seront touchés tôt ou tard par la talibanisation. Ces pays sont d'ores et déjà inquiets de la montée en puissance des Talibans.

Nous essayons donc de recueillir un soutien assez large, d'approcher les politiques et les Nations-Unies pour accélérer le processus de paix. Le Gouvernement qui succédera aux Talibans doit être "respirable". L'important aujourd'hui est de stopper la chute libre du droit des femmes.

Mme Constance Borde : Je fais signer beaucoup de Manifestes de Soutien, car ma sympathie va aux femmes afghanes. Ce sont les femmes afghanes elles-mêmes, je l'ai vu de mes propres yeux, qui ont rédigé la Déclaration. D'ailleurs, elle a d'abord été rédigée en persan avant d'être traduite. Sa rédaction n'a donc en rien été influencée par des femmes occidentales. Trois cents femmes afghanes étaient présentes à la conférence de Douchanbé : le moment était extraordinaire, et nous nous sommes engagés à apporter leur parole au monde extérieur. Une telle démarche, à mon avis, est politiquement beaucoup plus efficace qu'une pétition.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Elles veulent que la Déclaration fasse partie des discussions pour le processus de paix.

Mme Shoukria Haidar : Tout à fait.

Mme Constance Borde : La Déclaration met en avant dix droits ordinaires qui doivent être reconnus.

Mme Shoukria Haidar : Trois cents femmes afghanes étaient présentes, les 27 et 28 juin derniers, à la conférence de Douchanbé. Différents groupes politiques et mixtes étaient présents. La présence de la presse persanophone — afghane, tadjik, iranienne — et d'une journaliste française nous a permis de diffuser le message largement. Les hommes et les femmes qui assistaient à la conférence étaient très émus. Ils avaient le sentiment que, pour la première fois, ils étaient en train de décider quelque chose pour leur avenir.

Avec cette Déclaration, les hommes et les femmes afghanes ont placé leur espoir dans le retour à une paix juste où les femmes ne seront pas écartées.

Mme Chantal Véron : La conférence a eu un grand retentissement en Afghanistan, notamment dans les zones libres du nord où j'ai fait signer la Déclaration dans tous les lycées et écoles de filles où les Talibans ne sont encore pas présents. A Kaboul également, où je me suis rendue, les femmes avaient été informées de la conférence. Cela leur donne un espoir.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Comment peut-on aider concrètement ce mouvement vers la paix ? Nous posons et nous continuerons à poser des questions au ministre des affaires étrangères, mais cette démarche me paraît limitée.

Mme Chantal Véron : Nous souhaiterions que la France prenne des décisions politiques, qu'elle mette en cause le Pakistan et fasse pression sur lui, notamment en matière de relations commerciales.

Mme Constance Borde : Ce n'est plus un secret : tout est géopolitique. Les Afghanes et les Afghans sont coincés par le jeu politique. Nous, nous ne souhaitons pas trop nous immiscer dans les politiques extérieures, mais tout le monde aujourd'hui s'accorde sur l'origine du problème.

Mme Chantal Véron : Les gens se demandent pourquoi le Gouvernement ne fait rien alors qu'il s'est engagé dans la guerre en Irak et au Kosovo. La France est le pays des droits de l'homme. Il faut donc absolument agir pour un retour des droits en Afghanistan.

Mme Shoukria Haidar : Quelle forme d'action constructive mener pour que les hommes et les femmes afghanes retrouvent leur dignité ? L'Assemblée nationale ne pourrait-elle pas reconnaître la Déclaration comme élément intégrant du processus de paix et proposer aux Nations-Unies d'en faire autant ? Certes, certains Afghans collaborent avec les Talibans. Certains Afghans sont fermés et ne comprendront jamais la portée de la Déclaration, mais il s'agit d'une minorité, soit intéressée, soit ignorante. La grande majorité des Afghans sont d'accord pour reconnaître des droits élémentaires aux femmes.

Comment l'Assemblée nationale peut-elle agir pour que la charte soit acceptée comme une pièce intégrante au retour de la paix ? Voilà la question essentielle.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pour le moment, elle ne l'est pas ?

Mme Shoukria Haidar : Non.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Des négociations ont-elles été ouvertes ?

Mme Shoukria Haidar : Des négociations sont ouvertes un peu partout. Il existe différentes tentatives visant à des solutions de paix. Mais aucune ne prend en compte la question du droit des femmes.

Mme Chantal Véron : Beaucoup souhaitent un arrangement avec les Talibans qui, espère-t-on, feront des concessions. Pour nous, c'est inimaginable.

Mme Shoukria Haidar : Le seul à défendre le droit des femmes sur le terrain est le commandant Massoud qui a signé la Déclaration avec ses ministres et certains de ses diplomates. Mais son action est très limitée et sa marge d'action très étroite.

Amplifier le mouvement des droits des femmes permettra également de prendre le dessus sur ceux qui essaient de basculer dans un islamisme un peu fermé.

Mme Chantal Véron : On force toujours le commandant Massoud à s'asseoir à la table des négociations avec les Talibans. Cela signifie-t-il qu'il devrait abandonner le droit des femmes ? Comment penser qu'ils peuvent trouver un accord ? C'est impensable.

Il faut absolument garder comme principe le droit des femmes afghanes.

Mme Shoukria Haidar : Mettre en avant le droit des femmes devrait permettre de recomposer le paysage politique afghan et de distinguer entre ceux qui sont pour et ceux qui sont contre le droit des femmes.

Mme Odette Casanova : Il ne faut donc s'asseoir à la table des négociations que si les partenaires prennent en considération la Déclaration des droits fondamentaux des femmes.

Mme Shoukria Haidar : Voilà !

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il faut que la Déclaration soit reconnue par l'ONU.

Mme Odette Casanova : Que fait une association comme le Lobby européen des femmes ?

Mme Constance Borde : Le Parlement européen a pris fortement position sur la question.

Un passeport pour la liberté a été attribué à une Afghane. Même si la mesure est symbolique, elle signifie bien qu'il y a un problème de la femme afghane.

Mme Odette Casanova : S'agit-il du passeport mis au point par Danielle Mitterrand ?

Mme Chantal Véron : Non. Une quinzaine de députés européens ont initié la démarche.

Mme Constance Borde : Il s'agit d'une démarche symbolique. C'est un "vrai-faux" passeport.

Mme Chantal Véron : Dix parrains sont prêts à soutenir la personne qui obtient le passeport si elle rencontre le moindre problème.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Les députés ne pourraient-ils pas être des parrains et des marraines ?

Mme Shoukria Haidar : Oui !

Mme Odette Casanova : Mais un parrain ou une marraine pourraient-ils communiquer avec une femme vivant en Afghanistan ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Concrètement, ils ne peuvent pas grand chose, mais c'est le symbole qui compte.

Mme Shoukria Haidar : Comment, par l'intermédiaire de l'Assemblée nationale, faire valider la Déclaration des droits fondamentaux des femmes afghanes comme élément intégrant du processus de paix ? Voilà la chose fondamentale.

Le mouvement des femmes à travers le monde est un fabuleux outil pour aider les démocrates afghans à sortir la population afghane de la misère.

Mme Odette Casanova : Nous devons agir pour faire reconnaître la Déclaration.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : C'est une démarche qui relève de la responsabilité du président de l'Assemblée nationale.

Mme Constance Borde : La reconnaissance du droit des femmes afghanes est une affaire politique.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous pourrions également approcher les conseils municipaux ou les conseils régionaux.

Mme Chantal Véron : Certains conseils municipaux ont fait des déclarations. Mais, il faut des mesures concrètes, car la guerre dure depuis trop d'années. Il y a des massacres, des politiques de terres brûlées, du racisme.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Oui, j'ai vu qu'on commençait à faire porter l'étoile jaune aux Hindous.

Mme Chantal Véron : En avril, je me suis rendue avec des journalistes de FR3 dans un camp du Pakistan destiné - c'est du moins la version officielle - à accueillir des réfugiés, victimes de la sécheresse. Or, nous nous sommes aperçus qu'il n'y avait pas une seule victime de la sécheresse. Par contre, les réfugiés nous ont raconté les raisons de leur arrivée dans ce camp. En réalité, ils ont été chassés de leur village par les Talibans. Femmes et enfants ont dû quitter leur maison sans pouvoir emporter ni habit ni argent. Quant aux

hommes, ils avaient intérêt à s'enfuir pour ne pas être tués. Les Talibans ont ensuite dynamité les maisons et envoyer les bulldozers pour tout raser. Les cultures ont été brûlées et les populations ont été obligées de se rendre au Pakistan qui n'en voulait pas et qui les a parquées sans même que le secrétaire général de l'ONU, M. Kofi Annan, puisse s'y rendre pour les enregistrer comme réfugiés. Ils n'ont aucun droit, aucune aide, rien du tout. Ils se nourrissent de pelures de pomme de terre. Et ce camp compte 80 000 personnes !

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je ne comprends pas la politique du Pakistan qui cherche à la fois à armer les Talibans et qui, en même temps, accueille des réfugiés.

Mme Chantal Véron : Non, ils n'en veulent pas, mais ils n'ont encore pas osé les renvoyer de force.

Mme Constance Borde : L'Afghanistan a un intérêt stratégique évident pour le Pakistan. Cette situation est très embarrassante pour les pays de l'Ouest qui étaient tous alliés avec le Pakistan.

C'est pour cela qu'il faut tendre à un changement de politique stratégique. Au sein du Pakistan, je suis sûr que de nombreuses personnes regrettent l'islamisation.

Mme Chantal Véron : En fait, le Pakistan veut étendre son territoire, sans s'encombrer de problèmes humains. L'organisation *Médecins sans frontières* s'est vu interdire l'accès du camp, alors que des enfants y meurent.

Mme Shoukria Haidar : Le Pakistan et l'Arabie Saoudite sont intéressés par la production de drogue. Ils ont donc besoin de territoires, mais pas des gens qui y vivent. Sur place, on cherche à mettre en place une politique de la terre brûlée pour obliger les gens à quitter leur village.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il faut quand même des gens pour cultiver le pavot.

Mme Shoukria Haidar : Oui, mais ils n'ont pas besoin de gens instruits pour cette besogne. C'est pour cela qu'on ferme les écoles. Les Talibans massacrent autant qu'ils peuvent. Les Afghans ont le choix entre quitter leur pays, être esclave ou mourir.

Mme Constance Borde : Sept millions de personnes sont déjà parties !

Mme Chantal Véron : Et combien sont déjà mortes !

Mme Shoukria Haidar : Plus de deux millions de personnes sont mortes, sans parler de la dépression généralisée qui s'est installée. Combien de femmes meurent au moment de l'accouchement ? C'est pour cela qu'il est urgent que la paix arrive.

C'est pourquoi je pense que la Déclaration est un outil fabuleux. Elle doit permettre une mobilisation qui dépasse le cadre économique et politique. Il s'agit de reconnaître le droit des femmes pour forcer les partenaires à discuter d'une solution rapide.

Mme Odette Casanova : Depuis quand récoltez-vous des signatures ?

Mme Shoukria Haidar : Nous avons commencé notre campagne au mois de février. Récemment, nous avons eu des contacts avec des jeunes et les syndicats d'EDF-GDF qui souhaitaient faire signer la pétition à tous les employés de l'entreprise.

Mme Odette Casanova : Les syndicats d'EDF-GDF sont très sensibilisés aux droits des femmes.

Mme Shoukria Haidar : Nous espérons arriver à un chiffre compris entre 500 000 et 1 million de signatures. Nous les adresserons ensuite au ministère des affaires étrangères, au Parlement européen et à l'ONU.

Mme Chantal Véron : Les sanctions que l'ONU a prises contre les Talibans doivent être étendues au Pakistan.

Mme Constance Borde : Il faut rester vigilant. Car certains ont tendance à dire que la politique des Talibans n'est pas si mauvaise que cela et qu'ils ont remis de l'ordre dans le pays. Nous devons résister à ce genre de propos, même s'ils n'ont plus cours en Europe.

Mme Shoukria Haidar : C'est pour cela que la charte met en avant la paix et le droit des femmes, car les Talibans prétendaient apporter la paix et la sécurité. Or, ils n'ont apporté ni l'un ni l'autre. Comment prétendre qu'ils ont apporté la paix quand on sait que la population vit dans la terreur et dans la misère, dans un pays sans joie, sans liberté ? Les Talibans ont supprimé de manière officielle tous les droits les plus élémentaires.

Mme Odette Casanova : Y a-t-il d'autres associations comme la vôtre ? Est-ce votre association qui a récolté toutes les signatures ?

Mme Shoukria Haidar : Nous sommes le relais de toutes les associations. Nous exerçons un rôle de centralisation. D'autres organisations, dans d'autres pays, engageront la même démarche.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Que veut dire NEGAR ?

Mme Shoukria Haidar : C'est un mot persan qui désigne plusieurs choses : la forme impérative de l'activité d'écrire de façon poétique, l'empreinte, la décoration artistique et l'amitié sublimée. Mais c'est également un prénom féminin.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous nous confirmez donc que votre message est une demande d'appui, de reconnaissance de la Déclaration des droits fondamentaux et que ce texte doit être au centre des discussions de paix. Vous nous demandez également que la Déclaration soit reconnue par l'ensemble des décideurs politiques, en France, en Europe et à l'ONU.

Mme Shoukria Haidar : Oui.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous vous tiendrons au courant des démarches que nous entreprendrons.

III - LES ACTIVITÉS INTERNATIONALES DE LA DÉLÉGATION

1. Rencontre avec une délégation de la commission pour les affaires des femmes, de la famille et des jeunes de la Douma d'Etat

Une délégation de la commission pour les affaires des femmes, de la famille et des jeunes de la Douma d'Etat s'est rendue à Paris du 28 mai au 1^{er} juin 2001. Elle était composée de :

- Mme Svetlana Goriatcheva, présidente,
- M. Alexandre Barannikov, vice-président,
- Mme Zoia Vorontsova, vice-présidente,
- MM. Evguenii Kosterine et Valerii Rachkine, membres de la commission.

Une rencontre entre cette délégation et la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, le 29 mai 2001, a été axée principalement sur le thème de la représentation des femmes en politique. La délégation russe a évoqué la situation des députées à la Douma, dont le nombre a baissé ces dernières années (passant de 14 % du total en 1993 à 7,5 % aujourd'hui) tandis que Mme Martine Lignières-Cassou a analysé et commenté la nouvelle loi sur la parité en politique, entrée en vigueur en juillet 2000. Un débat s'est instauré sur le thème de l'égalité hommes/femmes en politique.

2. Présidence par Mme Martine Lignières-Cassou de la réunion des femmes parlementaires de l'assemblée parlementaire de l'OSCE

A l'occasion de la X^e session de l'assemblée parlementaire de l'organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OCSE), qui s'est tenue en juillet 2001 à Paris, une réunion des femmes parlementaires a eu lieu le 6 juillet sous la présidence de Mme Martine Lignières-Cassou.

Deux thèmes avaient été retenus pour cette réunion : "les femmes dans la vie politique et la mise en œuvre du plan d'action de l'OSCE concernant l'égalité entre les sexes".

La délégation française à l'assemblée parlementaire de l'OSCE ne comportant aucune représentante du sexe féminin, c'est en sa qualité de présidente de la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale

que Mme Martine Lignières-Cassou a ouvert la réunion des femmes parlementaires.

Après avoir rappelé que la France, pays des droits de l'homme, avait été pendant bien longtemps le pays des droits des seuls hommes, elle a évoqué les progrès accomplis pour donner une place aux femmes dans la vie politique, exposant notamment la nouvelle législation française favorisant la parité.

Mme Rita Süßmuth, vice-présidente de l'assemblée parlementaire de l'OSCE est ensuite intervenue sur le cas particulier du Kosovo, évoquant la nécessité de mettre en place des mécanismes visant à promouvoir l'élection des femmes en politique.

Mme Sonja Zimmermann, conseillère auprès du Bureau pour les institutions et les droits démocratiques de l'OSCE (BIDDH), a ensuite présenté les activités de cet organisme pour promouvoir le rôle des femmes dans la vie politique dans les Etats nouvellement indépendants.

Le secrétaire général adjoint de l'assemblée parlementaire de l'OSCE, M. Peni Väänänen, a commenté le rapport du secrétariat international sur l'équilibre entre les sexes au sein des institutions de l'OSCE, qui avait été distribué en séance aux participants.

Ce rapport faisait état du "plafond de verre" qui continue d'exister au sein des institutions de l'OSCE, dont les postes élevés sont occupés par des hommes ; il relevait également que les missions de l'OSCE sont principalement confiées à des hommes.

Mme Béatrix Attinger Colijn, conseillère auprès du secrétariat de l'OSCE à Vienne en matière d'égalité des sexes, a ensuite rendu compte de la mise en place du plan d'action de l'OSCE en faveur de l'équilibre des sexes. Evoquant le manque de femmes au sein des structures de l'OSCE, elle a insisté sur la responsabilité importante des Etats dans cet état de fait.

Un débat a suivi ces exposés au cours duquel la délégation norvégienne a proposé la nomination d'un parlementaire de l'OSCE ayant la responsabilité de l'égalité entre les sexes, ainsi que d'un conseiller au secrétariat international chargé de l'égalité entre les sexes.

Considérant que les problèmes des femmes sont des problèmes qui concernent l'ensemble de l'OSCE, certains intervenants ont suggéré qu'à l'avenir les questions d'égalité soient évoquées au cours de la session plénière, et non plus dans une réunion spécifique des femmes parlementaires.

3. Conférence annuelle du Réseau des commissions parlementaires à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (Stockholm – 26 et 27 octobre 2001)

La Conférence annuelle du Réseau des commissions parlementaires à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes s'est tenue à Stockholm les 26 et 27 octobre 2001.

Elle a réuni des représentants des commissions ou délégations aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes des pays membres de l'Union européenne (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Suède) ainsi que des observateurs de certains pays candidats à l'Union européenne (Bulgarie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Roumanie, Slovénie, Turquie).

Il s'agissait de la cinquième Conférence réunissant les organes spécialisés de ces différents Parlements – après Bruxelles (1997), Lisbonne (1998), Madrid (1999), Berlin (2000) – et la deuxième Conférence à laquelle assistait une représentante de la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale.

La délégation française à cette Conférence était composée de :

- Mme Hélène Mignon, députée, membre de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale ;
- Mme Maryse Bergé-Lavigne, sénatrice, membre de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes du Sénat.

Après l'intervention de Mme Margareta Winberg, ministre suédoise de la condition féminine, trois thèmes principaux ont été abordés au cours de cette Conférence :

- le principe du "mainstreaming", c'est-à-dire la prise en compte de l'égalité entre les hommes et les femmes dans toutes les politiques,
- les écarts de rémunération et la discrimination salariale,
- le rapprochement entre le déclin des taux de natalité en Europe et les politiques pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

Ces trois thèmes ont donné lieu à des interventions d'experts et à des débats entre parlementaires.

A l'issue de la Conférence, une Déclaration relative aux discriminations salariales a été adoptée.

a) Compte rendu des travaux

Organisée, suivant son règlement intérieur, par le pays qui assure la présidence de l'Union européenne, cette Conférence s'est tenue en octobre 2001 en Suède (pays ayant exercé la présidence au premier semestre) et non en Belgique, ce dernier pays ayant déjà accueilli en 1997 la première réunion de cette Conférence.

Si tous les pays membres de l'Union européenne n'étaient pas représentés – notamment en raison d'élections récentes –, il y avait une importante délégation du Parlement européen et des représentants en tant qu'observateurs de beaucoup de pays candidats à l'Union européenne.

La Conférence était organisée autour de réunions de tous les représentants à la Conférence sur des thèmes pré-déterminés donnant lieu à exposés de ministres et d'experts puis à débats, et, pour la première fois cette année, autour de réunions en petits comités dénommés "ateliers", au cours desquels étaient approfondis les mêmes thèmes entre représentants d'un nombre de pays plus restreints. Ces ateliers permettaient des échanges plus faciles et plus animés, mais peut-être moins riches, dans la mesure où les nécessités de la traduction imposaient le regroupement de nationalités parlant la même langue ou ayant culturellement des affinités de langue.

La réunion a été ouverte, le 26 octobre, par M. Sven-Erik Österberg, président de la commission à l'emploi du Parlement suédois.

① *Mme Margareta Winberg*, ministre suédoise de la condition féminine, est ensuite intervenue.

Elle a souligné l'importance de ce qui a été accompli au cours de ce siècle en Suède en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes. Elle a rappelé qu'il y a seulement quatre-vingts ans que la Suède est devenue une vraie démocratie, puisque le suffrage universel des hommes et des femmes n'a été obtenu qu'en 1921. L'année suivante en 1922, cinq femmes sont entrées au Parlement suédois. Aujourd'hui, le Gouvernement suédois comprend un nombre égal d'hommes et de femmes et le Parlement suédois est proche de l'égalité homme-femme.

Si l'égalité de représentation des femmes et des hommes dans la prise de décision politique est cruciale, les aspects financiers ont également une importance centrale, puisqu'ils déterminent largement le pouvoir des femmes au travail, dans leur vie familiale et dans la société en général.

D'où la volonté du Gouvernement suédois, au cours de sa présidence de l'Union européenne, de travailler à la suppression des discriminations salariales entre hommes et femmes et de faire avancer les mesures de protection sociale aussi bien pour les hommes que pour les femmes (congés de maternité et de paternité, mesures de retour à l'emploi pour les hommes et les femmes qui se sont occupés de leurs jeunes enfants).

Par ailleurs, le Gouvernement suédois a entendu insister, durant sa présidence, sur l'importance d'une implication des hommes dans le travail pour l'égalité des sexes, car les hommes doivent découvrir l'intérêt qu'il y aurait à un partage plus équitable des responsabilités entre hommes et femmes.

De gros problèmes subsistent, notamment celui des violences à l'encontre des femmes. En 1998, la Suède a introduit dans son code pénal le délit de "violation manifeste de l'intégrité d'une femme" et, en 1999, a été sanctionné le délit d'"achat de services sexuels". Le Gouvernement suédois a également mis l'accent, au cours de sa présidence de l'Union européenne, sur le problème de l'exploitation sexuelle des femmes et des enfants.

Mme Margarita Winberg a ensuite rappelé les deux stratégies mises en œuvre par le Gouvernement suédois : le "mainstreaming" comportant un ensemble de mesures visant à promouvoir l'égalité des sexes dans tous les domaines, qui bénéficient aussi bien aux hommes qu'aux femmes, ainsi que quelques mesures spécifiques en direction des hommes.

Elle a évoqué un rapport intitulé "Just progress" du groupe de travail pour le développement de méthodes en faveur de l'égalité des sexes. Aboutissement d'un travail de trois ans, sous l'égide du secrétariat d'Etat, il décrit différentes méthodes et modèles pour réussir le "mainstreaming".

Interrogée, au cours du débat qui a suivi son intervention, sur les mesures spécifiques prises par la Suède en faveur des hommes, Mme Margarita Winberg a évoqué le congé parental qui permet de prendre pendant douze mois un congé rémunéré à 80 % du salaire, un mois de ce congé étant réservé spécifiquement au père. Par ailleurs, elle a indiqué qu'à compter du 1^{er} février 2002, entrerait en vigueur un congé de paternité d'une durée de deux mois.

Néanmoins, deux questions doivent être approfondies : pourquoi les hommes recourent-ils si peu à leur possibilité de prendre un mois de congé parental, pourquoi participent-ils aussi peu aux discussions sur l'égalité entre hommes et femmes ?

Mme Margarita Winberg a également évoqué son rôle de "chien de garde" vis-à-vis de ses collègues ministres, dont elle contrôle l'application des objectifs d'égalité dans leurs domaines de responsabilité. Elle a indiqué qu'elle faisait tous les trois ans un rapport au Parlement sur la manière dont ils assumaient ces objectifs et que ce rapport donnait lieu à un débat au Parlement.

② Après l'intervention de Mme Margarita Winberg, deux experts sont intervenus sur le premier thème de la Conférence : le principe du "mainstreaming".

Mme Teresa Rees, professeur de l'enseignement supérieur à Cardiff, après avoir rappelé que l'Assemblée du Pays de Galles comportait 42 % de femmes et qu'il y avait 51 % de femmes au Gouvernement, a fait l'historique du principe du "mainstreaming" et en a donné une définition approfondie.

Elle a distingué trois périodes du "mainstreaming" :

- les années soixante-dix, où a prévalu l'idée qu'il fallait traiter les hommes et les femmes sur un pied d'égalité ;
- les années quatre-vingts, où est apparue l'idée qu'il fallait traiter les femmes différemment pour les traiter de façon plus juste ; des actions de discrimination positives ont été mises en œuvre ; en même temps, les femmes étaient incitées à adopter la norme masculine comme référence ;
- les années quatre-vingt-dix, avec l'émergence du concept de "mainstreaming" et la volonté de tenir compte des différences entre les hommes et les femmes.

Pour Mme Teresa Rees, les trois démarches doivent être combinées.

Le principe du "mainstreaming" vise à introduire l'égalité entre hommes et femmes dans tous les domaines de la politique. Cette intégration doit avoir lieu dans tous les systèmes et structures, dans toutes les politiques, projets et programmes, dans toutes les organisations et leurs cultures, et dans toutes les manières de faire.

Elle doit se faire selon trois principes de base :

- en considérant l'individu comme une personne à part entière (et non pas seulement comme un employé ou un travailleur), ce qui conduit à lui accorder dignité, courtoisie, respect, et la possibilité d'avoir une vie équilibrée ;

- en respectant le principe de démocratie qui suppose un équilibre entre les sexes pour la prise de décision à tous les niveaux et qui implique de développer notamment la compétence citoyenne des jeunes ;

- en assurant l'équité et la justice, principe qui fonde, par exemple, la politique européenne en matière de "mainstreaming".

Elle a ensuite développé les éléments nécessaires à l'application de ce principe au niveau des institutions, de la prise de conscience, de l'expertise, des rapports, de l'engagement des dirigeants et des ressources.

Enfin, elle a détaillé les outils qui permettent de procéder au "mainstreaming", par exemple les statistiques ventilées par sexe, les indicateurs d'égalité, notamment en matière de rémunération, ou les budgets distinguant les attributions faites aux femmes et aux hommes.

Elle a conclu à la nécessité d'une évaluation et d'un contrôle qui permettent de comprendre pourquoi persistent des discriminations dans notre société.

Mme Gertrud Aström, chercheure à l'université de Stockholm, a ensuite brossé un historique de la politique suédoise en matière d'égalité entre les hommes et les femmes, qui a joué un rôle crucial dans la mise en place de l'Etat-providence.

La politique de "mainstreaming" remonte au milieu des années quatre-vingts. Alors que les politiques traditionnelles d'égalité entre hommes et femmes supposaient des ressources financières supplémentaires, étaient confiées à un groupe spécial et en restaient au stade des généralités, un changement de stratégie s'est produit à cette date. Désormais, la politique de "mainstreaming" implique une redistribution des ressources existantes, doit être traitée par les structures ordinaires (les hommes doivent aussi s'occuper des questions d'égalité) et doit avoir un caractère spécifique.

Mme Gertrud Aström a donc donné sa définition du "mainstreaming": redistribuer dans des structures ordinaires et par des moyens spécifiques.

Avec l'objectif d'une société où hommes et femmes soient égaux, il faut adopter une stratégie qui permette à tous les acteurs et toutes les politiques de participer à ce combat. Il faut démarginaliser la question de l'égalité homme/femme et l'intégrer dans toutes les missions que doivent accomplir les structures ordinaires.

Mme Gertrud Aström a ensuite développé la méthode qu'elle a conçue pour aider à la mise en place d'une opération conforme à une stratégie de mainstreaming, la méthode des 3 R.

Elle a évoqué les pratiques de la municipalité de Göteborg dont toutes les politiques et tous les projets budgétaires sont évalués selon le concept du "mainstreaming".

Elle a cependant souligné que si l'égalité doit être intégrée dans toutes les politiques, il y a cependant des politiques plus importantes que d'autres. Elle a alors fait part de la méthode dont elle dispose pour évaluer l'intérêt d'une politique : une méthode d'évaluation dénommée LITAR.

Au cours du débat qui a suivi cet exposé, les intervenants des autres pays d'Europe, mais surtout des pays du Sud, ont exposé leur situation, beaucoup plus difficile que la situation suédoise.

Mme Maj Britt Theorin, suédoise, membre de la commission des droits des femmes du Parlement européen, a alors rappelé les difficultés des femmes suédoises au début de leur combat, et notamment leur menace de créer un parti des femmes, si les partis traditionnels ne changeaient pas leurs politiques vis-à-vis des femmes.

Au cours de l'atelier qui a suivi cet exposé, Mme Maryse Bergé-Lavigne, sénatrice, évoquant la loi sur la réduction du temps de travail en France, s'est interrogée sur la manière d'éviter que le temps libéré ne renforce le schéma de la division actuelle du travail au sein de la famille.

Mme Hélène Mignon, députée, a fait part des réformes en cours en France en matière de divorce, d'autorité parentale, ou de congé de paternité (quinze jours dans les quatre mois de la naissance) et a montré l'évolution actuelle dans la manière d'aborder la parentalité. Elle a également exposé les règles relatives au congé parental, les mesures récentes prises pour faciliter le retour à l'emploi des personnes en congé parental, et la création d'un congé parental pour enfants gravement malades.

③ Sur le deuxième thème de la conférence – écarts de rémunération et discrimination salariale – sont intervenus Mme Miet Smet,

membre du Parlement européen et M. Ronnie Eklund, professeur à l'université de Stockholm.

Mme Miet Smet a rappelé au préalable que la directive modifiant la directive 76/207/CEE du Conseil relative à la mise en œuvre du principe d'égalité de traitement entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles et les conditions de travail venait d'être adoptée.

Elle a rappelé les grandes caractéristiques des différences de salaires entre hommes et femmes, elle a insisté sur l'importance de l'application des textes par les partenaires sociaux lors des négociations salariales, elle a évoqué les efforts de la Présidence belge de l'Union européenne pour définir de nouveaux indicateurs statistiques permettant de mieux cerner les écarts de salaire.

Elle a souligné la nécessité d'une volonté politique, appuyée sur celle des partenaires sociaux, et d'une bonne conjoncture économique pour influencer les leaders politiques et syndicaux et parvenir à réduire les discriminations salariales et les écarts de rémunération.

M. Ronnie Eklund a estimé que le principe "à travail égal, salaire égal" était une simplification faite par les économistes, qui, une fois voté, n'était guère appliqué.

Il a présenté les contraintes, les écueils et les difficultés de la loi suédoise sur le principe d'égalité salariale.

Il a d'abord insisté sur la nécessité pour les personnes qui fixent les salaires d'avoir une formation spécifique, portant notamment sur la législation du travail, le monde de l'entreprise, et les critères de fixation des salaires.

Il s'est demandé s'il ne conviendrait pas de mettre en place une incitation pour encourager les employeurs à ne pas faire de discrimination salariale. A cet égard, il a rappelé qu'il avait proposé, il y a quelques années, de mettre sur le même plan discrimination salariale et harcèlement sexuel, ce qui aurait eu pour effet de la soumettre à amende et au contrôle de l'inspection du travail. Sans aller aussi loin, il conviendrait peut-être de lancer une campagne nationale pour encourager la non-discrimination en matière salariale.

Il a ensuite souligné les difficultés de la loi suédoise tenant à son large domaine d'application. Elle couvre en effet toutes les entreprises, quel que soit le nombre d'employés. Or, pour les grandes entreprises, les salaires

étant fixés au niveau de l'atelier, il est difficile de contrôler cette fixation des salaires et de déterminer si elle contrevient ou non à la loi.

Il s'est ensuite demandé quel tribunal devait être compétent pour recevoir les plaintes en matière de discrimination salariale, contestant la position de l'Ombudman suédois à l'égalité des chances qui souhaiterait que les recours ne soient plus formés devant le tribunal du travail – ce qui est le cas actuellement – mais devant les tribunaux ordinaires.

Il a ensuite rappelé que certains facteurs objectifs pouvaient justifier une discrimination salariale, en particulier les forces du marché. Enfin, il a insisté sur le fait que les monopoles de l'offre et de la demande sur le marché du travail (pilotes d'avion, par exemple) ont des effets de distorsion sur la fixation des salaires.

En conclusion, tout en réaffirmant l'importance du principe d'égalité salariale, il a souhaité qu'une approche plus réaliste en permette une meilleure application.

④ La réunion du 27 octobre 2001 s'est ouverte par un exposé de *Mme Lena Sommestad*, professeure, directrice de l'Institut de futurologie, sur le troisième thème de la Conférence : la situation démographique en Europe et le rapprochement entre le déclin des taux de natalité et les politiques pour l'égalité des chances entre hommes et femmes.

Mme Lena Sommestad a d'abord exposé la tendance à la baisse des taux de fertilité en Europe. Elle a recherché les causes de cette situation qui tiennent avant tout à des changements fondamentaux des conditions de vie : conditions sanitaires, contraception, formation, système de pensions...

Elle a indiqué que le retour des femmes au foyer n'était plus une mesure susceptible de favoriser la natalité, estimant au contraire que l'accès des femmes au marché du travail était un élément déterminant de la hausse de la natalité.

Elle a considéré que les féministes devaient exploiter davantage ce défi démographique auquel sont confrontés les pays européens.

En effet, les pays qui ne réaliseront pas l'égalité hommes/femmes s'exposent à un vieillissement de leur population, à une pression accrue sur les budgets publics de cette population âgée et à une baisse de leur croissance économique.

Elle a vanté le modèle suédois fondé sur le droit des femmes à travailler, l'existence d'infrastructures publiques visant à concilier travail et naissances, et la politique menée en matière de contraception.

Dans le débat qui a suivi cette intervention, Mme Maryse Bergé-Lavigne, sénatrice, a évoqué la hausse de la natalité française au cours de l'année 2000 (+ 5 %), l'expliquant à la fois par l'embellie économique et par la protection familiale et soulignant que la France était un pays de forte activité féminine.

Mme Hélène Mignon, députée, a rappelé l'effort fait en France pour permettre aux femmes de concilier vie professionnelle et vie familiale, exposant notamment les différents modes de garde de la petite enfance (crèche, crèche familiale, crèche associative, nourrice), l'existence de l'école maternelle à partir de deux ans, les structures d'accueil pour les enfants plus grands (après l'école, pendant les vacances scolaires).

Au cours de l'atelier qui a suivi cet exposé, la Délégation française a été longuement interrogée sur les dispositifs sociaux relatifs à la famille, à l'enfance et aux droits des femmes.

A l'issue de la Conférence, une Déclaration relative aux discriminations a été adoptée.

b) Déclaration adoptée par la Conférence annuelle du Réseau des commissions parlementaires à l'égalité des chances entre hommes et femmes, le 27 octobre 2001, sur le sexisme salarial

Nous, délégués à la réunion du Réseau des commissions parlementaires à l'égalité des chances entre hommes et femmes des Etats de l'Union européenne et du Parlement européen, et nous, délégués des pays candidats, notons avec inquiétude le caractère élevé et persistant de l'écart salarial entre hommes et femmes dans l'Union européenne, soit un écart de 28 pour cent en moyenne, malgré l'adoption aux échelons tant communautaire que nationaux du principe "à travail égal, salaire égal". En tenant compte des différences structurelles telles que l'âge, la formation, la profession et le profil de carrière, la rémunération des femmes reste en moyenne de 15 pour cent inférieure à celle des hommes.

La sous-estimation des caractéristiques liées aux femmes dans leur processus de formation résulte en une discrimination directe et en une discrimination en valeur puisqu'à travail de valeur égale, les femmes sont moins payées que les hommes. Le manque de renseignements statistiques et

le manque de connaissances sur les causes constituent autant d'obstacles majeurs à la mise au point de remèdes et de politiques efficaces.

Nous reconnaissons les efforts déployés par la Commission européenne durant la décennie écoulée pour mettre en œuvre le principe "à travail égal, salaire égal" entre hommes et femmes, et nous nous réjouissons de la campagne européenne sur l'égalité de rémunération.

Nous appuyons la résolution adoptée par le Parlement européen le 20 septembre 2001 sur la rémunération égale pour un travail de valeur égale. Nous nous réjouissons de l'initiative de la Présidence belge qui propose aux Etats membres la mise au point d'un ensemble d'indicateurs sur la rémunération ventilée par sexes, qui seraient susceptibles d'intégrer le processus de Luxembourg et marqueraient une étape importante et nécessaire en direction d'une rémunération égale pour un travail de valeur égale.

Malgré toutes les initiatives adoptées, l'écart salarial perdure et ne diminue pas de manière significative. C'est pourquoi il est nécessaire d'augmenter les efforts tant à l'échelon européen que national.

Les délégués à cette Conférence souhaitent :

1. l'établissement d'objectifs quantitatifs précis à l'échelle européenne ainsi que des dates cibles pour la réduction des écarts de rémunération entre hommes et femmes, objectifs qui visent à supprimer les écarts salariaux reposant sur la différence de sexe ;

2. une révision de la directive de 1975 portant sur l'égalité des rémunérations, accordant suffisamment d'attention au problème posé par la classification des emplois et l'insertion dans une annexe de plusieurs règles et critères qui visent à garantir l'objectivité d'un système d'évaluation analytique qui soit neutre en termes d'hommes et de femmes ;

3. le développement des données et de la recherche, en particulier sur les causes et les remèdes à l'écart pérenne entre les salaires masculins et féminins de l'Union européenne, ainsi que sur l'ensemble des facteurs affectant les salaires et le rôle joué par les mécanismes de formation des salaires ; c'est pourquoi les délégués soutiennent vivement l'emploi d'indicateurs dans le processus analytique ;

4. la préparation par la Commission d'une proposition de directive pour la mise en œuvre du principe de lutte contre le sexisme, en conformité avec l'article 13 du Traité ;

5. *l'insertion par les Etats membres de plans de "rémunération égale" et de rapports d'avancement dans leurs Plans d'action nationale pour l'Emploi qui doivent être adoptés et le souhait que les Etats membres développent et échangent les bonnes pratiques en vue de supprimer l'écart des salaires ;*

6. *la publication par les employeurs de rapports annuels sur le traitement égal des hommes et femmes dans l'industrie et le commerce, qui, en matière de rémunération, comprennent des données statistiques et des renseignements sur la ségrégation sexiste et qui énoncent des mesures possibles pour améliorer la situation en coopération avec les délégués des travailleurs ;*

7. *l'adoption par les partenaires sociaux d'un rôle actif pour promouvoir l'égalité entre hommes et femmes sur le marché de l'emploi : (a) en œuvrant pour l'aptitude des femmes au travail à organiser la défense de leurs droits, (b) en déployant des efforts pour supprimer l'écart des salaires fondé sur le sexe, notamment en prenant des mesures pour que l'établissement des salaires se fasse avec une plus grande transparence, et (c) en déployant des efforts spéciaux pour obtenir une participation équilibrée d'hommes et de femmes dans les organes décisionnels des partenaires sociaux.*

4. Adhésion de la Délégation au Forum parlementaire intereuropéen sur la population et le développement

Très intéressée par les problèmes des dynamiques de population et de leurs effets sur le développement, la Délégation aux droits des femmes a participé, le 23 octobre 2001, à un séminaire intitulé : "Population et développement", organisé par le ministère des Affaires étrangères à l'occasion de la visite en France de Mme T. A. Obaid, nouvelle directrice exécutive du Fonds des Nations-Unies pour la population (FNUAP).

Elle a également adhéré, le 20 novembre 2001, au Forum parlementaire intereuropéen sur la population et le développement.

Créé les 4 et 5 décembre 2000 à Paris, au cours d'une réunion à laquelle assistaient des parlementaires de vingt-huit pays européens, ce Forum comprend des groupes parlementaires nationaux qui se consacrent aux questions de population, de développement et santé de la procréation.

En ce qui concerne la France, les deux groupes d'étude sur la population de l'Assemblée nationale et du Sénat en sont membres.

Le Forum a pour objectif de faire appliquer les engagements pris lors de la Conférence internationale du Caire et d'intégrer la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation dans les projets de développement.

Lors de la création du Forum en décembre 2000, a été adoptée une déclaration qui invitait non seulement les groupes parlementaires sur les questions de population, mais aussi les ONG et les institutions gouvernementales, à œuvrer pour que l'accès à la santé et aux choix en matière de santé sexuelle et de procréation, y compris l'accès aux contraceptifs dans le monde, soient davantage effectifs et à un coût abordable.

Par ailleurs, le comité exécutif du Forum parlementaire, qui réunit douze groupes parlementaires, tous partis confondus, originaires de onze Etats européens, a publié le 19 mars 2001 une déclaration condamnant la suppression, par le président George Bush, des financements publics aux organismes de planification familiale.

A l'initiative du Forum parlementaire, Mme Danielle Bousquet s'est rendue, les 17 et 18 décembre 2001, à Moscou, où s'est tenu le Conseil annuel de ce Forum.

Après des interventions générales portant sur la santé sexuelle et reproductive, trois thèmes ont retenu plus particulièrement l'attention de la conférence :

- le Sida ;
- le trafic des êtres humains et la prostitution infantine ;
- la protection des droits sexuels et de la reproduction dans les pays ayant une faible fertilité.

DEUXIÈME PARTIE :

LE SUIVI DE LA LOI RELATIVE A L'IVG ET À LA CONTRACEPTION

La Délégation aux droits des femmes a été expressément chargée par M. Jean le Garrec, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, de suivre l'application de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, adoptée définitivement par l'Assemblée nationale le 30 mai 2001 et promulguée le 4 juillet suivant, après rejet par le Conseil constitutionnel de deux saisines présentées par des sénateurs et des députés à l'encontre de la loi.

Après avoir entendu durant l'automne 2001 de nombreux spécialistes – médecins, pharmaciens, anesthésistes –, des représentants d'associations et de syndicats, des chercheurs, la Délégation aux droits des femmes a tenté, après huit mois seulement, d'établir un bilan sommaire de l'application de la loi.

Des difficultés nouvelles dans la pratique de l'IVG sont apparues du fait des deux grandes avancées de la loi du 4 juillet, l'allongement du délai légal pour accéder à l'IVG et la dispense d'autorisation parentale pour les mineures désirant garder le secret – difficultés qui semblent se résorber progressivement.

Des difficultés anciennes, qui préexistaient à la loi, ont été mises en lumière et accentuées ; se trouvent ainsi posés à nouveau le problème de l'organisation hospitalière de l'IVG, et celui de la revalorisation de l'IVG, dont le forfait n'a pas évolué depuis plus de dix ans.

S'agissant de la contraception, la mise en œuvre de la contraception d'urgence s'avère positive. Mais elle devra s'accompagner d'un effort de prévention soutenu, si l'on veut que le nombre encore trop élevé⁽³⁾ d'avortements dans notre pays diminue.

Une première remarque : l'information a été lente à atteindre les praticiens. Une des premières questions posées par les médecins a donc été : la loi est-elle d'application immédiate, ou plutôt, les articles qui ne nécessitent pas de décrets d'application le sont-ils – s'agissant en particulier des deux principales dispositions de la loi, l'allongement du délai légal de dix à douze semaines pour recourir à l'IVG et l'autorisation pour les mineures d'y recourir sans autorisation parentale ?

Une circulaire d'application s'imposait pour répondre à ces interrogations. Sortie le 28 septembre 2001, cette circulaire constitue un mode d'emploi clair et précis pour tous les professionnels de santé, adressée pour exécution aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation et

(3) 214 000 en 1998.

d'établissements de santé, ainsi qu'aux préfets de départements. Cependant, certains des interlocuteurs médecins de la Délégation n'en avaient pas encore pris connaissance au mois de novembre.

Après plusieurs mois durant lesquels se sont manifestées les réticences et hésitations des médecins, ainsi que les difficultés dans la mise en œuvre de la loi, Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, et Mme Nicole Péry, secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle décidaient de créer un groupe national destiné à accompagner le rattachement des centres d'IVG autonomes aux unités de l'établissement de santé désormais en charge de cette activité. Ce groupe national de suivi, présidé par Mme Emmanuelle Jeandet-Mengual, inspectrice générale des affaires sociales, dont fait partie Mme Martine Lignières-Cassou, présidente de la Délégation aux droits des femmes, s'est réuni à deux reprises, le 10 janvier, à titre préparatoire, et le 7 février 2001 pour une installation officielle, sous la présidence de M. Edouard Couty, directeur général de la santé. Sa mission, entre temps, a été élargie à une mission plus vaste d'accompagnement de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001.

Huit mois après l'entrée en vigueur de la loi, il apparaît que les situations varient considérablement d'une région à l'autre, d'un département à l'autre. La mission confiée à cet égard aux agences régionales de l'hospitalisation, qui ont désormais la responsabilité de l'IVG, de recenser toutes les difficultés, paraît tout à fait nécessaire et permettra d'appuyer le travail du groupe de suivi.

La Délégation aux droits des femmes se félicite de cette prise en compte au plus haut niveau des difficultés réelles d'application de la loi et de la volonté clairement affirmée de les résoudre, comme l'a souligné M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, lors de son entretien le 13 février dernier avec Mme Martine Lignières-Cassou.

I- LES AVANCEES DE LA LOI ONT SOULEVE DES DIFFICULTES NOUVELLES DANS LA PRATIQUE DES IVG

A. LA PRATIQUE DES IVG TARDIVES

1. Une nécessaire formation des médecins

L'allongement du délai légal de dix à douze semaines de grossesse, pour recourir à l'IVG a soulevé la réticence de médecins, y compris de médecins pratiquant précédemment l'IVG jusqu'à dix semaines. Elle s'est traduite de plusieurs manières : opposition de la clause de conscience, qui n'a pas été modifiée par la loi ; expression d'un certain mécontentement en l'absence d'un texte d'application et de moyens supplémentaires ; et surtout mise en avant de l'argument d'une formation insuffisante à un geste plus lourd techniquement et qui suscite des appréhensions.

La portée technique du geste médical à accomplir entre dix et douze semaines de grossesse a été longuement évoquée lors des auditions de la Délégation et des débats parlementaires sur le projet de loi. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a publié en mars 2001 des recommandations sur les techniques d'IVG en fonction de l'âge gestationnel. En ce qui concerne les 13^e et 14^e semaines d'aménorrhée, il est précisé :

"- La technique chirurgicale est la technique de choix. L'évacuation utérine repose sur l'aspiration à l'aide d'une canule et, lorsque cela est nécessaire, sur l'utilisation de pinces spécifiques. Cette technique requiert une formation spécifique..."

L'utilisation éventuelle de l'anesthésie locale demande une très bonne maîtrise de la technique de dilatation et évacuation.

- La technique médicale n'est pas recommandée sauf cas particulier."

et concernant les structures de prise en charge :

"- Jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (SA) (84 jours), les structures d'IVG sont, soit intégrées dans un établissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique, soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG."

"- Les IVG au-delà de 12 SA doivent être prises en charge dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical. Ces structures doivent être désignées et connues de tous les centres d'accueil des IVG au sein de chaque département."

Compte tenu des recommandations de l'ANAES, M. Guy-Marie Cousin, secrétaire général du syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF)⁽⁴⁾, a expliqué ainsi la réticence des médecins : *"Il s'agit pour nous d'un réel souci, puisqu'une IVG pratiquée dans ces délais nécessite un environnement particulier, un environnement hospitalier, avec possibilité d'anesthésie, une surveillance post-intervention, voire une hospitalisation. Voilà la raison pour laquelle certains médecins sont réticents à de telles pratiques ; plusieurs de nos collègues, qui acceptent de pratiquer les IVG jusqu'à douze semaines, estiment ne pas avoir la formation adéquate pour les pratiquer au-delà"*.

Le docteur Bruno Carbonne, secrétaire général du Collège national des gynécologues-obstétriciens (CNGOF)⁽⁵⁾, a estimé pour sa part que la technique d'une IVG tardive, différente en raison du recours parfois nécessaire à *"des instruments pour morceler le fœtus"*, était un geste difficile à pratiquer. *"Les médecins ont donc montré une certaine réticence, parce qu'ils n'étaient pas formés à cette technique."*

Mme Elisabeth Aubény, présidente de l'Association Française pour la Contraception⁽⁶⁾, a souligné également la formation insuffisante des médecins à ces nouvelles pratiques et les craintes qu'elles suscitent, mais constate que des médecins vont déjà se former à l'étranger. Des médecins de Carcassonne sont allés à Barcelone, des médecins d'Angers en Hollande. En général, a ajouté Mme Elisabeth Aubény, ces médecins reviennent rassurés, car ils ont constaté que la pratique n'était pas si compliquée.

Pour M. Robert Chambrial, membre de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)⁽⁷⁾, *"Il est nécessaire de démystifier la pratique. C'est ainsi qu'un journaliste prépare actuellement une cassette d'information, en collaboration avec la maternité des Lilas. Certains médecins qui ont vu pratiquer dans cette maternité, en bloc opératoire, des IVG jusqu'à 12-14 semaines ont été étonnés, car ils étaient persuadés qu'entre 12 et 14 semaines, le fœtus gagnait beaucoup en taille. Cette attitude est particulièrement étonnante de la part de médecins, qui devraient connaître le développement embryonnaire."*

(4) Audition du 27 novembre 2001.

(5) Audition du 13 novembre 2001.

(6) Audition du 30 octobre 2001.

(7) Audition du 30 octobre 2001.

Sans porter d'appréciation sur l'acte technique lui-même et à s'en tenir aux recommandations de l'ANAES, il apparaît clairement qu'une formation est nécessaire à mettre en place pour les praticiens. Il convient par ailleurs de dédramatiser un acte qui se pratique couramment hors de nos frontières, apparemment sans difficultés particulières.

2. Une meilleure concertation dans la pratique des IMG

La loi révisé les conditions dans lesquelles peut être décidé le recours à l'interruption médicale de grossesse, après douze semaines de grossesse. Le système inapproprié et inefficace de la consultation de médecins-experts auprès des tribunaux est abandonné.

Désormais, prévaut le principe de collégialité et de pluridisciplinarité nécessaire dans des situations particulièrement difficiles à évaluer. Dans le souci de mieux prendre en compte l'intérêt de la femme, un dialogue pourra s'établir entre celle-ci et l'équipe médicale.

Deux situations peuvent se présenter.

- ◆ Lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, une équipe pluridisciplinaire procède à l'expertise de la situation de la femme. Elle est composée d'au moins trois personnes, dont un gynécologue-obstétricien, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée (psychologue, psychiatre ou assistant social) tenue au secret professionnel.

Des motifs autres que d'ordre purement médical pourront éventuellement être pris en compte, la santé de la femme étant entendue de façon plus large, pouvant inclure, selon les critères de l'OMS, des indications d'ordre social ou psychique, en cas de détresse morale, ce qui semble déjà se pratiquer dans les faits.

- ◆ Lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, la décision de recourir à l'IMG requiert l'avis d'un centre de diagnostic prénatal (DPN).

- ◆ Dans les deux situations, un dialogue s'est établi entre l'équipe pluridisciplinaire et la femme, ou le couple, qui peut à sa demande être entendue par tout ou partie des membres de ladite équipe.

- ◆ Deux décrets en Conseil d'Etat, à paraître très prochainement, devront, d'une part organiser la concertation collégiale, en cas d'IMG motivée par la santé de la femme, d'autre part modifier le décret du

28 mai 1997 relatif aux centres de diagnostic prénatal (DPN) afin de préciser les modalités d'intervention de ces centres en cas d'IMG motivée par un risque fœtal grave.

♦ L'allongement du délai légal de l'IVG repousse d'autant le recours à l'IMG, qui demeure une décision particulièrement douloureuse pour la femme et le couple, et difficile à prendre pour les médecins. Il était important qu'elle soit entourée de toutes les précautions nécessaires et que la femme soit mieux associée à des décisions qui la concernent au premier chef.

3. L'échographie en difficulté

La jurisprudence de la Cour de cassation, avec l'arrêt Perruche, a donné un éclairage nouveau à la pratique de l'IMG, comme de l'IVG tardive, et placé l'intervention des médecins gynécologues-obstétriciens et des praticiens qui réalisent les échographies fœtales dans un contexte difficile.

Actuellement, trois échographies sont généralement pratiquées au cours de la grossesse, aux premier, deuxième et troisième trimestres. Les progrès, ces dix dernières années, de l'échographie fœtale ont conduit à déceler de plus en plus de malformations. Mais, l'échographie n'est pas une science exacte. Environ 70 % des anomalies fœtales seulement peuvent être décelées et la marge d'incertitude demeure élevée. Dans l'ensemble de la population, 3 % des enfants présentent à la naissance une malformation.

Sans entrer dans la controverse juridique et éthique qui a suivi la jurisprudence Perruche et les malentendus de son interprétation, il faut constater l'inquiétude des professionnels qui ont craint de voir leur responsabilité mise en jeu, dès lors qu'une malformation non décelée pendant la grossesse aurait été constatée à la naissance de l'enfant, même sans faute médicale caractérisée, et qui ont adopté une attitude de prudence.

Les dispositions concernant l'indemnisation des handicaps congénitaux adoptées le 12 février dernier, dans le cadre de la loi sur les droits des malades, mettent un terme à la jurisprudence Perruche.

Après avoir rappelé le principe selon lequel la naissance n'est pas un préjudice indemnisable, le texte adopté précise que la personne handicapée ne peut obtenir réparation de son préjudice que dans les cas où une faute médicale a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé. Il limite en outre au préjudice moral la possibilité de réparation pour les parents d'un enfant victime d'un handicap congénital non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée.

Les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, du handicap relèvent de la solidarité nationale.

En vertu de ces dispositions, sont exclues les simples erreurs de diagnostic, qui se produiraient actuellement dans environ 30 % des cas.

Malgré la satisfaction exprimée par les professionnels concernés après le vote de ce texte, les problèmes de fond demeurent quant à la pratique de l'échographie. Les questions éthiques, liées à la performance de l'échographie, entraînent la crainte chez les médecins que des parents n'exercent des pressions afin de recourir à une interruption de grossesse fondée sur l'existence d'un handicap mineur ou sur le seul doute exprimé par le praticien.

Ces préoccupations, justifiées, méritent que les pouvoirs publics y apportent toute leur attention. Il conviendrait de réfléchir aux conduites à tenir, aux bonnes pratiques à appliquer, en matière d'échographie obstétricale, et aux informations à donner aux patientes.

B. AMELIORER L'ACCUEIL DES FEMMES

1. Un impératif : diminuer les délais d'attente des femmes

Le délai de réflexion de huit jours prévu par la loi de 1975 entre la première consultation médicale et l'IVG a été maintenu. Il peut être réduit en cas d'urgence.

On constate des délais d'attente excessifs, soit pour obtenir un premier rendez-vous, soit entre le premier rendez-vous et l'IVG elle-même, retards qui conduisent une femme ayant présenté sa demande à temps à se trouver rapidement hors du délai légal. Les témoignages sur ces problèmes de délais sont préoccupants.

Ainsi, Mme Marie-France Casalis, conseillère technique auprès de la déléguée aux droits des femmes d'Ile-de-France⁽⁸⁾, a souligné : *"Il est insupportable d'imaginer qu'aujourd'hui, en Ile-de-France, il faut trois semaines pour obtenir un premier rendez-vous d'IVG. Il en découle des problèmes de délais pour les femmes se présentant à neuf semaines de grossesse."*

(8) Audition du 6 novembre 2001.

En réponse au questionnaire envoyé par la Délégation aux droits des femmes à ses membres, portant notamment sur le délai d'attente moyen entre le premier rendez-vous et l'IVG, il est signalé, par exemple, deux semaines en Seine-et-Marne, dix à douze jours dans le Lot-et-Garonne, *"au mieux cinq à huit jours, mais trop souvent quinze jours à trois semaines"* dans les Hautes-Pyrénées.

La situation n'est pas aussi mauvaise partout. En Loire-Atlantique, *"le délai est variable selon les situations, mais la femme a toujours un rendez-vous lui permettant d'avoir recours à l'IVG ; le délai d'urgence de 48 heures est appliqué si nécessaire"*.

Une enquête menée par le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) en Seine-Saint-Denis fait état d'un délai minimum de huit jours au moins dans les cliniques privées, et dans les hôpitaux, d'un délai qui peut aller de huit à quinze jours.

A cet égard, les recommandations de l'ANAES devraient être rappelées en matière d'accueil : *"Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les cinq jours suivant son appel."*

Pour raccourcir ces délais, le rôle des permanences téléphoniques est fondamental. Ainsi la permanence téléphonique parisienne mise en place l'été dernier a bien fonctionné, ayant reçu durant le mois d'août une moyenne de trente à trente-cinq appels par jour. Toutefois, les responsables de cette permanence ont rencontré des difficultés au niveau de l'orientation, faute de disposer d'indicateurs suffisamment fiables et précis sur les possibilités d'accueil. Si les listes de centres sont données, les possibilités d'accueil ne sont pas toujours vérifiées.

2. Des départs à l'étranger au "tourisme régional"

Lors de la discussion du projet de loi, les départs à l'étranger des femmes candidates à l'IVG avaient été fortement stigmatisés. Cinq mille femmes environ chaque année hors délais se trouvaient contraintes de partir dans les pays voisins, faute d'accueil en France dans les délais légaux.

La situation a changé, bien qu'il soit difficile d'établir des statistiques. Mme Chantal Gaudry, présidente honoraire du MFPF⁽⁹⁾, devant la Délégation a déclaré le 16 octobre 2001 : *"Vous posez la délicate question des départs à l'étranger. Sur une quarantaine de fiches recueillies cet été, bien que ce ne soit pas statistiquement significatif, alors que la*

(9) Audition du 16 octobre 2001.

femme avait fait sa première démarche dans les délais légaux, j'ai pu repérer au moins cinq départs à l'étranger, hors région parisienne, ce qui montre bien un malaise, pour nous inacceptable. En région parisienne, nous obtiendrions une proportion identique."

Des informations font état, d'après les cliniques hollandaises, d'une diminution significative du nombre de leurs clientes françaises.

A ces départs à l'étranger semble se substituer maintenant un "tourisme régional", stigmatisé par le MFPP de certains départements, comme par des témoignages de membres de la Délégation aux droits des femmes.

Ainsi, l'Association départementale du MFPP du Calvados a informé début janvier 2002 Mme Yvette Roudy, députée du Calvados, des difficultés rencontrées depuis septembre 2001 dans l'application de la loi, recensant des situations préoccupantes⁽¹⁰⁾ et dénonçant les délais excessifs pour accéder à l'IVG, un accueil insuffisant, une recherche angoissante en région et au-delà, à l'étranger, de lieux de traitement et d'hébergement.

"Les délais entre les différents rendez-vous (anesthésiste, gynécologue, conseillère conjugale...) sont trop longs et reportent la date de l'IVG jusqu'à dépasser les délais légaux."

La plupart de ces femmes nous ont rapporté combien elles se sont senties rejetées, parce que mal accueillies, culpabilisées, et parfois renvoyées sans explication. Elles se sentent victimes d'une profonde injustice, parce qu'elles se trouvaient dans les délais légaux lors du premier rendez-vous à l'hôpital.

Ces femmes doivent effectuer de multiples démarches dans différents lieux géographiques pour tenter de trouver des solutions."

Le MFPP des Hautes-Pyrénées : *"Toutes les demandes d'IVG, y compris les IVG tardives ne sont pas prises en compte dans des délais raisonnables et l'attente dans la prise de rendez-vous oblige encore certaines femmes à se déplacer sur Auch, Pau ou Toulouse ou pire en Espagne, quand le délai atteint douze à treize semaines."*

(10) Voir en annexe le courrier du MFPP du Calvados adressé à Mme Yvette Roudy, en date du 5 janvier 2002.

3. De l'entretien à un meilleur accueil par l'écoute et l'information

♦ L'entretien, d'après la loi, est désormais systématiquement proposé, mais non imposé, sauf pour la mineure. Il semble cependant, par simple ignorance de la loi, qu'on ait continué quelque temps à exiger l'attestation d'entretien.

Certains regrettent cet entretien obligatoire qui facilitait l'information, une meilleure prise en compte par le médecin de la situation de la femme et la prise de rendez-vous auprès des centres hospitaliers ou cliniques privées.

Pour sa part, M. Robert Chambrial⁽¹¹⁾ a estimé que la suppression de l'obligation de l'entretien le rend plus intéressant pour la femme et pour les psychologues ou conseillères conjugales. Les femmes ne viennent plus chercher un papier, mais décident de venir parler avec un professionnel.

Au-delà de l'entretien se pose tout le problème de l'accueil et de l'écoute des femmes en demande d'IVG, et du rôle des conseillères conjugales dont il convient absolument de maintenir les postes.

Mme Elisabeth Aubény⁽¹²⁾ a estimé devant la Délégation que *"ces conseillères conjugales ont un rôle très important pour l'accueil des femmes. Jusqu'à présent, elles menaient systématiquement l'entretien obligatoire et pouvaient être présentes lorsque la femme le souhaitait. Quand ces conseillères ne seront pas occupées par des entretiens, elles pourront parfaitement accueillir les femmes et leur expliquer les différentes techniques, ce que les médecins font rarement, par manque de temps."*

♦ Selon la loi, il appartient au médecin, dès la première consultation, d'informer la femme des méthodes médicales et chirurgicales de l'IVG, des risques et des effets secondaires éventuels. A cette occasion, doit être remis le dossier-guide, dont le contenu a été revu et simplifié par la loi. Ce document, en cours d'actualisation, devra contenir toutes les informations relatives à l'IVG, aux techniques d'intervention et aux structures de prise en charge. Il devrait être très prochainement disponible, avec un volet spécifique concernant les mineures désirant garder le secret et le rôle de l'adulte accompagnant.

La Délégation aux droits des femmes insiste sur l'importance de ce document, très attendu par les femmes, les professionnels de santé, les associations.

(11) *Audition du 30 octobre 2001.*

(12) *Audition du 12 juin 2001.*

C. LES MINEURES ET L'AUTORISATION PARENTALE

D'après les chiffres cités lors des débats sur le projet de loi, environ 10 000 mineures sont enceintes chaque année, 7 000 recourent à l'IVG. Un certain nombre d'entre elles ne peuvent ou ne veulent solliciter l'autorisation parentale.

La deuxième grande avancée de la loi du 4 juillet 2001 est la possibilité pour les mineures, dans certaines conditions, de déroger au principe de l'autorisation parentale – qui demeure la règle générale – en se faisant accompagner d'un adulte de leur choix. Cette disposition a soulevé, semble-t-il, dès l'entrée en vigueur de la loi, de véritables difficultés d'interprétation et d'application, de nombreux médecins hésitant ou se refusant à intervenir, sans l'autorisation parentale, pour des questions de responsabilité.

Mme Danielle Bousquet, députée des Côtes-d'Armor, a apporté son témoignage devant la Délégation, le 30 octobre dernier : *"Dans mon département, des jeunes filles se sont rendues à l'aide sociale à l'enfance pour demander à être protégées, car l'hôpital leur refusait l'anesthésie. Cette affaire, qui a fait beaucoup de bruit, n'est toujours pas résolue, en raison d'un refus obstiné des anesthésistes à mettre en œuvre la loi. J'ai reçu des témoignages de blocages concernant les mineures par plusieurs assistantes sociales, qui toutes ont été confrontées à ces problèmes."*

1. L'adulte accompagnant : rôle et responsabilité

La décision de la mineure de recourir à l'IVG, sans le consentement parental, lui appartient, mais tout doit être tenté lors de la première consultation médicale pour bien s'assurer que celle-ci ne veut ou ne peut prévenir ses parents ou le titulaire de l'autorité parentale et désire garder la confidentialité, pour des raisons souvent liées à une incompréhension familiale d'ordre culturel ou religieux, l'absence physique ou morale des parents, la pesanteur des traditions...

La mineure se fait alors accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix. Elle est conseillée dans ce choix lors de l'entretien préalable qui, pour celle-ci, demeure obligatoire, notamment afin de prévenir des situations de contrainte physique ou morale (viol, inceste...). Cette personne doit être un adulte, membre de la famille ou membre d'une association. Il peut s'agir d'une tante, d'une cousine plus âgée, de la mère du petit ami, ou même de celui-ci.

Son rôle est d'apporter un soutien psychologique et moral à la jeune fille en difficulté, de l'accompagner si possible lors des consultations, de

l'intervention et de l'attendre au sortir de l'IVG. La responsabilité juridique de l'adulte en question n'est pas engagée par ce rôle d'accompagnant. Il ne dispose d'aucun des attributs de l'autorité parentale et ne se substitue pas au représentant légal. La circulaire du 28 septembre est très claire à ce sujet.

2. Les interrogations des médecins anesthésistes

La spécificité du rôle de l'adulte accompagnant a soulevé de nombreuses interrogations chez les médecins, particulièrement les médecins anesthésistes : l'adulte accompagnant doit-il être associé aux consultations de pré-anesthésie ? Son nom doit-il figurer dans le dossier médical de la mineure ? En cas de complications, quel est son rôle vis-à-vis des parents ? Autant de questions auxquelles la circulaire du 28 septembre ne répond qu'imparfaitement.

Aussi, la Délégation a souhaité interroger M. André Lienhart, président de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)⁽¹³⁾. Le conseil d'administration de la SFAR, a-t-il indiqué, a transmis à ses adhérents un document précisant le rôle que devrait jouer la personne majeure accompagnante. *"Il en découle que la mineure doit être accompagnée dans sa démarche de demande d'anesthésie par la personne majeure de son choix, et que celle-ci doit donc être présente lors de la consultation d'anesthésie. Concrètement, il convient de communiquer qu'en cas d'anesthésie pour IVG, une mineure doit se rendre à une consultation d'anesthésie plusieurs jours à l'avance, soit avec une autorisation parentale, soit accompagnée de la personne majeure qu'elle a désignée pour l'ensemble de la démarche. Il n'est pas anodin de noter que la loi n'exige pas que cette personne signe une "décharge", n'indique pas qu'elle donne un consentement "à la place" de la mineure, n'en fait pas son représentant légal : la loi dit qu'elle l'accompagne. Il est en revanche prudent d'inscrire sur la fiche de consultation d'anesthésie le nom de la personne majeure présente au moment où l'information sur l'anesthésie est délivrée [...] et de demander à cette personne accompagnante de lire attentivement avec la mineure le formulaire d'information sur l'anesthésie."*

En cas de complications, a ajouté M. André Liehnart, *"nous avons recommandé, s'il s'agit d'une situation très grave, de prévenir les parents et de demander à la personne majeure accompagnante de continuer à jouer son rôle de relais. En effet, si c'est un membre de la famille, il nous paraît humainement plus convenable que l'information aux parents soit communiquée par cette personne."*

(13) Audition du 6 novembre 2001.

L'adulte accompagnant se voit ainsi attribuer un rôle qu'il ne pourra ou ne voudra assumer. S'il n'a pas à présenter de pièce d'identité, ni à signer de documents, son nom doit-il figurer dans le dossier ? Jusqu'où peut aller sa collaboration avec l'équipe médicale ? Quelle attitude adopter en cas de complications ?

Une bonne communication au sein de l'équipe médicale, entre la conseillère conjugale, le médecin et l'anesthésiste devrait permettre d'identifier cette personne, afin de l'associer au mieux à l'ensemble de la démarche médicale dans l'intérêt et la protection de la jeune fille mineure. Dans le dossier de la mineure devra figurer, en tout état de cause, un compte rendu de l'entretien social au cours duquel il est discuté du choix de cette personne majeure.

Sur tous ces points, il serait souhaitable que le groupe national de suivi puisse se prononcer pour rassurer l'ensemble des intervenants et proposer, si nécessaire, un guide de bonnes pratiques.

3. La prise en charge des mineures : un décret attendu

Les mineures, faute de consentement parental, ne peuvent prétendre à la couverture sociale de leurs parents. Aussi l'article 20 de la loi a-t-il prévu leur prise en charge, qui nécessite un décret d'application pour en définir les modalités et garantir l'anonymat de la personne mineure. Ce décret, très attendu, devrait sortir prochainement.

En l'absence de ce décret, en effet, certains établissements refuseraient ces mineures. D'autres ne font pas de difficultés et ont recours à l'aide médicale d'Etat, à la PMI ou à la couverture maladie universelle, de façon aléatoire.

Le décret devrait prévoir une prise en charge par la caisse d'assurance maladie qui procédera au remboursement des dépenses engagées au vu des documents transmis au service du contrôle médical, ce dernier garantissant l'anonymat des pièces.

II - DES DIFFICULTES ANCIENNES MISES EN LUMIERE PAR L'APPLICATION DE LA LOI

A. UNE GRANDE DISPARITE DES STRUCTURES HOSPITALIERES

1. L'avenir des CIVG

Le statut des centres d'IVG autonomes au sein de l'hôpital pose problème depuis longtemps. Ils ont été créés initialement pour répondre à la demande d'IVG, lorsque l'activité en avait été décidée par le conseil d'administration de l'hôpital et que le chef de service s'y opposait dans son propre service, en invoquant la clause de conscience. L'hôpital avait alors obligation de créer une nouvelle unité dotée de moyens appropriés.

Les CIVG, sous la responsabilité du directeur de l'hôpital, fonctionnent principalement avec des médecins vacataires ; souvent mal considérés, non représentés au sein de la commission médicale d'établissement, ils sont confrontés à des problèmes de personnels, de moyens, d'équipements. Ils assurent pourtant dans le secteur public le tiers des IVG ; la dimension raisonnable des centres, la motivation de leurs personnels permettent de mieux accueillir et suivre les femmes en demande d'IVG qu'à la maternité de l'hôpital, où elles risquent d'être marginalisées.

La loi du 4 juillet 2001 en abrogeant les deux derniers alinéas de l'article L. 2212-8 du code de la santé publique répond à une logique tout à fait différente et tend à modifier l'organisation hospitalière de l'IVG.

Les convictions personnelles d'un chef de service ne pourront plus lui permettre de faire obstacle à la pratique de l'IVG dans le service dont il est responsable. Les activités d'IVG devront être mieux rattachées à la structure hospitalière, dans un souci de meilleure gestion et de qualité de la prise en charge.

Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, lors des débats sur le projet de loi, avait précisé que le conseil d'administration devait organiser les IVG comme toute activité médicale, conformément à l'organisation médicale de droit commun des établissements de santé, nécessairement constituée en unités fonctionnelles, services, départements...

Cet accueil des unités d'IVG dans les structures médicales hospitalières de droit commun ne ferait pas obstacle, avait ajouté la ministre, à ce que ces unités conservent leur identité et restent dirigées par leurs

responsables habituels. La ministre avait annoncé alors la constitution d'une mission d'appui chargée d'accompagner ces transformations.

Cette perspective cependant n'est pas sans soulever de vives inquiétudes parmi les associations et les personnels des centres. Ainsi M. Jean-Claude Magnier, président des centres d'orthogénie de l'AP-HP⁽¹⁴⁾, a regretté la nouvelle orientation, et M. Paul Cesbron⁽¹⁵⁾ a déclaré devant la Délégation : *"En ce qui concerne nos centres, il nous paraît également nécessaire qu'à l'occasion des décrets d'application, soient renforcées les unités fonctionnelles et l'autonomie des centres. Il n'y a pas d'application correcte de la loi. D'ailleurs, le "rapport Nisand", même si ses conclusions sont différentes des nôtres, va dans ce sens. Les vingt-cinq années d'application de la loi de 1975 ont bien mis en évidence, de façon négative, la qualité de l'accueil des femmes, leur prise en charge et l'application de cette loi. Nous considérons que cela est lié à l'absence de structures clairement définies, reconnues notamment sur le plan hospitalier, et permettant de défendre les moyens nécessaires à l'application de cette loi."*

La situation du centre médico-social de la femme de Grenoble a longuement été évoquée par plusieurs interlocuteurs de la Délégation, craignant que la restructuration programmée de l'hôpital de Grenoble ne se fasse au détriment du centre. Celui-ci fonctionne depuis vingt-cinq ans comme unité fonctionnelle du service de gynécologie-obstétrique, avec une unité de lieu et d'équipe qui fait toute la richesse du travail des personnels et du suivi des femmes. M. Robert Chambrial⁽¹⁶⁾, a fortement appréhendé, dans la restructuration proposée, l'éclatement du service en trois lieux différents.

Les interlocuteurs de la Délégation ont souhaité la transformation des CIVG en unités fonctionnelles qui seraient une garantie de leur autonomie. A ce sujet, ont été évoqués les projets de l'ARH du Nord-Pas-de-Calais, qui, dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire, reconnaîtraient le statut d'unités fonctionnelles aux CIVG pratiquant plus de 400 IVG par an, et de service aux centres qui en pratiqueraient plus de 800 ou 1 000.

Le rattachement envisagé des CIVG devrait pourtant, dans certaines situations, présenter les avantages d'une meilleure prise en charge médicale, notamment lorsque le centre ne dispose pas du plateau technique chirurgical nécessaire pour l'IVG tardive. Mais ce rattachement ne devrait pas se faire au détriment de l'accueil des femmes ayant recours à l'IVG, et devrait respecter la spécificité des centres. Etant donné la grande diversité

(14) Audition du 6 novembre 2001.

(15) Audition du 12 juin 2001.

(16) Audition du 30 octobre 2001.

des CIVG et des structures hospitalières susceptibles des les accueillir, chaque centre devra faire l'objet d'un examen et de négociations au cas par cas.

Le Groupe national de suivi sera spécialement chargé d'y veiller.

2. Des praticiens en nombre insuffisant

Une deuxième difficulté d'ordre médical tient à l'insuffisance du nombre de praticiens disposés à pratiquer les IVG en général et plus particulièrement les IVG tardives. Les médecins "militants" partent à la retraite et la relève n'est pas assurée. Les jeunes médecins, qui ont sans doute moins d'objections de principe que leurs aînés à l'égard de l'IVG, ne sont pas attirés par une activité médicale mal rémunérée et peu valorisante.

Se pose notamment de façon aiguë le statut des médecins vacataires qui pratiquent l'IVG à l'hôpital, généralistes ou gynécologues médicaux. La transformation de postes de vacataires en postes de contractuels et de praticiens hospitaliers devrait offrir de meilleures perspectives.

3. Disparités régionales et saisonnières

Les interlocuteurs de la Délégation ont tous souligné les grandes disparités existant dans le traitement des IVG selon les régions, les départements, les villes. Cette situation, ancienne et connue, s'est trouvée aggravée, dès l'entrée en vigueur de la loi avec le problème des IVG tardives. La Délégation, sans se livrer à un inventaire exhaustif, a pu recueillir quelques informations concernant la répartition entre public et privé, le volume des activités selon les centres, les disparités dans l'accueil.

♦ La répartition de la prise en charge des IVG entre secteur public (45,7 %) et secteur privé (54,3 %) est très inégale en Ile-de-France. Mme Marie-France Casalis⁽¹⁷⁾ a souligné par ailleurs pour cette région l'inadaptation de la réponse hospitalière, le manque de médecins, la longueur des délais d'attente.

Si la région Midi-Pyrénées connaît une situation encore plus accentuée (41,8 % des IVG dans le secteur public, 58,2 % en secteur privé), à l'inverse en Alsace, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Centre, Franche-Comté, Bourgogne, Pays-de-Loire), le secteur public effectue la grande majorité des IVG.

(17) Audition du 6 novembre 2001.

La situation difficile des cliniques privées, nombreuses à fermer ces dernières années, aggrave les problèmes. En Seine-Saint-Denis, par exemple, vingt-six établissements privés pratiquaient des IVG en 1989 ; ils ne sont plus que dix-huit en 2001, soit une réduction d'un tiers.

♦ On note aussi une assez grande hétérogénéité des activités des centres. Ainsi, pour les établissements de l'AP-HP, en volume, l'activité annuelle va de 71 IVG à l'hôpital Robert-Debré à 1 862 IVG à l'hôpital Broussais, 4 centres pratiquant plus de 1 000 IVG, 4 entre 700 et 1 000, 11 centres moins de 700, l'essentiel de l'activité, 51 %, se concentrant dans Paris *intra muros*.

♦ En dehors de la région parisienne, il semble que les régions PACA et Rhône-Alpes ont rencontré un grand nombre de difficultés, qui commencent maintenant à se résorber.

En réponse au questionnaire envoyé par la Délégation, des problèmes sont signalés, en particulier dans les Hautes-Pyrénées, le Calvados, la Loire-Atlantique, en Seine-Maritime, à Pau, à Nîmes...

♦ Des disparités saisonnières existent déjà depuis longtemps. Elles sont connues. La période estivale est en effet peu favorable aux femmes désirant recourir à l'IVG en raison des congés des médecins et des personnels. Des difficultés saisonnières en 2001 ont été signalées à la Délégation du fait de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi.

M. Bruno Carbonne⁽¹⁸⁾ a exposé, devant la Délégation, la situation à l'hôpital Saint-Antoine l'été dernier : *"Nous avons vécu cette transition de manière très douloureuse, puisque nous avons décidé d'appliquer la loi dès le mois de juillet et que nous nous sommes heurtés non seulement, comme à l'accoutumée, à la réduction des effectifs pendant cette période, mais aussi au fait que, très clairement, cette année, il n'y a eu aucune concertation entre les professionnels ou les différents services pour assumer cette charge de travail supplémentaire."*

Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, et M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, ont confié à Mme Chantal Blayo, directrice de l'Institut d'études démographiques de l'université Montesquieu-Bordeaux IV, qui avait déjà effectué des enquêtes en 1999 et en 2000, une nouvelle étude en août 2001, afin de dresser un bilan de l'accessibilité des services d'IVG en août, et de comparer la qualité de l'accueil en août 2001 à celle d'août 2000.

(18) Audition du 13 novembre 2001

Mme Chantal Blayo, entendue par le Groupe national de suivi le 7 février dernier, a pu donner quelques résultats provisoires de sa recherche.

Malgré d'importants dysfonctionnements relevés dans trois grandes régions, Rhône-Alpes, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, la grande majorité des régions a pu offrir, en août 2001, un accueil relativement satisfaisant et même en amélioration.

Mis à part quelques points noirs, la situation apparaît dans l'ensemble meilleure qu'on aurait pu le supposer et semble révéler une prise de conscience de l'importance des nouveaux enjeux.

B. DES PROBLÈMES FINANCIERS NON RÉSOLUS

Le problème du financement de l'IVG a été unanimement souligné par les interlocuteurs de la Délégation. Ce problème ancien ne fera que s'exacerber avec l'augmentation – faible - mais inévitable du nombre des IVG tardives.

1. La faible rémunération de l'IVG

L'assurance maladie couvre les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'IVG qui lui sont ensuite remboursés par l'Etat, en application de l'article L. 132-1 du code de la sécurité sociale. Un arrêté détermine la liste des actes ainsi pris en charge et leurs tarifs.

Or, c'est par un arrêté en date du 14 janvier 1991 qu'ont été fixés forfaitairement les prix de l'IVG instrumentale et médicamenteuse, tarifs qui n'ont pas été réévalués depuis cette date.

♦ Le forfait de l'IVG instrumentale comprend les investigations biologiques préalables, l'anesthésie générale, l'interruption elle-même, l'accueil et l'hébergement pour une durée inférieure à 12 heures. Il est de 169,55 € (1 112,16 F) dont 56,71 € (372 F) pour l'acte d'IVG. Il correspond encore à la grande majorité des IVG.

♦ Le forfait de l'IVG médicamenteuse comprend les investigations biologiques préalables, la consultation initiale avec la prise de trois comprimés de myféGINE, la consultation secondaire avec l'administration de prostaglandines et la surveillance en établissement, la consultation ultérieure de contrôle. Il est de 199,93 € (1 311,46 F), dont 59,91 € (393 F) pour la consultation initiale.

Cette faible rémunération de l'acte d'IVG est de plus en plus dénoncée. Ainsi, pour Mme Danielle Gaudry⁽¹⁹⁾, *"Les problèmes de rémunération sont évidents, car le taux de l'acte n'a pas bougé depuis 1991. Si on prend l'exemple de la pratique de l'IVG médicamenteuse, lorsque le médecin remet, lors de la deuxième consultation, les trois comprimés à la femme, au regard du prix des comprimés, celle-ci ne lui est payée que 20 à 30 francs. Certains établissements ont arrêté de pratiquer des IVG médicamenteuses parce que ce n'était pas "rentable" ; c'était un geste quasiment bénévole. Les médecins, même militants, ne peuvent se permettre, à l'heure actuelle, de pratiquer uniquement des IVG bénévolement en consultation"*.

Depuis 1991, les tarifs n'ont pas suivi les évolutions tarifaires normales des soins et des actes médicaux, ni celle des frais d'hébergement hospitaliers. Il en résulte une dévalorisation générale de l'IVG, tant pour les médecins que pour l'hôpital.

♦ De plus, le contenu même du forfait pose problème : un certain nombre de consultations, nécessaires avant toute IVG, ne sont pas prises en compte : première consultation avec remise du dossier-guide, deuxième consultation de confirmation de la demande d'IVG, consultation pré-anesthésie obligatoire en cas d'anesthésie générale et consultation post-intervention. L'échographie, très souvent pratiquée, n'est pas non plus incluse dans le forfait.

Il conviendrait, si le forfait devait être révisé, d'y inclure au minimum certains actes et analyses indispensables : groupe sanguin, facteur rhésus, échographie, consultation pré-anesthésie.

2. Du forfait vers l'inscription à la nomenclature ?

♦ M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé⁽²⁰⁾, a reconnu cette nécessaire revalorisation du forfait : *"L'arrêté du 14 janvier 1991 relatif au prix des soins et de l'hospitalisation afférente à l'IVG sera révisé. En effet, les sommes que l'Etat rembourse à l'assurance maladie – 162 millions de francs par an – ne correspondent pas au montant des dépenses engagées par l'assurance maladie à ce titre, mais seulement à un nombre limité d'actes et dont le coût n'avait jamais été réévalué. Un travail a été entrepris pour les revaloriser ; le coût de cette revalorisation, à actes constants, est estimé à 35 millions, et à plus de 100 millions à actes réels."*

(19) Audition du 16 octobre 2001.

(20) Réponse du 12 novembre 2001 à une question de Mme Muguette Jacquaint.

♦ Cependant le principe même du forfait pose question. Dans la mesure où l'on considère l'IVG comme un acte médical normal qui ne doit pas être traité de façon particulière, ne conviendrait-il pas de l'intégrer dans la nomenclature générale des actes médicaux, permettant ainsi une plus juste rémunération et une revalorisation régulière ? Interrogée sur ce sujet par Mme Martine Lignières-Cassou lors d'un entretien le 13 février dernier, M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, s'est montré favorable à la reconnaissance du caractère normal de l'acte d'IVG par une cotation appropriée, tout en soulignant les compétences propres de la CNAM dans le domaine du remboursement des actes médicaux.

Au-delà du forfait, un effort budgétaire est nécessaire pour renforcer les équipes hospitalières pratiquant l'IVG, en personnels et en matériels. 12 millions de francs avaient été dégagés dans le budget 2000, 15 millions dans le budget 2001 – reconduits en 2002 – principalement affectés à l'amélioration de la situation des médecins pratiquant l'IVG, notamment par la transformation de postes de vacataires en postes de contractuels.

C. CEPENDANT, UNE ÉVOLUTION FAVORABLE DES TECHNIQUES EMPLOYÉES

Comme le précise l'ANAES dans ses recommandations, dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale.

Il conviendra surtout de favoriser la méthode de l'IVG précoce, qui est la solution la moins traumatisante pour la femme.

1. Des techniques plus légères et des durées d'hospitalisation plus courtes.

♦ La technique chirurgicale ou instrumentale demeure encore la plus fréquemment utilisée pour environ 80 % des IVG. Elle peut se pratiquer sous anesthésie locale ou générale, le choix en revenant à la patiente.

L'anesthésie locale pouvant entraîner des douleurs, c'est souvent l'anesthésie générale qui est retenue. 60 % des IVG instrumentales sont actuellement réalisées sous anesthésie générale. La technique est bien supportée par la femme et les risques de complications sont minimes. Elle peut être pratiquée à toute étape de la grossesse ; elle est, en tout état de cause, la seule recommandée après huit semaines de grossesse et *a fortiori* pour les IVG tardives.

C'est cependant une technique lourde, invasive pour la femme, et qui demande une hospitalisation coûteuse.

On observe toutefois une diminution de la durée d'hospitalisation. A titre d'exemple, pour la région parisienne, l'hospitalisation de moins de quatre heures s'est accrue de près de 40 % depuis 1995, et l'hospitalisation de plus de vingt-quatre heures tend à disparaître.

♦ L'IVG médicamenteuse se développe peu à peu. Par rapport à l'IVG instrumentale, cette technique plus légère, ambulatoire, convient essentiellement aux IVG précoces, jusqu'à la septième semaine d'aménorrhée révolue (5^e semaine de grossesse révolue), selon l'ANAES.

De 14 % des IVG en 1990, elle en représentait environ 20 % en 1998 ⁽²¹⁾. Pour la région parisienne, elle concerne près de 30 % des IVG en 2000, avec une progression de 64 % depuis 1995 ⁽²²⁾.

Mais elle ne peut se réaliser actuellement qu'en milieu hospitalier, la myfégyne (RU 486), qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché, n'étant disponible qu'à la pharmacie de l'hôpital.

2. Les perspectives de l'IVG médicamenteuse

Etant donné les avantages de cette technique, il a été envisagé que ces IVG puissent être pratiquées, en ambulatoire par les médecins de ville, dans le cadre de réseaux de soins liant par convention le praticien et un établissement autorisé à pratiquer les IVG.

C'est l'objet de l'article 3 de la loi du 4 juillet 2001, un décret en Conseil d'Etat, à paraître prochainement, devant en fixer les conditions.

Il conviendra, en effet, de déterminer le contenu de la convention qui va lier le praticien et l'hôpital et les conditions de l'administration des médicaments.

(21) Source DREES – Juin 2000.

(22) AP-HP. Bilan d'activité 2000 des centres de Planning familial.

III - LA CONTRACEPTION DANS LA NOUVELLE LOI

La Délégation aux droits des femmes faisait le constat, dans son rapport sur le projet de loi relatif à l'IVG et à la contraception⁽²³⁾, que la contraception largement admise et utilisée en France, n'était cependant pas parvenue à réduire sensiblement ces dernières années le nombre des grossesses non désirées, en raison d'une part des nombreux échecs de contraception – "le paradoxe contraceptif français" – et, d'autre part, d'une politique d'éducation et de prévention encore insuffisante.

L'évolution du nombre de grossesses chez les mineures⁽²⁴⁾ et surtout chez les jeunes majeures⁽²⁵⁾ demeure préoccupante et a conduit récemment à faciliter le recours à un nouveau mode de contraception, la contraception d'urgence.

A. CONTRACEPTION D'URGENCE. GRATUITÉ POUR LES MINEURES

La mise en place de la contraception d'urgence a subi de nombreux aléas, depuis l'arrêté du 27 mai 1999 pris par M. Bernard Kouchner, alors secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, autorisant la vente libre en pharmacie du Norlevo, et la décision prise par Mme Ségolène Royal, alors ministre déléguée à la famille et à l'enfance, par une circulaire du 19 décembre 1999, d'autoriser les infirmières scolaires à distribuer la pilule du lendemain.

L'annulation par le Conseil d'Etat, le 30 juin 2000, des dispositions de la circulaire comme contraires à la loi Neuwirth, a nécessité une intervention législative. C'est l'objet de la loi du 13 décembre 2000 qui autorise la vente libre des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, leur délivrance à titre gratuit en pharmacie aux mineures désirant garder le secret et leur administration par les infirmières scolaires, dans les établissements d'enseignement du second degré, aux élèves mineures et majeures.

Le protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire, annexé au décret du 27 mars 2001, en détermine les conditions d'application.

(23) *Rapport d'information (n° 2702) de Mme Danielle Bousquet.*

(24) *Mineures de 15 à 18 ans : 7 ‰ en 1997 (6 ‰ en 1990)*

(25) *Majeures de 18 à 19 ans : 19 ‰ en 1997 (15 ‰ en 1990)*

Majeures de 20 à 24 ans : 24 ‰ en 1997 (21 ‰ en 1990)

Source DRESS – juin 2000.

La loi du 4 juillet 2001 dans son article 24 intègre les dispositions de la loi du 13 décembre 2000 dans l'article L. 5134-1 du code de la santé publique.

1. Le rôle indispensable des infirmières scolaires

C'est en s'appuyant sur ces deux textes législatifs qu'a pu reprendre, sur des bases solides, la délivrance de la pilule du lendemain par les infirmières scolaires à des élèves, à titre exceptionnel, en cas d'urgence et de détresse caractérisée.

♦ Un premier bilan quantitatif de la contraception d'urgence à partir des données relatives aux six premiers mois d'application du protocole, de janvier à juin 2000, a été donné à la Délégation aux droits des femmes par Mme Annick Fayard-Riffiod, conseillère technique auprès de M. Jack Lang, ministre de l'Éducation nationale ⁽²⁶⁾.

Sur 7 084 demandes de Norlevo, 4 720 émanaient d'élèves mineures et 2 364 d'élèves majeures. Le Norlevo a été délivré à 1 618 élèves, soit 23 % d'entre elles. Le taux de délivrance du médicament par rapport aux demandes est à peu près constant, qu'il s'agisse des lycées, des lycées professionnels et des collèges.

Cela signifie que l'application du protocole par les infirmières, faite avec prudence, a été conforme à l'esprit de la loi. Le Norlevo ne doit être délivré qu'à titre exceptionnel, "dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés", "si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible".

Les élèves, dont la demande n'a pas été retenue, ont été orientés vers un médecin ou un centre. En tout état de cause, ils ont été suivis à 50 % par un centre de planification, 39 % par l'infirmière, 8 % par un médecin et 3 % par une assistante sociale.

♦ Le bilan qualitatif est non moins important. La demande des élèves est prise en compte par l'infirmière scolaire qui sait les écouter, les conseiller, les orienter, et, en cas d'extrême urgence, leur délivre le Norlevo.

Les adolescentes apprennent le chemin du Planning familial. Les zones géographiques les plus éloignées sont désormais concernées, particulièrement les zones rurales, où le centre et le médecin ne sont pas toujours faciles d'accès.

(26) *Audition du 20 novembre 2001.*

Les chiffres cités, relativement peu élevés, auraient besoin d'être actualisés, compte tenu de la loi du 4 juillet 2001. Un premier recueil de données sur la période allant de septembre à décembre 2001 devrait être prochainement disponible. Il devrait faire apparaître une augmentation de la délivrance du Norlevo, les infirmières scolaires, après une première période de prudence, s'étant trouvées confortées dans leur rôle par les nouveaux textes.

♦ Les infirmières scolaires, reçues par la Délégation, ont souligné le rôle qu'elles jouent auprès des jeunes, et au-delà de l'approche de santé, la relation particulière qu'elles nouent avec les élèves. Ainsi, Mme Brigitte Le Chevert, secrétaire générale du Syndicat national des infirmières et conseillères de santé-FSU (SNICS-FSU)⁽²⁷⁾, a témoigné :

"Les élèves viennent à l'infirmierie pour un mal au doigt, un mal au dos, ou un mal au ventre. Ils viennent pour que l'on s'occupe d'eux, parce que nous sommes des infirmières et que nous nous occupons du corps. Les élèves comprennent notre métier, ce que beaucoup d'adultes ne comprennent pas. Ils savent que nous sommes là pour leur bien-être, pour qu'ils soient bien dans leur vie. Nous prenons soin d'eux, et c'est pourquoi ils viennent nous parler. Notre travail n'interfère pas avec celui du psychologue et de l'assistante sociale, car le lien entre l'élève et l'infirmière, c'est le corps".

C'est dans cette relation de confiance que se situe la délivrance du Norvelo aux adolescentes en détresse. Responsable des actes professionnels qu'elle accomplit, l'infirmière doit prendre sa décision en conscience.

♦ Les infirmières très attachées au rôle qui leur est dévolu par le protocole, ont souligné néanmoins un certain nombre de difficultés dans l'exercice quotidien de leurs fonctions :

- en premier lieu, le problème des effectifs. L'insuffisance du nombre d'infirmières scolaires est patente. Le taux d'encadrement est actuellement d'environ une infirmière pour 2 000 élèves. Selon Mme Annick Fayard-Riffiod, il est passé de la rentrée 1997 à la rentrée 2001, d'une infirmière pour 2 300 élèves à une infirmière pour 1 960. Si, en ville, une infirmière scolaire est compétente pour un complexe scolaire de 1 500 élèves, en milieu rural, l'infirmière peut avoir la charge de trois établissements de 500 élèves, à raison d'une journée et demie dans chacun. Dans ces conditions, il paraît difficile de répondre à l'urgence ;

(27) Audition du 27 novembre 2001.

- l'accessibilité du médecin ou du centre de planification en zone rurale et l'éloignement de l'établissement ;

- le problème de la sortie de l'établissement pour la mineure que l'infirmière renvoie sur un médecin ou sur un centre. Cette question cependant devrait – en partie seulement – être résolue avec la mise à disposition gratuite en pharmacie du Norvelo pour les mineures ;

- la formation à ces nouvelles pratiques. Les infirmières demandent une formation à la contraception d'urgence et au-delà à l'éducation sexuelle. Dans ce but, l'Education nationale a organisé, d'octobre 2000 à avril 2001, sept séminaires inter-académiques destinés à la formation des infirmières à la délivrance du Norlevo, en partenariat avec le MFPF et l'ANCIC. Mille infirmières en ont déjà bénéficié et l'ensemble des infirmières scolaires devrait y avoir accès d'ici à deux ans ;

- les questions de responsabilité, soulevées notamment par Mme Anne-Marie Gibergues, secrétaire générale du Syndicat national des infirmiers, infirmières, éducateurs de santé (SNIES-FEN)⁽²⁸⁾. Les infirmières s'inquiètent de l'attitude à adopter vis-à-vis des familles. S'agissant de l'information des parents préalable à la contraception d'urgence, la mineure qui désire garder le secret, peut refuser de les en avertir et l'infirmière est tenue par le secret professionnel.

Il semble que, passé les hésitations et les flottements de l'année dernière, les réticences de médecins scolaires ou de chefs d'établissement, la délivrance de la contraception d'urgence se mette en place progressivement, appuyée par les efforts budgétaires de l'Education nationale en création de postes et en actions de formation et par la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité.

2. La gratuité du Norlevo en pharmacie pour les mineures

L'article 24 de la loi du 4 juillet 2001 permet la mise à disposition de la contraception d'urgence aux mineures, à titre gratuit, en pharmacie, selon des conditions définies par décret.

Cette disposition apparaît comme le complément indispensable de la délivrance de la contraception d'urgence en milieu scolaire. Elle permet en principe à toutes les mineures qui n'ont pu l'obtenir de l'infirmière d'établissement, ou dont la situation d'urgence se situe en dehors des

(28) Audition du 27 novembre 2001.

périodes scolaires (week-end, vacances), de pouvoir y accéder, gratuitement, et en toutes circonstances.

♦ Il s'agit d'une avancée considérable mise en œuvre par le décret du 9 janvier 2002 qui précise les modalités de délivrance en officine à titre anonyme et gratuit et définit le rôle du pharmacien.

- La délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception.

- Au cours de cet entretien, le pharmacien doit "fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical".

- Le pharmacien remet une documentation sur ces sujets.

- Il communique à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche.

- La minorité de la personne, qui conditionne la gratuité, fait l'objet d'une simple déclaration orale.

S'agissant de la mise en œuvre de la gratuité, le conseil national de l'Ordre des pharmaciens, par l'intermédiaire du comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESSPF) a passé une convention avec la CNAM.

Le Norlevo, en effet à 7,93 € (52 F) la boîte, demeure coûteux pour les mineures.

♦ M. Jean Parrot, président du conseil national de l'Ordre des pharmaciens a exprimé, devant la Délégation⁽²⁹⁾, une opinion tout à fait positive quant à la place du Norlevo en pharmacie. Ce produit, a-t-il déclaré, a répondu aux attentes des pharmaciens confrontés à des jeunes filles en difficulté et leur a permis de jouer un rôle de conseil. La consommation constatée, plus de 600 000 boîtes sur neuf mois cumulés en 2001 contre 441 000 boîtes en 2000, répond effectivement à une demande importante.

M. Jean Parrot a souligné, au-delà du rôle d'information du pharmacien, son rôle éducatif vis-à-vis des adolescentes en difficulté ; il doit expliquer que *"la contraception d'urgence, réponse à une situation critique au jour donné, ne constitue pas une gestion de la contraception dans le*

(29) Audition du 13 novembre 2001.

temps." Le pharmacien se voit investi comme professionnel de santé d'une mission de santé publique.

A cet effet, une brochure⁽³⁰⁾ grand public sur le Norlevo et la contraception élaborée par le comité en collaboration avec la CNAM, sera remise lors de la délivrance du médicament pour l'information des mineures. Diffusée à deux millions d'exemplaires, elle est d'ores et déjà distribuée dans de nombreuses pharmacies.

Etant donné l'importance de ce dispositif, à la fois pour une meilleure prévention des grossesses non désirées et une meilleure information des jeunes filles, on ne peut que regretter que des difficultés d'ordre administratif et technique en retardent la mise en œuvre.

3. La gratuité des consultations de contraception en ville pour les mineures

♦ Malgré l'ensemble du dispositif déjà mis en place pour permettre aux jeunes filles mineures d'accéder gratuitement à la contraception (centres de planification, établissements scolaires, pharmacies d'officine), des failles demeurent concernant la consultation de contraception par la mineure – en urgence ou non – chez le médecin de ville.

La loi qui supprime le consentement parental pour la prescription et la délivrance de contraceptifs aux mineures, alignant ainsi, sur ce point, les conditions de consultation en ville sur celle des centres de planification familiale, ne prévoit cependant aucune modalité de prise en charge, alors que celle-ci est prévue pour l'IVG. A ce sujet, Mme Fatima Lalem a souligné devant la Délégation⁽³¹⁾ : *"Notre crainte est que cela crée une discrimination entre celles qui peuvent avoir accès à un centre de planification, où il y a gratuité, et celles qui consultent chez un médecin privé. Qu'en est-il de la mineure de 15 ans, qui n'a pas toujours l'argent nécessaire pour pouvoir payer un praticien et pour laquelle il est exclu de demander de l'argent ou d'utiliser la carte des parents ?"*

♦ Des réseaux de santé liant par convention un ou plusieurs médecins à un centre de planification pourraient apporter une solution particulièrement intéressante en milieu rural, où les centres sont peu nombreux. Ces conventions seraient passées en liaison avec le Conseil général, responsable de la prévention dans le département.

(30) Voir en annexe.

(31) Audition du 16 octobre 2001.

Mme Fatima Lalem a cité en exemple le réseau, subventionné par le conseil général, qui lie le centre du Planning de Montpellier à des cabinets médicaux, en ville ou dans des cantons éloignés.

Des conventions de cette nature pourraient s'inscrire dans le cadre des nouveaux réseaux de santé, institués par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, adoptée le 12 février dernier. Ces réseaux qui lient professionnels de santé libéraux, établissements ou centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales, peuvent, s'ils satisfont à des critères de qualité, bénéficier de subventions de collectivités territoriales ou de l'assurance-maladie.

B. CONTRACEPTION ET PREVENTION

La politique de prévention des IVG n'a pas encore eu l'efficacité souhaitée, puisque le nombre d'IVG se maintient depuis plusieurs années à un taux relativement élevé. Elle passe d'abord, pour remédier aux échecs contraceptifs, par la mise à disposition des femmes d'une contraception accessible et diversifiée.

1. Une contraception plus accessible et plus diversifiée

♦ *Mieux déceler les causes des échecs de la contraception pour une orientation contraceptive plus efficace*

Mme Nathalie Bajos, chercheuse à l'INSERM⁽³²⁾, a analysé les raisons de ces échecs chez les femmes qui, pourtant très favorables à la contraception, deviennent enceintes malgré une véritable démarche contraceptive,.

Mis à part l'échec incontournable de la grossesse sous stérilet ou sous pilule, *"le deuxième facteur clé de l'échec de la contraception, c'est [...] la méthode inadéquate. Un certain nombre de grossesses est dû au fait que la méthode contraceptive utilisée par la femme n'est pas en adéquation avec les caractéristiques de sa vie affective, sociale ou sexuelle. Les médecins raisonnant dans une logique d'efficacité médicale, se heurtent parfois à une logique sociale de prise en compte des conditions de vie et prescrivent des méthodes qui ne sont pas adaptées aux besoins de la femme."*

Chez les jeunes filles, une sexualité qui n'est pas socialement acceptée, est un facteur déterminant. S'y ajoute un manque d'information

(32) Audition du 13 novembre 2001.

patent. Des jeunes filles pensent souvent n'être fertiles que le *quatorzième jour du cycle* et, au mieux un jour avant et un jour après.

De plus, la peur que la sexualité soit révélée au milieu familial, par la contraception, contribue à créer un sentiment d'infertilité sociale. *"Je suis trop jeune, cela ne peut m'arriver"*.

"Il y a donc nécessité, non seulement de fournir à ces jeunes une information sur les risques au-delà du quatorzième jour, mais de faire en sorte que l'accès à cette information leur paraisse légitime."

Autre point important souligné par Mme Nathalie Bajos : la contraception au cœur du rapport homme-femme dans le couple, demeure encore fortement influencée par le partenaire, souvent au détriment du bien-être de la femme.

- ♦ *L'offre contraceptive doit être élargie et plus accessible.*

En théorie, l'offre contraceptive est très variée depuis le préservatif, les différents types de pilule, en passant par le stérilet, le "patch", l'implant contraceptif, le préservatif féminin (Femidon), jusqu'aux méthodes de l'avenir qui devraient s'orienter vers la contraception masculine.

Dans l'immédiat, pour les femmes, se pose le problème d'un meilleur accès à la pilule de troisième génération, du coût du stérilet et de l'utilisation du Femidon.

- La pilule de troisième génération présente des avantages par rapport aux précédentes. Mieux tolérées par les femmes, elles sont de plus en plus prescrites par les médecins, mais non encore remboursées, comme le sont les pilules de première et deuxième générations.

Toutefois, l'intérêt médical de leur prescription est en discussion. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSPS) consultée sur les "risques thromboemboliques veineux des contraceptifs œstroprogestatifs de troisième génération" par le MFPPF, attirait l'attention sur une *"augmentation du risque thromboembolique veineux légèrement plus importante"*, lors de l'utilisation de ce type de contraceptif par rapport aux contraceptifs précédents.

L'AFSSPS recommandait :

"- aux femmes qui utilisent une pilule œstroprogestative, de ne pas interrompre leur traitement s'il est bien toléré ;

- *aux médecins, de prendre en compte ces nouvelles données pour la prescription d'un œstrogéstatif, en particulier lorsqu'il s'agit d'une première prescription et utilisation, et chez les femmes qui présentent des facteurs de risque cardiovasculaires."*

Aussi, le conseil d'administration du MFPP a-t-il conseillé aux médecins des centres de planification de ne prescrire que de façon très exceptionnelle la pilule de troisième génération et non pas systématiquement, comme c'était le cas dans certains centres ⁽³³⁾.

Pour sa part, Mme Elisabeth Aubény a estimé que certaines femmes supportaient mieux ces pilules à faible taux d'œstrogène et que, suivant l'AFSSPS, il n'était pas nécessaire d'arrêter la prescription de ces pilules, même avec un risque d'accident un peu plus élevé, mais de faire attention aux contre-indications.

M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé ⁽³⁴⁾, reconnaissait récemment qu'il conviendrait de revaloriser les pilules de deuxième génération et de n'autoriser le remboursement des pilules de troisième génération que dans des cas précis (intolérance aux autres pilules, notamment).

♦ Le stérilet est encore relativement peu utilisé en France (16 % des Françaises en état de procréer). Plus confortable et plus sûr que la pilule, sans contre-indication d'ordre biologique, ni interaction médicamenteuse, sa prescription fait pourtant l'objet de nombreux préjugés.

Son développement passe notamment par une baisse de prix et un meilleur remboursement par la sécurité sociale.

Un arrêté du 9 octobre 2001 révisé à la hausse le prix de vente maximum au public des stérilets remboursables, fixé à 27,44 € (180 F) et remboursé à 21,6 € (142 F). Etant donné son efficacité sur plusieurs années, c'est un instrument relativement peu coûteux de contraception.

- Le "patch" contraceptif, sorte de timbre hebdomadaire autocollant diffusant des doses d'hormones semblables à celles contenues dans la pilule, efficace à 99 %, vient de faire son apparition. Selon M. Jean Parrot, c'est un bon outil pour l'avenir, sous réserves de précautions dans son utilisation et son suivi. Son coût serait équivalent à celui de la pilule.

- L'implant contraceptif (Implanon), bâtonnet de la taille d'une allumette, introduit sous la peau de la face interne du bras avec une

(33) *Audition du MFPP du 16 octobre 2001.*

(34) *Entretien du 13 février 2002, avec Mme Martine Lignières-Cassou.*

anesthésie locale, diffuse un progestatif en continu. D'une durée de vie de trois ans, il peut être ôté à tout moment. Efficace à près de 100 %, il présente de nombreux avantages, mais quelques inconvénients. Mis sur le marché en mai 2001, l'Implanon demeure encore peu connu des femmes comme des médecins. Son coût est de 138,5 € (906,20 F) remboursé par la sécurité sociale.

♦ L'usage du préservatif féminin (Femidon) a été longuement évoqué devant la Délégation aux droits des femmes. Il présente l'intérêt de cumuler une contraception féminine efficace et une protection contre les risques sexuels, sida et maladies sexuelles transmissibles. Mais, non remboursé par la sécurité sociale, coûteux (près de 50 F la boîte de trois), et d'aspect peu agréable, son utilisation n'est guère développée, d'autant que peu de pharmacies en disposent.

Pourtant, le Femidon convient particulièrement aux femmes confrontées à la progression de l'épidémie du sida depuis l'apparition de trithérapies efficaces et le relâchement de la vigilance. Selon Carine Favier, responsable de la commission sida au Mouvement français pour le planning familial (MFPPF)⁽³⁵⁾, le ratio qui était, il y a quelques années, d'une femme pour sept hommes, est actuellement d'une femme pour 2,7 hommes. Environ 30 000 femmes seraient concernées. La prise de conscience de ce grave problème de santé publique a conduit en 1998 la Direction générale de la santé à engager un programme de prévention des risques sexuels, avec le concours du MFPPF.

Mme Janine Mossuz-Lavau, directrice de recherche du Centre d'étude de la vie politique française (CEVIPOF)⁽³⁶⁾, chargée d'une enquête d'évaluation de ce programme, a mis en évidence des éléments qui conduisent à promouvoir le préservatif féminin :

- un certain nombre de femmes, étant donné les inconvénients de la pilule (effets secondaires, oubli, contraintes de la prise quotidienne), reviennent à la méthode Ogino et aux erreurs qu'elle induit ;

- des femmes qui se retrouvent seules après un événement personnel (divorce, veuvage, séparation) abandonnent une protection particulière ;

- des femmes et des hommes ne se sentent pas concernés par le problème du sida. "*Cela n'arrive qu'aux autres... mon mari est fidèle*" ;

(35) Audition du 4 décembre 2001.

(36) Audition du 6 novembre 2001.

- enfin, on constate, dans le couple, une résistance masculine à l'utilisation du préservatif. Si la femme ne demande pas à l'homme de se protéger, il n'y a alors aucune protection.

D'où l'intérêt de ce mode de protection. Dans le cadre du programme de réduction des risques sexuels, proposé gratuitement aux participantes des groupes de paroles, il a été relativement bien accepté.

Il a l'avantage, a expliqué, Mme Janine Mossuz-Lavau, de redonner aux femmes leur autonomie et de ne pas avoir à négocier une protection avec le partenaire, en concluant : *"Le préservatif féminin comporte des inconvénients et des avantages. Tout comme les autres moyens de protection, il peut convenir à certaines et demeurer inenvisageable pour d'autres. En tout cas, il permet de diversifier une palette, qui jusqu'à ce jour n'a pas fait la preuve d'une efficacité à 100 %. Or, chacun et chacune a besoin d'une méthode adaptée à son mode de vie, à sa santé, aux exigences de ses partenaires. Même si le préservatif féminin ne constitue pas la panacée, il reste un moyen de diversifier les modes de protection contre les risques sexuels."*

2. Pour des campagnes d'information plus régulières

La contraception pour être efficace doit s'appuyer en amont sur l'information la plus large possible, particulièrement auprès des jeunes.

La première campagne d'information sur la contraception a été lancée en 1982 par Mme Yvette Roudy, alors ministre des droits de la femme, sur le thème *"La contraception, c'est un droit"*, à partir notamment de spots TV et de dépliants. Malgré les nombreuses oppositions qui s'étaient manifestées à l'époque, elle a été très bien accueillie par les femmes.

Mis à part une campagne en 1992 axée principalement sur l'utilisation du préservatif et la prévention contre le sida, l'information sur la contraception depuis vingt ans a été négligée.

Aussi, depuis deux ans, le Gouvernement s'est engagé à mener des campagnes d'information régulières sur la contraception. Une première campagne était lancée au début de l'année 2000 sur le thème *"La contraception, à vous de choisir la vôtre"*. La campagne 2002, qui poursuit cet effort, autour du thème *"La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place"*, a cherché à sensibiliser les femmes et les couples sur les moments où... ce n'est pas le moment d'oublier la contraception, et sur le fait que chaque femme connaît en moyenne une grossesse non désirée au cours de sa vie.

La campagne a voulu répondre à trois enjeux majeurs :

- favoriser une utilisation effective de la contraception par les femmes et leur partenaire,
- mobiliser les professionnels de santé afin qu'ils prennent en compte les différents enjeux psychologiques et sociaux liés à la contraception,
- développer les actions menées au sein des régions et les partenariats initiés en 2000-2001.

Pour toucher le grand public, la campagne a favorisé l'affichage (8 000 panneaux d'affichage urbain) et la radio, deux médias de proximité. Une campagne à la télévision n'a pas été retenue, l'impact TV de la campagne 2000 n'ayant donné que des résultats moyens.

Un dépliant d'information grand public disponible chez les médecins, les pharmaciens, les centres de planning familial, auprès de certaines associations, a été édité en sept millions d'exemplaires.

On ne peut que se féliciter de cette nouvelle campagne. Comme l'a expliqué Mme Nicole Péry, secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, *"Chaque année, une nouvelle classe d'âge s'éveille à la sexualité ; c'est pourquoi l'information sur la contraception, et plus largement sur la sexualité doit être permanente."*

♦ Toutefois, pour atteindre l'efficacité voulue, une campagne de cette nature devrait pouvoir s'appuyer sur une plus grande régularité et sur un travail en amont de formation des prescripteurs, médecins généralistes et gynécologues.

Elle devrait être relayée par un travail de proximité auprès des femmes, par l'intermédiaire d'associations, des centres de planning, des centres de PMI et, auprès des jeunes, par l'école.

♦ Enfin, une politique de prévention en direction des femmes, conçue dans son sens le plus large, devrait inclure des actions d'information et d'éducation spécifiques. C'est le sens de l'amendement que la Délégation aux droits des femmes avait présenté, lors de l'examen du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, suggérant que ces actions d'information et d'éducation pour la santé englobent *"les actions de prévention et de dépistage des maladies sexuellement transmissibles et du sida, d'information à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse"*.

CONCLUSION

♦ *Une première étape, huit mois après l'entrée en vigueur de la loi*

Après huit mois d'entrée en vigueur de la loi du 4 juillet 2001, une première étape sera accomplie avec la parution prochaine des décrets nécessaires à son application complète. Jusqu'à présent seul a été publié le décret du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance à titre gratuit aux mineures en pharmacie de la contraception d'urgence, dont on a mesuré ci-dessus toute l'importance, dans la prévention des grossesses non désirées chez les jeunes filles.

Ces décrets donneront à la loi du 4 juillet 2001 toute sa dimension, en complément des mesures déjà immédiatement applicables (allongement des délais légaux de l'IVG, dispense d'autorisation parentale pour les mineures désirant garder le secret). Ils sont relatifs :

- à l'IVG médicamenteuse (décret en Conseil d'Etat) ;
- aux installations autorisées dont doivent disposer les établissements de santé privés pratiquant les IVG (décret en Conseil d'Etat) ;
- à la pratique de l'interruption médicale de grossesse en cas d'anomalie fœtale et lorsque la santé de la femme est gravement menacée (deux décrets en Conseil d'Etat) ;
- à la prise en charge anonyme et gratuite des IVG pratiquées par des mineures sans consentement parental (décret simple) ;
- aux conditions d'application de la stérilisation à visée contraceptive aux personnes handicapées (décret en Conseil d'Etat).

Le dossier-guide, très attendu, sera très prochainement disponible. Complément indispensable de la loi, qui en prévoit la mise à disposition dès la première consultation médicale, il apportera à la femme comme aux professionnels de santé l'information nécessaire.

♦ *L'IVG, un acte médical qui doit garder sa spécificité*

La période est trop courte pour dresser un bilan de l'application de la loi, compte tenu des hésitations et des flottements des premières semaines jusqu'à la parution de la circulaire du 28 septembre 2001.

- Après un démarrage difficile, un peu chaotique, les choses se mettent progressivement en place, comme l'a exposé une des interlocutrices de la Délégation. Des points noirs subsistent au niveau de certaines régions,

bien identifiées, mais il ressort des enquêtes que la situation estivale n'a pas été aussi catastrophique qu'on aurait pu le supposer. On doit toutefois stigmatiser le "tourisme régional", particulièrement traumatisant pour les femmes, qui a succédé aux départs à l'étranger.

- Au-delà de ces constatations, un problème de fond demeure, quant au véritable statut de l'interruption volontaire de grossesse.

La philosophie sous-jacente à la loi du 4 juillet 2001 est que l'IVG, vingt-cinq ans après sa légalisation, doit devenir un acte médical comme les autres et, avec l'allongement des délais, progressivement s'intégrer dans l'hôpital, dans un souci de santé publique et de meilleure prise en charge médicale.

Or, l'IVG doit conserver toute sa spécificité. La femme en demande d'IVG ne présente pas de pathologie, n'est pas malade. Elle mérite cependant un accueil et une attention particulière, en vertu du droit qui lui a été reconnu par la loi et que le service public s'est engagé à respecter,.

Le souhait exprimé par le Gouvernement d'un rattachement progressif des CIVG aux structures hospitalières risque de porter atteinte à ce caractère spécifique. La plus grande attention devra y être apportée pour ne pas ruiner vingt-cinq années d'initiatives, d'autonomie et de dévouement à la cause des femmes.

Le corollaire devrait être un traitement de l'IVG comme tout autre acte médical, c'est-à-dire une évaluation de l'acte dans le cadre de la nomenclature de la sécurité sociale et une indispensable revalorisation, dans le respect des médecins qui pratiquent les IVG.

♦ *La réduction du nombre des IVG, priorité de santé publique, passe par la contraception, la prévention, l'éducation.*

- La loi améliore les possibilités de contraception offertes aux mineures. Mais il faudrait aller plus loin et organiser une prise en charge en médecine de ville, par l'organisation de réseaux entre centres de planning et cabinets médicaux, afin que les jeunes filles désirant la confidentialité, en ville, comme dans les cantons les plus éloignés, puissent accéder à la contraception rapidement et dans les meilleures conditions.

- La prévention par l'information sur la contraception, malgré les efforts récents, demeure insuffisante. En vingt ans, de 1982, date de la première campagne d'information, à la campagne de janvier 2000, il n'y a eu qu'une seule campagne en 1992. L'information devrait être non seulement ponctuelle, mais permanente et facilement accessible. La demande est forte,

comme en témoigne le succès du guide de poche tiré à douze millions d'exemplaires dans le cadre de la campagne précédente, rapidement épuisé, et du petit guide d'information du mois de janvier, très demandé. Spots TV et radio, ciblés selon les âges et les publics, devraient alterner régulièrement dans les médias.

La prévention doit s'appuyer sur l'école dont le rôle à jouer est considérable. L'Education nationale devra désormais dispenser dans les écoles, collèges et lycées une information et une éducation à la sexualité à raison d'au moins trois séances annuelles. C'est un immense chantier qui est ouvert dans la poursuite des efforts initiés en 1998.

Un travail de fond est à entreprendre, car toute action de prévention et d'information se heurte à des réticences, des tabous encore très ancrés dans notre société, dès que l'on aborde les questions de sexualité.

La Délégation qui s'est penchée sur les problèmes de sexisme dans la publicité, n'a pu que constater la dichotomie entre l'approche du sexe et l'utilisation du corps des femmes dans les médias et le traitement de questions fondamentales pour les femmes au quotidien : la contraception, l'IVG, la grossesse et son suivi, l'accouchement.

♦ *Une évaluation nécessaire*

C'est tout un "arsenal" qui se met progressivement en place pour traiter au mieux et au plus tôt les IVG, et pour les prévenir. Il sera indispensable de procéder à une évaluation dans les années à venir, afin d'observer l'évolution du nombre des IVG, dont on espère qu'elle connaîtra, à terme, une forme diminution, l'idéal étant de rejoindre le taux des Pays-Bas, 6,5 %, le plus bas du monde.

IV-AUDITIONS

	pages
<i>12 juin 2001</i>	
M. Paul Cesbron, président, et Mme Elisabeth Aubény, membre du conseil d'administration, de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)	145
Mmes Françoise Laurant, présidente, Danielle Gaudry, et Fatima Lalem, membres du bureau exécutif, et Maïté Albagly, secrétaire générale, du Mouvement français pour le planning familial (MFPF).....	155
Mmes Maya Surduts, secrétaire générale, Danielle Abramovici et Nora Tenenbaum, membres de la Coordination nationale pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC).....	165
<i>16 octobre 2001</i>	
Mmes Françoise Laurant, présidente, Danielle Gaudry, Fatima Lalem, membres du bureau exécutif, et Maïté Albagly, secrétaire générale, du Mouvement français pour le planning familial (MFPF)	171
<i>30 octobre 2001</i>	
Mme Elisabeth Aubény, présidente de l'Association Française pour la Contraception et M. Robert Chambrial, médecin, membres de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC).....	183
<i>6 novembre 2001</i>	
M. André Lienhart, président de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)	195
Mme Janine Mossuz-Lavau, directrice de recherche au Centre d'étude de la vie politique française (CEVIPOF).....	203
Mmes Marie-France Casalis, conseillère technique auprès de la déléguée aux droits des femmes d'Ile-de-France, Emmanuelle Piet, médecin de PMI, et M. Jean-Claude Magnier, président de l'Association des centres d'orthogénie de l'AP-HP	213
<i>13 novembre 2001</i>	
Mme Nathalie Bajos, chercheuse à l'INSERM	225
M. Bruno Carbonne, secrétaire général du Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF)	233
M. Jean Parrot, président du conseil national de l'Ordre des pharmaciens.....	241

20 novembre 2001	Mme Annick Fayard-Riffiod, conseillère technique auprès de M. Jack Lang, ministre de l'Education nationale.....	251
27 novembre 2001	Mmes Brigitte Le Chevert, secrétaire générale, et Jacqueline Le Roux, secrétaire générale adjointe, du syndicat national des infirmières et conseillères de santé-FSU (SNICS-FSU)	263
	Mmes Anne-Marie Gibergues, secrétaire générale, et Brigitte Accart, secrétaire générale adjointe, du syndicat national des infirmiers, infirmières, éducateurs de santé (SNIES UNSA-Education).....	271
	M. Guy-Marie Cousin, secrétaire général du syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF)	277
4 décembre 2001	Mme Carine Favier, responsable de la commission Sida du Mouvement français pour le planning familial (MFPF)	283

Audition de M. Paul Cesbron, président, et de Mme Elisabeth Aubény, membre du conseil d'administration, de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)

Réunion du 12 juin 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous sommes heureuses de vous accueillir aujourd'hui. Vous avez souhaité nous rencontrer pour faire le point sur la loi relative à l'IVG et à la contraception, définitivement votée le 30 mai 2001, et nous exposer les problèmes posés par son application.

M. Paul Cesbron : Au nom de l'ANCIC que je représente, je tiens à remercier la Délégation parlementaire aux droits des femmes qui veut bien nous entendre dans le cadre de l'application d'une loi, obtenue de dure lutte, et dont nous nous félicitons des avancées, même si elle ne correspond pas dans sa totalité à l'ensemble des vœux que nous avons émis.

S'agissant de son application, le premier élément que je me permets de souligner est que les acteurs professionnels, maintenant au pied du mur, souhaitent que les décrets d'application soient pris très rapidement. L'ensemble des centres nous ont à plusieurs reprises demandé s'ils devaient les attendre pour mettre en application cette loi.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La loi sera applicable dès sa publication au Journal Officiel. Mais elle fait actuellement l'objet d'un recours devant le Conseil Constitutionnel, qui doit rendre sa décision dans le délai d'un mois. La loi ne pourra donc être publiée qu'une fois cette décision connue. Certains articles s'appliqueront immédiatement, deux articles nécessiteront un décret en Conseil d'Etat (les articles 3 et 27), et deux autres (les articles 9 et 24), un décret simple ; quelques autres nécessiteront certainement des textes d'application (décrets, arrêtés, ou circulaires).

M. Paul Cesbron : Nous souhaitons en premier lieu une parution rapide des décrets d'application.

Sur le plan pratique, en effet, face à une mineure qui vient demander une IVG, les difficultés d'application de la loi sont réelles. La nécessité d'avoir recours à une anesthésie générale, pour pratiquer une IVG, dans un certain nombre de cas, bute sur la volonté des anesthésistes d'attendre les décrets d'application. A l'heure actuelle, les médecins anesthésistes refusent très souvent de pratiquer une anesthésie générale sur des mineures, s'ils ne disposent pas d'une autorisation parentale.

Notre deuxième souci concerne le moyen qui permettra de faire respecter la loi aux centres, y compris à ceux qui ont été hostiles à cette mesure et ont fait connaître leurs réserves quant à son application. Pour notre part, nous considérons impératif qu'il existe un responsable qui se porte garant de l'application de la loi dans les centres, c'est-à-dire dans les hôpitaux. Ce garant doit-il être le responsable administratif ou un responsable médical ? Nous vous posons la question, sans y répondre, souhaitant seulement que ce garant soit clairement désigné dans les textes, étant donné que nous allons connaître des difficultés. Si nous posons ce problème aujourd'hui, c'est parce que nous le rencontrons déjà et qu'il a fréquemment été rapporté.

S'agissant de l'autorisation des mineures et de l'absence de nécessité d'une signature des parents, nous souhaitons avoir des textes précis qui fassent obstacle à toutes les réserves qui, aujourd'hui, sont mises en avant.

Mme Elisabeth Aubény : Les personnes qui accepteront de s'engager comme responsables, après avoir été désignées par les mineures, souhaitent savoir à quoi exactement elles s'engagent. Certaines vont refuser de le faire, dans la crainte d'être pénalement responsables et en l'absence de toute connaissance précise des modalités de cet engagement.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Une grande partie des débats préparatoires ont porté sur le rôle de l'adulte référent accompagnant la mineure. En aucun cas, cet adulte référent ne peut être responsable, que ce soit civilement ou pénalement, puisque ce n'est pas lui qui prend la décision de l'IVG, mais bien la mineure.

M. Paul Cesbron : Nous prenons acte de votre réponse. Cette disposition que vous soulignez nous paraît claire. Mais ce qui nous paraît devoir être souligné également, c'est l'importance de l'existence d'un garant au niveau de chacun de nos hôpitaux qui fasse appliquer la loi, quelles que soient les circonstances, étant donné les difficultés que nous allons rencontrer.

S'agissant de la non-responsabilité de l'adulte référent, il est tout à fait clair aujourd'hui qu'un anesthésiste ne se satisfera pas de la seule présence d'un adulte référent, qui n'a aucune responsabilité vis-à-vis de cette mineure. Cela ne peut être, à nos yeux, qu'un responsable médical - le responsable du centre - ou un responsable administratif - qui serait la direction de l'hôpital.

Mme Elisabeth Aubény : Il y a deux aspects : celui de l'adulte référent qui va accompagner la mineure, et, ce que souligne M. Cesbron, la personne qui va signer l'autorisation. Lors d'une IVG, les anesthésistes, qui ont souvent recours à une anesthésie générale, demandent la signature d'un parent parce qu'ils n'ont pas le droit d'endormir un patient sans cette signature. L'adulte référent peut-il signer l'autorisation pour une anesthésie générale ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Non, c'est la mineure qui appose sa signature.

Mme Yvette Roudy : C'est un fait nouveau puisqu'un mineur, dans notre législation, a généralement un tuteur. Or, la loi sur l'IVG prévoit que c'est la mineure qui prendra la décision d'IVG. Les opposants peuvent évidemment avoir le sentiment qu'il existe une petite faille, puisque c'est la première fois que cet élément nouveau apparaît. Il faut qu'il soit bien établi que la volonté du législateur a été que la décision revienne en dernier lieu à la mineure.

Quand les anesthésistes demandent une signature et que la mineure a décidé de se faire opérer, c'est à elle de signer cette autorisation.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Comme c'est la mineure qui prend la décision, c'est à elle de signer l'autorisation.

Mme Elisabeth Aubény : C'est un point qu'il faudrait bien préciser dans les décrets, sinon nous risquons de rencontrer les pires ennuis.

Mme Yvette Roudy : Il s'agira de préciser, dans le décret, que du fait que la décision est prise, en dernier lieu, par la mineure, il s'ensuit que tous les autres actes, pour lesquels jusque là on faisait appel à un tuteur, seront décidés par elle.

M. Paul Cesbron : Vous me permettez de rappeler la situation que nous avons connue en 1975. Par divers canaux, il a été possible de s'opposer à l'application de la loi, dans la réalité, dans un très grand nombre d'hôpitaux. Le Gouvernement a fait face à cet obstacle en donnant au directeur d'hôpital la responsabilité d'être lui-même responsable du centre d'interruption de grossesse et de se porter garant de l'application de la loi. C'est à ce titre que nous souhaitons qu'il en soit de même pour l'application de cette nouvelle loi.

Mme Yvette Roudy : Comment envisageriez-vous le décret d'application ?

M. Paul Cesbron : Il devra stipuler très clairement la responsabilité du directeur de l'établissement, dans le respect de la loi. C'est lui le garant de la loi. De la même façon qu'il y a eu de nombreuses directives et décrets qui, lors des attaques contre les centres d'IVG, ont donné aux directeurs d'hôpitaux la responsabilité de porter plainte, faisant de cette plainte une obligation.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons bien noté votre souci concernant à la fois les mineures et la personne signataire de l'autorisation pour les anesthésistes de pratiquer une anesthésie générale. C'est pourquoi nous avons amendé le texte initial en indiquant que la responsabilité des soins et des actes liés n'était pas, quand il s'agissait d'une mineure, de l'autorité des médecins. C'est le troisième alinéa de l'article 7 : "*Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui y sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée*".

Mme Elisabeth Aubény : Merci de nous le souligner.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Y a-t-il d'autres points sur lesquels vous souhaitiez attirer notre attention ?

M. Paul Cesbron : En ce qui concerne la disparition de l'obligation d'entretien préalable, nous souhaitons que, dans les décrets d'application, soit soulignée l'obligation pour les unités fonctionnelles - centres d'IVG ou autres services prenant en charge les interruptions de grossesse - d'avoir un personnel d'accueil et d'accompagnement pour toute femme souhaitant une interruption volontaire de grossesse.

Il ne s'agit pas seulement de défendre le poste et la fonction des conseillères conjugales et familiales, mais de permettre des conditions d'accueil qui soient décentes et respectueuses à l'égard des femmes. Or, nous savons les difficultés que nous rencontrerons si cette nécessité d'avoir un personnel d'accueil qui reçoive ces femmes n'est pas spécifié.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ce n'est pas ce que nous avons voté. Nous avons voté le fait qu'un entretien doit être systématiquement proposé avant ou après l'IVG. En revanche, nous n'avons pas précisé, dans le texte de loi, que cet entretien devait se faire dans l'établissement de santé. Nous avons simplement modifié la loi de 1975 pour lever l'interdiction faite aux établissements privés de santé d'effectuer des entretiens pré-IVG dans leurs murs, parce que cela ne nous paraissait plus nécessaire aujourd'hui.

La question que vous posez concerne aussi bien l'IVG qu'un certain nombre d'actes fondamentaux. Nous voyons bien aujourd'hui combien la question de

l'accompagnement du patient est au centre du débat. Stipuler, dans un décret, que chaque centre d'IVG doit disposer du personnel d'accueil nécessaire peut poser la question de l'existence des centres de planification qui ne sont pas localisés à l'intérieur des établissements. Cette question n'est pas simple à résoudre.

Est-il possible de dissocier la question d'un accueil respectant la dignité des femmes et celle de l'obligation d'avoir *in situ* des moyens en termes d'entretiens pré ou post-IVG. Pour moi ces deux aspects sont différents.

Mme Elisabeth Aubény : Je partage le souci de M. Paul Cesbron. Les conseillères conjugales sont rémunérées par le département. Certains conseils départementaux ont déjà indiqué qu'il fallait supprimer les postes des conseillères conjugales, puisqu'elles n'ont pas de fonction officielle. Certains ont déjà commencé à faire.

Or, ces conseillères conjugales ont un rôle très important pour l'accueil des femmes. Jusqu'à présent, elles menaient systématiquement l'entretien obligatoire et pouvaient être présentes lorsque la femme le souhaitait. Quand ces conseillères ne seront pas occupées par des entretiens, elles pourront parfaitement accueillir les femmes et leur expliquer les différentes techniques, ce que les médecins font rarement, par manque de temps.

Elles peuvent être reconverties de cette manière. Très souvent, en effet, lorsqu'on explique une technique, on "dérape" sur d'autres sujets. Cela permet d'aborder la psychologie de la femme, sans toutefois la forcer à parler. Il est donc très important que ces conseillères conjugales soient là pour expliquer les techniques et, éventuellement, selon la réceptivité des femmes, aller plus loin. Il faut absolument maintenir leurs postes, notamment lorsqu'elles travaillent déjà dans les centres.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : A ce sujet, une autre question peut être abordée. Jeudi matin, nous débattons d'un texte sur l'autorité parentale, où est évoqué le recours à la médiation familiale. Le point commun entre ces métiers de conseillère conjugale et de médiateur familial, c'est l'écoute. Or, ces deux métiers ne font pas l'objet d'un diplôme d'Etat, ni d'une formation. Il est regrettable qu'un certain nombre de ces conseillères conjugales n'aient pas étendu leur activité à la médiation. Mais, si nous arrivons à faire avancer la reconnaissance et l'encadrement du métier de médiateur, nous pourrions résoudre du même coup la question posée au travers du conseiller conjugal qui, aujourd'hui, n'a pas de diplôme. Le fait que ces métiers de l'écoute ne soient pas homologués freine leur reconnaissance et leur place. Il me semble que la médiation devrait être davantage reconnue. Cette question amène à avoir une réflexion plus vaste autour des métiers de l'écoute qui ne sont pas, à mon sens, suffisamment structurés.

M. Paul Cesbron : Tout d'abord, je soulignerai que les conseillères conjugales et familiales suivent une formation obligatoire de 400 heures. Certes, cela n'a pas valeur de diplôme, mais c'est une formation professionnelle reconnue puisqu'exigée pour obtenir l'agrément de conseillère conjugale et familiale.

Au-delà de l'accueil, il nous semble qu'il faut insister sur le fait que c'est la femme, qui vient pour une contraception ou une IVG, qui pose elle-même l'indication du geste. C'est une situation très nouvelle et très différente de la découverte d'un cancer du sein ou du suivi d'une grossesse. Dans de tels cas, la femme vient dans le cadre d'un suivi qui implique un accompagnement. En revanche, dans le cas d'une IVG, c'est la femme qui vient demander le geste, alors qu'elle n'a pas une pathologie particulière. En raison de la différence réelle de ce dispositif, l'accueil ne se fait pas simplement et facilement.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous rencontrons la même difficulté avec l'assistance médicale à la procréation (AMP). Nous avons pu constater, lors du colloque que nous avons organisé sur ce thème, que la prise en compte de la personne dans sa globalité et son accompagnement n'existe pas.

M. Paul Cesbron : Nous considérons que les médecins n'en ont pas la disponibilité voire l'envie - c'est une réalité très forte -, car ils n'ont pas la formation à ce type d'accueil. C'est pourquoi il nous paraît indispensable qu'une médiation soit assurée par un personnel d'accueil.

Mme Yvette Roudy : C'est la question de l'accueil de la personne qui se présente pour demander un service. C'est une situation que les médecins n'apprécient pas, car ils ne veulent pas être considérés comme des prestataires de services ; ils veulent être ceux qui décident, car ils savent poser un diagnostic. Mais dans le cas de la contraception ou de l'IVG, la situation s'inverse, car c'est la patiente elle-même qui va décider de son ordonnance ou du diagnostic.

Peut-être devrions-nous demander que soit présent, dans les hôpitaux, un personnel particulièrement formé à l'accueil des personnes qui viendraient chercher une assistance dans le cadre d'une situation exigeant une intervention médicale. Ces personnels devront être formés à l'écoute.

Il est vrai que cela s'applique tant à la procréation médicalement assistée qu'aux IVG, voire à d'autres situations. C'est une fonction nouvelle. Il faudrait y réfléchir et élaborer un descriptif de la fonction. Vous pouvez déjà nous aider à déterminer quelles personnes seraient les plus aptes à suivre une telle formation.

Mme Elisabeth Aubény : En Hollande, où les patients sont bien accueillis, toute la chaîne des intervenants suit la formation. Il est important d'investir dans la formation.

M. Paul Cesbron : Nous avons découvert, dans la pratique, qu'il était impératif qu'existe une médiation entre le médecin et la femme, lorsqu'il s'agit de demandes relevant de ce que vous avez appelé un "service". Sinon le médecin se sent mal à l'aise et peut, dans certains cas, mal recevoir la femme. Il n'entend pas la demande de la femme, parce qu'elle le met lui-même en difficulté sur le plan psychologique et professionnel. C'est une des raisons essentielles des réserves que nous connaissons actuellement quant à l'application de la loi par les professionnels. C'est pour nous un vrai obstacle culturel et professionnel.

En ce qui concerne nos centres, il nous paraît également nécessaire qu'à l'occasion des décrets d'application, soient renforcées les unités fonctionnelles et l'autonomie des centres. Cela peut apparaître comme une bataille de clocher, mais à nos yeux, cela ne l'est pas. Il n'y a pas d'application correcte de la loi. D'ailleurs, le "rapport Nisand", même si ses conclusions sont différentes des nôtres, va dans ce sens. Les vingt-cinq années d'application de la loi de 1975 ont bien mis en évidence, de façon négative, la qualité de l'accueil des femmes, leur prise en charge et l'application de cette loi. Nous considérons que cela est lié à l'absence de structures clairement définies, reconnues notamment sur le plan hospitalier, et permettant de défendre les moyens nécessaires à l'application de cette loi.

Vous me permettrez de profiter de votre accueil pour rapporter une situation qui nous semble être révélatrice du débat qui se pose actuellement sur le plan hospitalier.

Le centre de Grenoble, qui avait prouvé la qualité de sa fonction et sa nécessité sur le plan hospitalier, est actuellement remis en cause en tant qu'unité fonctionnelle reconnue sur le plan hospitalier. Tous sont là pour témoigner, y compris les politiques, les associations et la population dans son ensemble, de la qualité du travail accompli dans ce centre. Or ce centre est actuellement menacé de démantèlement.

Nous attacherons donc beaucoup d'importance à la volonté qu'aura ou non le Gouvernement de soutenir et de conforter les structures qui assurent la prise en charge de l'IVG, dans les meilleures conditions.

Mme Yvette Roudy : Quels motifs sont invoqués ?

M. Paul Cesbron : Un texte, rédigé par Mme Françoise Laurant, présidente du MFPPF, résume très bien la situation. Ce centre fonctionnait très bien. Puis, pour des raisons de restructuration hospitalière, l'hôpital, ayant besoin de locaux, veut s'emparer de ceux qui étaient occupés par le centre d'IVG et donc le démanteler à cette occasion.

Nous partageons le point de vue du Planning pour la défense de ce centre et son intégration dans un projet de pavillon couples-enfants ou mères-enfants, qui se mettra en place dans un délai de cinq ans. Nous considérons que c'est dans ce cadre d'une planification, au sens large du terme, que doit être discuté, pour l'avenir, un projet de centre d'IVG et de contraception. C'est dans le cadre d'une concertation et de l'édification de ce nouveau pavillon que doivent se faire éventuellement les transformations qui sont nécessaires pour le progrès de ce centre, et non pas dans une espèce d'urgence qui remet en cause un acquis essentiel.

Mme Yvette Roudy : Actuellement, tous les hôpitaux sont sollicités pour se restructurer. Mais l'Etat a néanmoins mis de l'argent à disposition dans cette restructuration et cette modernisation. Il est normal que, dès lors qu'il y a bouleversement, toutes les forces hostiles profitent des ouvertures offertes pour indiquer qu'elles ont besoin de la place pour y installer d'autres pratiques. La direction de l'hôpital risque de répondre qu'elle ne parvient pas à maintenir le service, à moins de trouver les fonds nécessaires. C'est aux gens de Grenoble d'intervenir auprès du Gouvernement.

M. Paul Cesbron : Il nous paraît actuellement important de conforter les unités qui prennent en charge les IVG et la contraception. Ainsi que nous l'avons signalé, en ce qui concerne la répartition département-Etat entre la contraception et l'IVG, on a voulu que les départements aient la responsabilité de la planification familiale, mais cette dissociation IVG et planification est pour nous éminemment dommageable.

Nous souhaitons donc très vivement qu'il y ait une réflexion sur ce point et que certains décrets aillent dans le sens d'un renforcement de l'unification. D'ailleurs, la loi que vous avez votée va dans ce sens, dans la mesure où elle a associé un certain nombre de réformes concernant la contraception et l'interruption de grossesse.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il est vrai que nous ne sommes pas allées au bout de la réflexion concernant le partage des compétences. Il y a un partage de compétence entre IVG et contraception, entre Etat et département, ce qui est dommageable en soi. Mais, il y a également le fait que la politique de prévention est variable d'un département à l'autre, selon la couleur politique du conseil général.

C'est une question qui se pose non seulement pour la contraception, mais pour l'ensemble du domaine de la prévention. Nous avons bien souligné, lors des débats, que

l'éclatement des compétences n'était pas favorable au développement d'une véritable politique de prévention. Toutefois, comme cette question dépassait le cadre de la contraception et englobait l'ensemble du champ de la prévention, nous n'avons pas pu aller au bout de la réflexion. C'est un des aspects sur lesquels nous sommes le moins satisfaites.

Ces prochains jours, nous discuterons d'un texte sur la démocratie de proximité, mais qui ne reprendra pas, dans l'immédiat, cette question du partage des compétences entre Etat et conseils généraux.

Mme Elisabeth Aubény : Nous avons également évoqué la question de l'extension du délai de douze à quatorze semaines et du personnel qui va pratiquer les IVG. On voit les équipes se mettre en place tranquillement, sans problème. Notre crainte serait que sorte un décret trop restrictif. La pratique de l'IVG doit être laissée à ceux qui l'effectuent déjà et qui ont envie de continuer.

Mme Yvette Roudy : Les parlementaires n'ont pas de droit de regard sur les décrets d'application, qui sont soumis directement à la signature du ministre. Or, il peut arriver que, si le fonctionnaire n'est pas d'accord avec les termes du décret, il le rédige de telle façon qu'il dira le contraire de ce que nous souhaitons, et que le ministre le signe tel quel, sans faire attention. C'est une situation que j'ai connue.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Les recommandations de l'ANAES me font un peu peur. L'ANAES a beaucoup insisté sur le geste technique et les conditions de sécurité qui doivent entourer le geste d'IVG, avec notamment la réanimation, la transfusion, etc. Si le Gouvernement suit les recommandations de l'ANAES - et je ne vois pas comment il pourrait en être autrement - nous risquons d'avoir un certain nombre de centres qui, de fait, ne pourront pas passer de dix à douze semaines.

Mme Danielle Bousquet : Cela risque de réduire les lieux de pratique, mais pas le nombre de médecins. Des CIVG, qui sont localisés en dehors de structures hospitalières, pourraient se trouver dépossédés de cette capacité, compte tenu des préconisations de l'ANAES.

M. Paul Cesbron : Ce risque ne me semble pas être très grand, du fait que la plupart des médecins souhaiteront recommander de pratiquer des IVG au-delà de dix semaines, sous anesthésie générale. Dans ce cas, nous sommes certains d'avoir le cadre qui correspond à celui qui est recommandé par l'ANAES. Peu de médecins proposeront les IVG entre douze et quatorze semaines sous anesthésie locale.

C'est effectivement dans le cadre de l'anesthésie locale qu'il serait possible d'avoir des pratiques qui ne correspondent pas strictement à celles de l'ANAES. Mais très peu de médecins sont prêts à adopter cette pratique, car très peu d'entre eux ont une grande pratique de l'IVG sous anesthésie locale. En France, environ 60 % des interruptions par aspiration sont pratiquées sous anesthésie générale.

Plus une interruption est tardive, plus elle est pratiquée sous anesthésie générale, et les textes de l'ANAES vont dans ce sens. Pour ma part, cela ne représente pas un problème. Par exemple, le centre d'Annecy qui fonctionne bien, dans le cadre d'une association loi de 1901, va se transformer en unité fonctionnelle, avec le soutien du service de gynécologie-obstétrique. Dans ce centre, ce sont des médecins généralistes qui pratiquent les IVG, mais ils sont suffisamment adossés au service de gynécologie-obstétrique pour prendre en charge, dans de bonnes conditions, les interruptions tardives.

Mme Elisabeth Aubény : Connaissant le côté centralisateur de la France, je craignais qu'il n'y ait qu'un seul centre par département.

Je voudrais maintenant intervenir sur les interruptions médicamenteuses, le fameux RU 486. La loi prévoit que les centres agréés pour pratiquer les IVG peuvent constituer des réseaux afin de déléguer leur prescription à des médecins et précise "*après décret en conseil d'Etat*".

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons estimé que les choses n'étaient pas complètement mûres, mais qu'il fallait aller dans cette direction. Actuellement le RU 486, considéré comme une substance vénéneuse, est gardé sous clé dans la pharmacie de l'hôpital. Nous devons travailler la place du RU, la relation entre le pharmacien de l'hôpital, le médecin référent à l'hôpital et le médecin de ville.

Mme Elisabeth Aubény : Je n'interviens plus au nom de l'ANCIC, mais au nom de l'hôpital Broussais, avec lequel nous travaillons. L'idée de réseau nous intéresse beaucoup. Nous considérons qu'il faudrait commencer par des réseaux de petite taille : ainsi, par exemple, le centre de Broussais autoriserait les médecins qui ont travaillé ou se sont formés à Broussais, à pratiquer des IVG, en ville par délégation. Ces médecins devraient alors suivre strictement le protocole de Broussais et le protocole de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Tous les trois mois, ils rendraient compte à l'hôpital de cette activité et enverraient une fiche à l'hôpital chaque fois qu'ils pratiqueraient une IVG.

S'agissant du RU 486 qui est un produit gardé sous clé, notre idée serait que les médecins, qui passeraient des conventions avec des centres, en passeraient également avec des pharmaciens en ville, qui auraient donc en dépôt du RU 486, comme le pharmacien de l'hôpital. Une ordonnance serait alors faite qui permettrait à la femme d'aller acheter ce produit chez ce pharmacien.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je pense que la femme n'aura jamais le droit d'aller acheter le RU 486 et que l'ordonnance ne lui sera pas donnée directement ; elle sera donnée par le centre hospitalier au médecin qui remplit les conditions du protocole.

Mme Elisabeth Aubény : Comment paiera-t-on alors le RU 486 à l'hôpital ?

Mme Danielle Bousquet : Certains médecins ont-ils en dépôt, dans leurs cabinets, de tels produits ?

M. Paul Cesbron : Non, c'est interdit par la loi.

Mme Elisabeth Aubény : Les Allemands et les Américains le font.

M. Paul Cesbron : Les produits de substitution des toxicomanes sont, par exemple, gérés hors hôpitaux, dans le cadre d'organismes agréés pour la prise en charge de la délivrance de ce type de produits. Au niveau de notre association, nous avons réfléchi à la possibilité que l'IVG ait lieu à la maison, mais après délivrance hospitalière du premier produit. Mme Elisabeth Aubény a souligné une contradiction très réelle de la situation actuelle, à savoir que le RU 486 est un produit qui n'est pas distribué dans les officines de pharmacie, alors qu'un autre produit, également abortif - le misoprostol et dont le nom commercial est le Cytotec - est en vente en pharmacie.

Il peut être prescrit pour d'autres indications qui sont connues des médecins ; mais, l'interruption de grossesse ne fait pas partie des indications ayant obtenu l'AMM. Le laboratoire d'ailleurs se refuse à demander cette autorisation. Il tient à conserver ses indications d'origine et refuse l'utilisation du produit comme abortif.

Aujourd'hui, nous sommes devant une situation tout à fait contradictoire. En effet, cette prostaglandine, produit éminemment abortif, - Cytotec de son nom commercial et misoprostol de son nom pharmacologique - est en vente en pharmacie et peut être prescrit par un médecin généraliste.

Mme Elisabeth Aubény : Lorsque j'ai rencontré une de mes patientes qui venait de l'île Maurice, elle m'a demandé une ordonnance de ce produit parce qu'elle était enceinte et ne voulait pas aller à l'hôpital. Les gens commencent à le connaître.

M. Paul Cesbron : A titre d'information, ce sont essentiellement les pays du tiers-monde, notamment les pays africains et d'Amérique latine, qui utilisent très largement ce produit. Ce n'est pas seulement parce que son coût est peu élevé, mais surtout parce que l'avortement est interdit dans certains de ces pays.

Un autre point, qui nous semble particulièrement important, c'est le climat qui prévaut dans les milieux de gynécologie-obstétrique.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il est certes très tendu, mais pour des raisons qui ne sont pas forcément liées à l'IVG.

M. Paul Cesbron : Nous avons ressenti une réserve, y compris de la part de gynécologues-obstétriciens qui avaient pourtant défendu, voilà vingt-cinq ans, le droit à l'avortement. Dans cette situation, la proposition de Mme Elisabeth Aubény, qui est d'exclure totalement de l'hôpital la pratique de l'interruption précoce de grossesse, constitue une stratégie qui protège les femmes des réserves - quand ce n'est pas de l'hostilité - des gynécologues-obstétriciens. Elle offre la possibilité d'une pratique généraliste qui peut être tout à fait correcte.

Cela peut être une stratégie qui a tout à fait lieu d'être. Toutefois, nous craignons - c'est pourquoi notre association ne met pas en avant cette proposition - un retour de bâton très fort de la part des gynécologues-obstétriciens, qui risquent de voir une véritable irresponsabilité dans cette mesure.

Mme Elisabeth Aubény : Les Etats-Unis, peut-être pas pour des raisons uniquement financières, pratiquent beaucoup l'IVG en ambulatoire. Les femmes américaines ou allemandes prennent leurs comprimés chez elles, sans hospitalisation. Tout semble bien se dérouler. Sans pour autant les suivre complètement dans la démarche, nous pourrions au moins faire des essais de réseau.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Sur le principe, nous sommes d'accord. La difficulté est de savoir comment intégrer cela dans la pratique, sachant que le RU est une substance vénéneuse. Peut-être conviendrait-il de modifier la réglementation sur le RU.

Mme Elisabeth Aubény : Serait-il envisageable de mettre ce produit chez des pharmaciens responsables, puis de suivre à la trace son utilisation ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : C'est un problème important que vous soulevez.

M. Paul Cesbron : En ce qui concerne la stérilisation, il y avait en France un blocage professionnel, qui était lié aux anesthésistes. La situation va-t-elle être modifiée par la nouvelle législation ?

Mme Danielle Bousquet : Elle est modifiée *ipso facto*.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il y aura certainement à former des équipes à la stérilisation, car elles sont actuellement très peu nombreuses. L'équipe de Nantes a une réputation nationale.

Mme Elisabeth Aubény : En ce domaine, les conseillères conjugales auraient un rôle important à jouer pour informer et expliquer les techniques.

Je suis très admirative de votre courage car jamais, nous n'aurions imaginé aller si loin en matière de stérilisation.

J'ai une dernière question concernant la contraception. Dans les centres, peut-on actuellement donner une contraception hormonale sans prescription médicale ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Uniquement le Norlevo.

M. Paul Cesbron : La formulation du texte est excellente. Elle permettra, à l'avenir, la démedicalisation de médicaments qui, comme le Norlevo, n'auront aucune contre-indication ou effet secondaire.

Mme Danielle Bousquet : Elle ne touche que le Norlevo pour le moment, mais elle laisse l'avenir ouvert.

M. Paul Cesbron : Dans le code de la santé publique, a été maintenu l'article L. 647 sur la condamnation pour publicité concernant l'avortement. Les articles L. 648 et L. 649, relatifs à la publicité concernant la contraception, ont été abrogés par la "loi Neuwirth" de 1967. L'article concernant la publicité sur l'avortement étant maintenu, cela signifie qu'aujourd'hui il n'est pas possible de communiquer, dans un lycée, une mairie ou un autre lieu, sur les établissements pratiquant l'IVG et les méthodes de l'IVG.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : L'article L. 647 est devenu l'article L. 2221-1 du nouveau code de la santé publique et figure au chapitre Ier du titre II du livre II de la deuxième partie de ce code. Il a été abrogé par l'article 16 de la loi.

Audition de Mmes Françoise Laurant, présidente, Danielle Gaudry et Fatima Lalem, membres du bureau exécutif, et Maïté Albagly, secrétaire générale, du Mouvement français pour le planning familial (MFPP)

Réunion du 12 juin 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je vous remercie d'être des nôtres aujourd'hui pour nous parler des problèmes d'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception, dont la publication est actuellement retardée en raison d'un recours formé devant le Conseil constitutionnel par soixante sénateurs de l'opposition.

Mme Françoise Laurant : Les problèmes d'application de la loi ne sont pas nouveaux et ont déjà été évoqués avec vous au cours du travail de préparation de la loi.

Nous sortons d'un conseil d'administration national, au cours duquel ont été débattus et affirmés un certain nombre de positions que nous allons vous proposer et d'autres qui doivent être encore examinées à la prochaine réunion du mois de septembre. Celles-ci concernent les changements que nous allons être amenés à faire dans nos pratiques, notamment à la suite de la suppression de l'obligation d'entretien préalable – ce qui conduit à organiser les entretiens ailleurs et en amont, ainsi qu'à l'augmentation des délais à douze semaines. Notre position dépendra de la façon dont l'interruption médicale de grossesse sera mise en place. Nous nous interrogerons notamment sur le fait de savoir s'il faudra continuer à envoyer des femmes à l'étranger, ou non.

Mme Danielle Gaudry : Au cours de la réunion du conseil d'administration, nous avons débattu des mesures qui seront applicables dès la promulgation de la loi et de celles qui nécessiteront des décrets d'application. Certains articles prévoient d'emblée des décrets. En revanche, sur d'autres articles, comme le passage à douze semaines de grossesse, aucun décret n'est prévu. Il nous semblait donc important d'affirmer à nos militantes que, notamment sur cette question de délai, la loi serait applicable dès qu'elle serait promulguée. Cela n'ira sans doute pas sans poser de problèmes aux équipes médicales. Toutefois il nous semblait important de vérifier auprès de vous si les articles ne nécessitant pas de décrets sont effectivement applicables d'emblée.

Un certain nombre d'autres articles nécessiteront des décrets, notamment les articles sur les établissements privés pratiquant les IVG et leurs obligations en matière d'équipements, sur la délivrance à titre gratuit dans les pharmacies de la contraception d'urgence aux mineures, et sur la stérilisation volontaire pour les majeurs handicapés.

Dans cette loi qui réaffirme les droits des femmes en matière d'IVG et de contraception, nous voyons poindre sur certains éléments, notamment sur la notion d'information, comme nous l'avions souligné avant le vote, une mainmise du corps médical.

Nous souhaiterions qu'un certain nombre de textes, sous une forme ou une autre, démedicalisent l'IVG et la contraception, non pas en ce qui concerne l'acte lui-même, mais en ce qui concerne l'information donnée aux femmes.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La loi sera applicable dès sa publication au Journal officiel, qui ne pourra intervenir qu'après la décision du Conseil

Constitutionnel. Certains articles, comme celui sur les délais, seront applicables d'emblée. Deux articles nécessiteront un décret en Conseil d'Etat (les articles 3 et 27) et deux autres (les articles 9 et 24) un décret simple ; d'autres articles nécessiteront certainement des textes d'application (décrets, arrêtés ou circulaires).

Pourriez-vous nous indiquer sur quels éléments du texte vous fondez votre affirmation sur le renforcement du rôle du médecin en matière d'information ?

Mme Danielle Gaudry : Sur les articles concernant les mineures.

Mme Yvette Roudy : C'est pourtant la mineure qui décide. L'article 7 prévoit que : "*si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son contentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale (...) soient consultés...*". Dans l'esprit, ce n'est pas un renforcement du pouvoir médical.

Mme Danielle Gaudry : Certes, mais tout dépend de la façon dont le médecin va s'efforcer d'obtenir son consentement. Tout d'abord, le médecin doit contrôler le contenu de l'entretien préalable.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ce n'est pas du tout cela que nous avons voulu. Nous avons donné à la mineure la possibilité de dire, soit lors de l'entretien préalable, soit lors de sa rencontre avec le médecin, qu'elle ne pouvait recueillir le consentement d'un de ses parents et qu'elle avait donc choisi un adulte pour l'accompagner dans sa démarche. Initialement, le texte ne donnait cette responsabilité qu'au médecin. Nous avons donc cherché à élargir cette possibilité offerte à la mineure. De notre part, il n'y a eu aucune volonté de renforcer le rôle du médecin. Je crois que nous l'avons d'ailleurs montré dans d'autres articles, notamment ceux qui concernent l'IMG, la création des commissions pluridisciplinaires et leur ouverture à des membres non-médecins.

Mme Danielle Gaudry : Nous en avons bien compris l'esprit, mais son application nous pose problème.

Mme Françoise Laurant : Mettons de côté le cas des mineures. Comme il n'y a plus d'obligation d'entretien préalable, c'est le médecin qui rencontrera la femme et c'est lui qui lui remettra le dossier-guide. Nous sommes favorable à cette disposition, mais tout dépendra de la façon dont elle se mettra en place.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Elle existait déjà dans le texte de 1975 et n'a pas été modifiée.

Mme Françoise Laurant : Lorsque nous affirmons que les femmes qui viennent à l'hôpital ont déjà pris leur décision de recourir à une IVG, et qu'elles y ont droit, cela conduit, d'une certaine façon, à recentrer la fonction de la structure hospitalière à être le lieu de la pratique de l'IVG et donc de la technique. C'est l'envers de la médaille.

C'est pourquoi l'un de nos thèmes de débat, en septembre, sera la place de la parole des femmes. Se posent-elles des questions avant de venir à l'hôpital ou pendant leur séjour ? Nous voudrions que soient établies des procédures d'application.

Mme Yvette Roudy : Nous avons évoqué la nécessité de prévoir des personnes formées et susceptibles de parler avec ces femmes. Nous avons bien précisé qu'elles auraient une assistance, car elles viennent demander un acte médical important. Comme les

médecins peuvent plus ou moins bien les accueillir, il faut un médiateur. Cela doit être précisé dans le décret.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : C'est un souhait exprimé également par l'ANCIC.

Mme Françoise Laurant : Je vais prendre un exemple, illustrant notre inquiétude face au repli de l'hôpital sur ses fonctions techniques. En ce moment, nous rencontrons quelques problèmes. A Grenoble, il est question de déménager le CIVG et de considérer que toute la partie chirurgicale - 85 % des IVG se font sous anesthésie générale - se réalisera dans le bâtiment de chirurgie de gynécologie et d'obstétrique. Le reste - consultations et autres - se fera dans un autre bâtiment. Le médecin qui vient d'être nommée responsable de ce centre d'IVG n'aura donc plus que la partie non technique de l'acte d'IVG sous sa responsabilité. La conséquence la plus importante de cette réorganisation est qu'elle tronçonne les prises en charge. Les femmes ont une consultation dans un bâtiment où elles rencontrent des infirmières, ensuite elles vont dans un autre bâtiment et y rencontrent d'autres personnels. Elles se réveillent parmi des patientes qui ont eu un problème médical tout autre. La régression est importante, car jusqu'à maintenant, il y avait unité de lieu et unité d'équipe, puisque le bloc chirurgical était à l'intérieur même du centre d'IVG.

Mme Yvette Roudy : La question du CIVG de Grenoble doit se discuter au sein du conseil d'administration de l'hôpital, présidé par le maire de la ville.

Mme Françoise Laurant : Selon le maire, nous ne sommes plus à l'époque des grandes batailles idéologiques, où l'existence d'un tel centre posait des problèmes. L'hôpital compte trop de blocs chirurgicaux, qui sont répartis en divers endroits. L'ARH et le service de "sécurité" hospitalière demandent qu'il y ait regroupement des blocs et, de fait, la direction commence par ce service. Comme la direction ne veut plus d'un bloc strictement réservé à l'IVG, les femmes venant pour une IVG seront mêlées aux autres patientes de gynécologie-obstétrique.

Nous nous battons contre cette situation qui dure depuis plus d'un an. Nous avons récemment organisé une conférence de presse, regroupant le MFPPF, la CADAC, l'ANCIC et l'équipe militante du centre d'IVG, pour faire part de notre opposition à cet éclatement.

Pour ma part, je considère que ce centre ne sera plus un centre d'IVG si tous les actes ne sont pas pratiqués au même endroit, ou du moins avec la même équipe et sous une responsabilité unique. Voilà l'enjeu. L'équipe comprend quatre psychologues qui ont une grande pratique des entretiens sociaux, entretiens qui doivent être liés à l'acte technique. Quand les femmes se réveillent, c'est souvent à ce moment-là qu'elles souhaitent parler. Or, dans la configuration nouvelle, les personnels seront différents de ceux qu'elles auront rencontrés auparavant. Grenoble était un exemple de ce que pouvait être une unité fonctionnelle.

Si l'on revient à la question des locaux, le CIVG de Grenoble pourrait mener à bien toutes ses tâches dans un des préfabriqués où l'hôpital souhaite installer les consultations. Mais il faudrait des fonds supplémentaires pour construire un petit bloc chirurgical et financer un demi-poste d'infirmière anesthésiste. Cela serait peut-être possible en utilisant la fameuse enveloppe de 12 millions de francs mise en place par le Gouvernement. Il faudrait arriver à démontrer au maire que cela ne coûte pas si cher de conserver l'unité de lieu.

Mme Yvette Roudy : Est-ce lui qui pose problème ?

Mme Françoise Laurant : En partie, mais ce sont également le directeur de l'hôpital et le président de la commission médicale d'établissement (CME).

Il y a eu d'autres problèmes dans le passé. La responsable praticien hospitalier, qui était à la tête du Centre médico-social de santé de la femme (CMSF), est partie à la retraite en 1999. Le président de la CME pensait pouvoir recruter un chirurgien, sur le poste ainsi libéré, qui allait s'occuper de tout autre chose que du centre d'IVG. Le Planning avec d'autres structures politiques féministes sont intervenus auprès de la direction des hôpitaux, qui a décidé de maintenir un praticien hospitalier à la tête du CIVG. Le CHU a donc été obligé de céder, ce qui a posé problème. Aujourd'hui, le centre d'IVG a une vraie responsable à sa tête.

Cette affaire montre qu'il est nécessaire d'avoir un texte expliquant la façon dont ces centres doivent fonctionner. L'IVG ne peut être fractionné : il ne peut y avoir, d'un côté, le social, de l'autre, l'acte technique, et dans un troisième lieu, tout ce qui concerne le post-IVG.

Pour notre part, nous considérons que la qualité de l'IVG réside dans la qualité du parcours de la femme, et non pas uniquement dans l'acte technique lui-même. C'est un aspect que les ARH ne comprennent pas toujours. Si un décret fixe les conditions d'installation des établissements privés, peut-être pourrait-il concerner également les structures publiques, avec la nécessité d'une unité de lieu et de la globalité de la prise en charge de la femme.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Lors d'un colloque que la Délégation a organisé au début d'avril sur l'assistance médicale à la procréation (AMP), nous nous sommes heurtés aux mêmes difficultés, à savoir une prise en compte globale et un accompagnement de la femme tout au long du parcours.

Mme Françoise Laurant : C'est ce point que nous évoquions quand nous parlions du pouvoir médical. Il ne faut pas uniquement penser à l'acte technique de l'IVG et à ce que fait le médecin.

Mme Fatima Lalem : Il convient également de penser à donner en amont les informations aux femmes, afin qu'elles puissent demander un entretien et des renseignements suffisamment à l'avance. Ce n'est pas lors du premier rendez-vous avec le médecin qu'elles doivent obtenir ces informations.

De plus, dans la pratique, tant dans les structures publiques que privées, le médecin accorde rarement un entretien suffisamment long. Si la femme émet le souhait de se confier, il ne faudrait pas qu'elle soit systématiquement renvoyée vers une psychologue. Cette femme a peut-être plutôt besoin de rencontrer une assistante sociale, si ses questions concernent la prise en charge, des questions sociales, son vécu, un problème conjugal, d'où son besoin de rencontrer une conseillère.

Il faudrait redonner de l'information aux femmes et leur permettre, à travers plusieurs guides, d'effectuer réellement leur démarche et de s'adresser aux lieux qui leur paraissent être les plus à même de leur offrir les réponses qu'elles demandent.

Mme Danielle Gaudry : Dans le texte de loi, sont prévus un dossier-guide IVG et un dossier-guide stérilisation. Dans le cadre de la politique d'information qui doit être

menée au niveau national sur les droits des femmes et leur santé, il nous semble important d'envisager d'autres dossiers-guides, qui seraient disponibles non pas seulement lors de la consultation médicale, mais avant même que la problématique de l'IVG ou de la stérilisation soit posée par la femme. Il conviendrait que cette information, sur les possibilités légales et pratiques d'un certain nombre d'actes médicaux, soit donnée bien en amont aux femmes et aux couples.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : A quels lieux pensez-vous plus particulièrement ?

Mme Danielle Gaudry : Par exemple, dans les centres de Sécurité sociale, de la même manière que des informations sur la péridurale sont déjà disponibles, il pourrait y avoir des informations sur l'IVG, la contraception, la stérilisation. Ce pourrait être également les centres de PMI, indépendamment du cabinet médical, certains centres de planification et de dépistage anonymes et gratuits, l'Education nationale.

On peut imaginer des lieux où cette information pourrait être disponible au public. La loi pourrait ainsi être portée à la connaissance des personnes à un moment où elles ne sont pas nécessairement concernées par ces questions.

Mme Françoise Laurant : On pourrait même imaginer que ce soit dans les établissements d'information et d'éducation sexuelle que toutes ces questions puissent être posées, éventuellement avec l'appui de guides et de brochures. Les femmes sauront où s'adresser, avant même de prendre une décision, sachant qu'elles seront écoutées et qu'elles recevront les bonnes informations. Cette information peut également inclure tout ce qui concerne la stérilité.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Dans le cadre du projet de loi sur le droit des malades, nous allons reprendre un travail, effectué par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), sur l'information éclairée. La question centrale de ce travail concerne le consentement éclairé des personnes handicapées mentales dans l'acte de stérilisation. Toutefois, ce même concept peut s'appliquer à tous les actes fondamentaux. Ce consentement et ce droit à l'information peuvent être aussi des éléments-clés que l'on aurait à étudier dans le cadre plus large, celui du droit des malades.

Mme Maïté Albagly : Le problème doit être également examiné en terme de prévention et d'information. Ne peut-on imaginer que la Délégation demande au ministre et à la secrétaire d'Etat aux droits des femmes d'élaborer des brochures spécifiques, comme celles concernant les violences ? Il serait peut-être possible de faire une campagne d'information concernant l'IVG.

Mme Danielle Gaudry : Pour nous, il est clair que l'information sur les droits de la personne est une mission de l'Etat.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : J'entends la demande du MFPP qui s'inscrit dans une optique plus large que celle de l'IVG ou de la stérilisation. Il s'agit du droit de la personne face à des actes fondamentaux.

Mme Françoise Laurant : Ce sont des décisions où le pouvoir du technicien est important et pour lesquelles il est intéressant qu'il y ait de l'information. Pour les femmes aujourd'hui, la démarche de demander de l'information et de vouloir parler se fait en même temps et au même endroit que le seront les actes techniques. L'écoute et l'information ne

doivent pas être forcément séparées. Nous ferons, sans doute, des propositions nouvelles allant dans le sens de l'élargissement des fonctions de lieux d'informations, déjà existants.

Mme Danielle Gaudry : Cela rejoint le dossier-guide prévu par la loi. Mais il est vrai que nous considérons que c'est une problématique beaucoup plus large que la simple rédaction d'un document. Nous souhaiterions néanmoins savoir qui va réaliser la maquette du dossier-guide.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Le texte est restrictif, parce qu'il prévoit que ce sont les DDASS qui assureront la réalisation et la diffusion du dossier-guide destiné aux médecins. Mais, il est vrai que le dossier-guide ne s'adresse pas forcément aux seuls médecins.

Mme Danielle Gaudry : Pour en revenir à la personne mineure, nous souhaiterions des précisions sur le rôle de l'adulte référent. Pour nous, il serait essentiel que cet adulte référent puisse faire l'accompagnement prévu dans la loi, dès le début des démarches. Cela signifie que cet adulte référent puisse être présent lors de la première consultation médicale, si la mineure a déjà fait son choix. Or, cela n'est pas indiqué dans le texte.

Il nous semble qu'il faudrait que le rôle de l'adulte référent accompagnant la mineure soit plus encadré, car, dans le texte de loi, ce rôle peut n'apparaître qu'en dernier recours. Cela nous semble dommage, vu les pressions que la mineure peut éventuellement subir de la part du médecin, qui peut lui demander de revenir plusieurs fois. On ne voudrait pas qu'une telle pratique puisse s'étendre.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Si nous n'avons pas parlé davantage de la place de l'adulte référent dans le texte, c'est à mon avis pour deux raisons. Premièrement, comme la ministre Elisabeth Guigou l'a toujours indiqué, l'adulte référent ne porte en aucun cas une quelconque responsabilité. Il ne prend pas la décision et n'est pas associé à la décision. Il ne faut donc en aucun cas que l'on puisse piéger l'adulte référent ; ce qui pourrait l'être si on écrit dans la loi qu'il peut être présent dès la première consultation. Deuxièmement, cet adulte référent peut être un violeur. La mineure doit donc disposer d'un temps où elle se retrouve seule face au médecin, à qui elle exprime seule son souhait. C'est pourquoi, face à ces deux types d'écueil, nous avons donné à l'adulte un rôle très limité, celui d'un accompagnement moral. Pour ces deux raisons, il n'est peut-être pas judicieux d'aller au-delà.

Mme Françoise Laurant : La justification de l'adulte référent n'est pas de remplacer les parents, mais de faire en sorte que la mineure ne soit pas seule. En fait, quand une mineure arrive à cette étape, c'est souvent parce qu'elle a trouvé un adulte avec qui elle a pu parler et qui n'est pas un des parents. Si la mineure est déjà dans un type de relation de confiance et d'aide de la part d'un adulte, il n'est pas cohérent de lui dire de venir sans lui à la première consultation, et peut-être aussi à la seconde. Mais nous comprenons les arguments sur la responsabilité.

Mme Danielle Gaudry : Nous avons envisagé le violeur, le proxénète et le cas d'inceste. Toutefois, même si c'est uniquement la décision de la mineure qui compte et qu'elle l'exprime en tête-à-tête avec le médecin, cet adulte référent doit être néanmoins une sorte de limite aux pressions du médecin sur la prolongation des démarches à faire.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Qu'est-ce qui vous laisse supposer que le médecin pourrait engager des démarches supplémentaires vis-à-vis de la mineure ?

Mme Danielle Gaudry : Parce qu'il peut s'efforcer plusieurs fois d'obtenir le consentement des parents.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous n'avons jamais écrit cela dans le texte.

Mme Danielle Gaudry : Certes, mais nous avons cette crainte.

Mme Fatima Lalem : D'autant que, d'après les premiers échos, un certain nombre de médecins sentent leur responsabilité engagée vis-à-vis des parents. Il me semble que beaucoup de médecins vont s'engager dans une démarche très prudente, et vont demander à la mineure de réfléchir et de revenir les voir une semaine plus tard. Notre crainte est qu'elle ne revienne pas. Certains médecins sauront la rassurer, lui expliquer qu'elle peut rencontrer à nouveau la personne qu'elle a vue lors de l'entretien préalable. Mais nous craignons qu'un certain nombre de médecins ne renvoient la mineure à un temps de réflexion, qu'elle soit fragilisée et qu'elle ne persiste pas dans sa démarche.

Mme Yvette Roudy : Que souhaiteriez-vous pour apaiser votre crainte ?

Mme Fatima Lalem : Il serait souhaitable, au moment de l'entretien, lorsque l'entretien préalable a lieu avant la consultation chez le médecin, d'aborder avec elle la question de l'adulte référent. Actuellement, lorsque nous accueillons des jeunes, elles nous disent très souvent qu'elles ont pu en parler à l'infirmière scolaire, qu'un professeur leur a donné nos coordonnées, etc. Cela nous donne la possibilité d'aborder avec elles l'éventuelle présence d'un adulte référent. Cela ne signifie pas pour autant que cet adulte sera impliqué dans la décision de la mineure. Elle aura forcément un espace d'échange avec le médecin. Mais nous devons être assurées qu'elle sera informée de la possibilité d'un accompagnement et que les délais, eu égard au temps de réflexion que peuvent proposer les médecins, ne seront pas trop longs.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il n'a jamais été question, dans notre esprit, de mettre un temps de réflexion. Ma crainte est de le créer, en le mentionnant dans une circulaire.

Mme Françoise Laurant : Ne faudrait-il pas quelque chose de général ailleurs dans le texte, expliquant qu'entre la première demande et la fixation du rendez-vous, le délai soit très court, car il est toujours préférable qu'une IVG soit effectuée le plus tôt possible ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je reviens au point précédent. En fait, vous ne considérez pas que le rôle de l'entretien préalable est capital pour la mineure. Nous avons donné à la mineure la possibilité d'expliquer, soit lors de l'entretien préalable, soit devant le médecin, les raisons pour lesquelles elle ne pouvait demander l'autorisation à l'un de ses parents. Nous avons pris garde à ce qu'il y en ait une trace écrite, afin que le médecin ne la réinterroge pas et ne revienne pas à la charge. Cela ne vous paraît-il pas une précaution suffisante ?

Mme Françoise Laurant : Actuellement, quand les mineures viennent nous voir, il n'est pas rare qu'avec la dédramatisation, la suppression de la tension, le fait d'être

avec une amie, elles sortent de leur angoisse folle vis-à-vis de leurs parents. Par ailleurs, d'autres mineures parlent à leurs parents, suite à l'entretien. Il est bon que ces entretiens puissent jouer ce rôle. C'est pourquoi nous ne sommes pas contre.

Mme Danielle Gaudry : Sur l'entretien obligatoire, nous resterons vigilantes. En revanche, nous craignons que d'autres associations agréées pour faire les entretiens le soient beaucoup moins. Nous souhaitons donc que les associations, affichant leur opposition à l'IVG, ne soient pas agréées pour faire cet entretien. La femme majeure, qui n'est plus soumise à l'obligation de cet entretien, ne subira plus l'argumentaire des opposants à l'IVG. En revanche, la mineure va continuer à les subir, ce qui risque de la fragiliser encore plus. Certaines de ces associations assurent la formation des conseillères conjugales et assurent des entretiens. Leurs conseillères travaillent à l'hôpital ou dans n'importe quelle structure publique. L'association ne sera donc pas représentée, mais son idéologie passera par son intermédiaire. Ces questions d'agrément nous semblent tout à fait importantes, encore plus lorsqu'il s'agit de la mineure.

En ce qui concerne les nouvelles mesures concernant l'interruption médicale de grossesse, nous avons été obligées de répéter à nos militantes que l'interruption médicale de grossesse ne pourrait être un recours pour les IVG au-delà des 12 semaines de grossesse. Certaines étaient très enthousiastes et n'avaient pas vu qu'il est créé une commission pluridisciplinaire, laquelle comprend le médecin du choix de la femme ou du couple, le médecin spécialiste, soit gynécologue-obstétricien, soit de médecine foetale, et une personne autre, psychologue ou travailleur social.

C'est vrai que nous nous demandons si un certain nombre de personnes, croyant bien faire, ne vont pas assimiler les demandes d'interruptions de grossesse tardives à des cas psychosociaux, pour que ceux-ci puissent passer devant cette commission pluridisciplinaire. C'est une de nos craintes, parce que nous ne souhaitons pas que les femmes en demande d'IVG au-delà de douze semaines de grossesse soient toutes considérées comme des cas psychosociaux. En premier lieu, ce n'est pas le cas. De plus, cela renforce la dévalorisation de la position de la femme dans la société et conduit à la traiter comme une malade.

Mme Yvette Roudy : Ce texte représente néanmoins un net progrès.

Mme Danielle Gaudry : Ce n'est pas une critique du texte que nous faisons. Pour nous, c'est un net progrès par rapport à ce qui existait. Dans les cas "vrais" d'interruption médicale de grossesse, ces commissions n'auront pas systématiquement des prises de position homogènes, sur l'ensemble du territoire français. C'est pourquoi nous nous demandons s'il est possible de préciser, dans un texte, la possibilité d'un recours, si une commission n'accepte pas le choix de la femme ou du couple.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : A priori, rien ne l'empêche. Je ne connais pas la façon dont les décrets d'application seront rédigés, mais aujourd'hui si une commission n'accorde pas à un couple une autorisation d'IMG, il va dans un autre hôpital. Aucun texte ne l'interdit.

Mme Françoise Laurant : Mais nous nous demandons s'il ne pourrait pas y avoir une procédure d'appel de la décision.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je ne sais pas si nous avons intérêt à être très précises sur ce point.

Mme Fatima Lalem : Nous avons aussi deux questions concernant la contraception. Tout d'abord, la possibilité pour des mineures d'accéder à la contraception en termes de prescription, de bilan et de suivi, peut se faire, non plus seulement dans les centres de planification, sans le consentement des parents, mais aussi auprès des médecins de ville et de campagne, ce qui est une très bonne mesure. Mais nous avons des questions concernant la prise en charge, puisque dans les centres, il y a une gratuité des contraceptifs pour les mineures. Quid des mineures qui habitent la campagne et vont voir un médecin parce qu'il n'y a pas de centre de planification à proximité. Vont-elles devoir payer la consultation et la contraception ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La situation ne change pas par rapport à l'existant.

Mme Danielle Gaudry : Mais comment leur rembourser leur consultation sans passer par les parents ?

Mme Françoise Laurant : Nous avons quelques expériences intéressantes pour ces cas-là. Dans les zones où il n'y a pas de centres de planification, les médecins, qui sont d'accord pour jouer un rôle intelligent vis-à-vis des mineures, peuvent passer une convention avec le centre de planification le plus proche et sont alors considérés comme une antenne du centre de planification. Par conséquent, il y a gratuité de la consultation et des autres actes. Certes, il faut un accord entre la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et le conseil général. Si nous n'obtenons pas, dans les cabinets médicaux, la gratuité de la consultation et de la contraception, ce système d'antennes de médecins autour d'un centre de planification peut être intéressant.

Mme Danielle Gaudry : Sans passer forcément par les conseils généraux, mais éventuellement avec l'accord de la CPAM.

Mme Françoise Laurant : C'est la CPAM qui rembourse la consultation, le laboratoire et la prescription, le Conseil général n'intervenant pas. Dans un centre de planification, le Conseil général paie la conseillère, le fonctionnement du centre, mais rien au titre de l'assurance maladie. A Montpellier et en Alsace, cela fonctionne très bien.

Mme Fatima Lalem : Par rapport à la stérilisation volontaire, le MFPF propose, pour éviter une trop grande disparité des pratiques, de saisir l'ANAES pour qu'il établisse des recommandations de bonnes pratiques.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Dans notre réflexion, nous ne sommes pas parties des recommandations de l'ANAES, mais de la pratique du centre hospitalier de Nantes, qui nous paraît remarquable. C'est à partir de leur pratique que nous avons élaboré le guide, le délai de réflexion, la clause de conscience pour les médecins, etc. Mais considérez-vous qu'il faille une réflexion sur l'acte technique lui-même ?

Mme Fatima Lalem : Oui, afin qu'il n'y ait pas une trop grande diversité au niveau des pratiques et que les médecins aient un cadre de référence reconnu qui simplifie, pour le plus grand nombre, leur démarche d'acceptation.

Sur le remboursement et la clause de conscience, nous considérons que le médecin doit informer, dès la première visite, la femme ou l'homme, mais il n'est pas indiqué qu'il doit les orienter vers un médecin susceptible de proposer cette stérilisation. Par ailleurs, nous n'avons pas encore d'indications quant au remboursement de cette contraception.

Mme Françoise Laurant : D'un point de vue plus général, étant donné que la loi de 1975 n'était pas bien appliquée, nous souhaiterions que les décrets d'application puissent être également des décrets d'amélioration globale du texte.

Mme Danielle Gaudry : Ce texte est une grande avancée.

**Audition de Mmes Maya Surduts, secrétaire générale, Danielle Abramovici et
Nora Tenenbaum, membres de la coordination nationale pour le droit à l'avortement
et à la contraception (CADAC)**

Réunion du 12 juin 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir de vous accueillir aujourd'hui et d'entendre vos observations sur les textes d'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception.

Mme Maya Surduts : Nous sommes ravies du travail considérable que vous avez accompli pour les femmes. Le problème est maintenant de savoir si nous aurons les conditions matérielles nécessaires à l'application de la loi. Voilà ce qui nous préoccupe aujourd'hui.

Il est gênant que seule une circulaire ait traité de l'usage abusif de la clause de conscience et ait imposé aux chefs de service l'obligation de pratiquer des IVG dans leur service, même s'ils y sont opposés. Nous aimerions savoir comment faire appliquer cette disposition et quels moyens seront mis en œuvre pour l'imposer aux chefs de service, de manière à ce que ceux-ci soient tenus d'organiser des IVG dans leur service.

Nous craignons également une réduction du budget concernant les conseillères conjugales. Ce serait tout à fait regrettable à tout point de vue. Mais dans le cadre de la politique de restriction budgétaire en général, il ne faudrait pas que la suppression de l'entretien préalable obligatoire pour les majeures en soit l'occasion.

Une autre de nos préoccupations porte sur les unités fonctionnelles où seront pratiquées les IVG.

En ce qui concerne les délais, il devrait y avoir suffisamment de médecins, même si leur nombre est limité, pour pratiquer des IVG au-delà de douze semaines. Il ne faut donc pas en faire un obstacle majeur.

L'adulte référent nous pose aussi quelques problèmes. Il faudra faire en sorte que les pressions exercées sur les mineures ne soient pas intolérables et ne rendent pas la situation très délicate pour ces jeunes femmes.

Comment faire en sorte que l'avancée concernant la mifépristone entre en vigueur et que soient signées les conventions entre médecins de ville et établissements de santé, prévues par l'article 3 de la loi ? Qui va contrôler cette application de la loi ? Nous aimerions avoir des précisions sur ces points.

En ce qui concerne les campagnes en faveur de la contraception, il nous semble indispensable que ces campagnes soient permanentes. C'est notre grande préoccupation. Nous constatons, avec regret que le comité de pilotage chargé de l'IVG et de la contraception ne s'est toujours pas réuni, alors que l'engagement avait été pris de mener une campagne d'information sur la contraception chaque année. Quant à la pilule de troisième génération, on nous avait promis une pilule générique à la fin 2000 ; nous ne voyons rien venir...

Nous souhaiterions également que la loi fasse l'objet d'un suivi.

Nous comptons beaucoup sur vous. Nous avons l'impression que, d'ici les élections, les conditions matérielles objectives et subjectives pourraient être réunies pour permettre, dans la pratique, une bonne application de la loi.

Mme Danielle Abramovici : En ce qui concerne les structures, qui seraient habilitées, tant à pratiquer et prendre en charge les IVG qu'à informer sur la contraception et les MST, nous tenons à rappeler les trois structures qui nous paraissent importantes.

Tout d'abord l'unité fonctionnelle, rattachée à un service de gynécologie, de gynécologie-obstétrique ou d'obstétrique, est tenue aux termes de la loi à assurer la prise en charge des IVG. Nous rappelons également, comme deuxième type de structure, la nécessité de disposer d'unités fonctionnelles autonomes, avec un plateau technique comparable à celui des CIVG actuels. Il est indispensable que ces structures demeurent.

Les troisièmes structures passent par la construction de réseaux ville-hôpital associant généralistes et gynécologues de ville aux médecins hospitaliers dans la prise en charge d'IVG précoces utilisant la mifépristone.

Dans toutes ces structures, il nous paraît important que les femmes disposent de l'ensemble des choix des techniques d'IVG, sous anesthésie locale ou générale, par mifépristone ou aspiration, et qu'elles aient toutes les informations nécessaires.

En matière de contraception, il faut des campagnes permanentes. Le comité de pilotage IVG-contraception doit continuer d'exister sous l'autorité du ministère de tutelle, avec des moyens suffisants. Qui va veiller à l'application de la loi ? Comment être sûr de sa bonne application ?

En ce qui concerne les chefs de service, la circulaire n'a pas la force juridique d'un décret d'application ou d'un article de loi. Jusqu'à présent, nous avons bien vu que la loi n'était pas toujours appliquée et que le droit de réserve existait toujours dans certains services. Certains services actuellement ne pratiquent pas d'IVG ou ne donnent pas les informations sur les différents choix aux femmes. Or, il est important que les femmes aient le choix entre les différentes méthodes d'IVG et de contraception.

Mme Nora Tenenbaum : En complément, j'interviendrai sur quelques points sur lesquels nous souhaiterions que des décrets d'application précisent les différents articles. Je reviendrai sur le dossier-guide. Nous nous sommes interrogées sur son contenu, sur sa rédaction et sa diffusion.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Dans la loi, la diffusion de ce dossier-guide est laissée aux soins des DDASS. Il nous semblait que cela permettrait une adaptation locale permettant d'informer sur les établissements dans lesquels sont pratiqués les IVG ainsi que sur la localisation des centres de planification et des organismes pouvant accompagner les femmes.

Mme Nora Tenenbaum : Nous nous demandions si la réalisation de ce dossier serait différente selon les DDASS.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il y aura un corps central, avec une adaptation qui sera fonction de chaque département.

Mme Nora Tenenbaum : Le texte de loi prévoit que ce sera le médecin qui le diffusera. Nous souhaiterions qu'il soit diffusé plus largement et que les femmes puissent obtenir les informations dans des centres de santé, ou éventuellement des mairies.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous n'avons peut-être pas suffisamment réfléchi sur ce point. Nous avons conservé la trame de la loi de 1975, qui prévoyait la remise de ces dossiers-guides par les médecins et leur réalisation et leur diffusion par les DASS. Nous n'avons modifié que le contenu de ce dossier-guide.

Mais, étant donné que tous les articles concernant l'interdiction de la propagande en matière d'IVG sont levés, il conviendrait effectivement de prévoir une information grand public ou un dossier-guide qui ne soit pas seulement disponible dans le cabinet du médecin.

Mme Maya Surduts : C'est un des éléments qui contribuerait à faire diminuer le nombre d'IVG ou permettrait qu'elles soient pratiquées plus tôt.

Mme Nora Tenenbaum : En ce qui concerne la formation qualifiante de la conseillère conjugale, nous nous sommes interrogés sur les organismes qui seront habilités à donner cette formation qualifiante. En particulier, nous sommes inquiètes de ce qu'un certain nombre d'associations hostiles à l'IVG pourraient recevoir l'agrément leur permettant de donner des informations. Nous souhaitons qu'un décret veille à ce qu'il n'y ait pas de confusion sur cette formation qualifiante.

Le troisième point sur lequel nous souhaitons intervenir concerne les mineures. Nous souhaiterions que le décret n'alourdisse pas la tâche du médecin qui doit vérifier si la mineure a été véritablement bien informée et que celui-ci ne la pousse pas dans des délais extrêmes aux fins d'obtenir l'autorisation parentale. La mineure pourrait alors laisser passer les délais légaux, mais surtout sortir des structures médico-sociales et se retrouver dans une situation dramatique.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Sur ce point, il me semble que l'information est mal passée. Nous avons ouvert la possibilité pour la mineure de discuter de cette question lors de l'entretien préalable, auprès de la conseillère conjugale. La mineure peut ensuite rencontrer le médecin et produire un document spécifiant que le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ne peut pas être recherché et précisant le nom de l'adulte référent.

Dans la mesure où était maintenu l'entretien préalable obligatoire pour la mineure, il nous a semblé que c'était à ce moment là que cela pouvait se discuter. Ce n'est donc pas le médecin seul qui va l'interroger sur ce consentement. Une double possibilité est laissée à la mineure

Mme Nora Tenenbaum : Dans le troisième alinéa de l'article 7, il est dit : "*Le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement ... ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien...*" Il est vrai que le quatrième alinéa vient tempérer le troisième. Mais nous craignons que le médecin ne se sente investi par le troisième alinéa d'une sorte de tâche morale le poussant à aller soutirer à la mineure l'autorisation parentale.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons bien inscrit l'alternative selon laquelle "*le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement ou doit vérifier que la démarche a été faite*". Il vérifie qu'elle a un document émis par le centre indiquant qu'elle ne peut pas obtenir ce consentement. Ceci étant, il faut rester très vigilant.

Mme Nora Tenenbaum : S'agissant de l'IVG au-delà des douze semaines, nous allons défendre de nouveau notre position, mais nous ne savons pas si cela peut faire l'objet d'un décret d'application. Nous souhaitons que, quelle que soit la décision de l'équipe pluridisciplinaire pour une demande d'IVG au-delà de douze semaines, ce soit la position de la femme qui soit en définitive retenue.

En ce qui concerne le délit d'entrave à l'IVG, il faudrait un décret précisant que la direction de l'hôpital doit faire appel à la force publique lorsqu'il y a délit d'entrave, afin que les auteurs du délit soient connus et que les poursuites puissent être engagées.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : D'après le code de procédure pénale, le directeur d'établissement, comme tout officier public ou fonctionnaire, doit signaler sans délai au procureur les délits dont il a connaissance, en particulier les délits d'entrave, et porter plainte.

Mme Maya Surduts : Je voudrais préciser ce point. A une époque, notamment à l'hôpital Saint-Louis, le directeur, les syndicats et les organisations extérieures étaient prêts à porter plainte, car cela faisait des années qu'ils ne parvenaient pas à faire punir le fait de perturber l'accès au centre d'IVG. Au dernier moment, lorsque tout a été prêt, le procès s'est avéré impossible, car personne n'avait été interpellé.

Mme Danielle Abramovici : La police est bien venue, mais comme personne n'avait été interpellé, il ne restait aucune trace.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Le problème, c'est qu'il faut prendre quelqu'un sur le fait. De plus, même si ces personnes avaient été interpellées, le procureur aurait pu décider de ne pas donner suite, en raison de la difficulté à démontrer la responsabilité de tel et tel individu. C'est un problème beaucoup plus large que cette situation donnée. C'est, à mon avis, le propre d'un certain nombre de situations auxquelles nous sommes confrontées régulièrement.

Mme Maya Surduts : Ce qui est positif, c'est qu'il y a eu une attention particulière portée à la loi et à un renforcement de la loi.

Mme Nora Tenenbaum : En ce qui concerne le décret d'application relatif à la délivrance gratuite du Norlevo, la contraception d'urgence en pharmacie pour les mineures, nous souhaiterions savoir si le décret d'application est paru.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Non, il ne l'est pas encore.

Mme Nora Tenenbaum : Nous nous posons aussi la question du remboursement de la pilule de troisième génération.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : C'est noté.

Mme Maya Surduts : Il n'y en a plus en France, il faut aller la chercher en Angleterre.

Mme Nora Tenenbaum : En relisant le texte définitif de la loi, nous avons vainement cherché l'article où était inscrit le fait que les chefs de service étaient tenus d'organiser dans leur service, quelles que soient leurs convictions personnelles, la prise en charge des IVG. Nous ne l'avons pas retrouvé, ce qui nous inquiète.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Dans les deux derniers alinéas de l'article 8, il était mentionné que, lorsqu'un chef de service ne voulait pas organiser une telle pratique, il appartenait au conseil d'administration de la mettre en place et de décider de créer une unité spécifique. Nous avons supprimé ces deux alinéas qui étaient dérogatoires par rapport au fait que le chef de service doit assumer la responsabilité de l'IVG.

Mme Nora Tenenbaum : Le chef de service était autorisé à ne pas pratiquer lui-même d'IVG et à ne pas en organiser dans son service, si lui-même était contre l'IVG. Il avait cette possibilité. Mais, il n'est pas indiqué dans la loi qu'un chef de service est tenu d'assurer, dans son service, la prise en charge de l'IVG.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons supprimé la dérogation prévue aux deux derniers alinéas. Donc, il appartient à l'établissement public tenu de pratiquer les IVG, dont la liste est fixée par décret, d'organiser cette pratique de l'IVG. Dans ces établissements, le conseil d'administration doit organiser les IVG comme toute autre activité médicale et le chef de service n'a donc plus le droit d'en refuser la responsabilité.

Mme Maya Surduts : Le problème est que la nomination du chef de service n'est pas subordonnée au fait, entre autres, qu'il organise ou non des IVG dans son service. Le pouvoir d'un mandarin est tel que, s'il n'y a rien qui le contraigne à pratiquer des IVG, il n'en fera pas. D'ailleurs les services les plus prestigieux de Paris en font très peu, que ce soit Cochin, la Pitié-Salpêtrière, etc. Les deux tiers des IVG, dans la région parisienne, sont pratiquées dans le privé, le reste, soit 80 %, étant fait dans les CIVG, qui sont fragiles. Nous pensons que la loi ne crée pas des contraintes suffisantes pour obliger les chefs de service à pratiquer des IVG dans leur service.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Sur ce point, nous ne partageons pas cette interprétation et nous pensons, de plus, que depuis 1975, les mentalités ont évolué.

Audition de Mmes Françoise Laurant, présidente, Danielle Gaudry et Fatima Lalem, membres du bureau exécutif, et Maïté Albagly, secrétaire générale, du Mouvement français pour le planning familial (MFPF)

Réunion du 16 octobre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La réunion d'aujourd'hui a lieu dans le cadre du suivi par notre Délégation de l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception, sollicité, lors des débats parlementaires, par le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

L'ordre du jour appelle l'audition de représentantes du Mouvement français pour le planning familial sur l'application de la loi Veil relative à l'IVG et sur les difficultés d'application de la nouvelle loi du 4 juillet 2001. Une circulaire d'application a été publiée le 28 septembre dernier et cinq décrets sont en préparation.

Mme Françoise Laurant : Nous nous sommes mobilisées pour faire savoir, là où nos centres sont implantés, que la loi était applicable, au moins pour tous les articles qui ne faisaient pas mention de décrets d'application.

Notre première surprise a été de constater que cette loi a eu pour effet, à certains endroits, d'aggraver les difficultés de fonctionnement de la loi précédente. L'absence de médecins disposés à pratiquer des IVG est un phénomène qui dépasse le fait que des médecins ne souhaitent pas pratiquer des IVG pendant la période de douze à quatorze semaines d'aménorrhée.

Nous avons observé des situations extrêmement différentes d'une ville à l'autre. Même si certains journalistes ont voulu cibler telle ou telle ville, où la loi était mal appliquée, les établissements ne sont pas tous forcément dans la même situation, en particulier dans la région parisienne.

Par ailleurs, nous suivons de près les décrets d'application. La rédaction du dossier-guide, à laquelle nous avons été associées, peut être considérée comme terminée, avec l'accord et la validation de toutes les parties intéressées. Toutefois, une question demeure : pourquoi attendre les autres décrets avant de diffuser le dossier-guide ? Les décrets, en conseil d'Etat ou non, prendront du temps. Seul le décret sur le dossier-guide est prêt.

Notre mouvement qui a tenu un conseil d'administration il y a une huitaine de jours, a voté un document faisant le bilan de nos positions en matière d'IVG. Nous y avons ajouté le problème des pilules de troisième génération. En effet, au regard des dernières informations en notre possession, non seulement ces pilules ne seraient pas plus performantes, mais en plus elles induiraient des risques certains. Nous avons donc demandé à l'ensemble de nos médecins de ne plus les prescrire.

Mme Danielle Gaudry : Je voudrais apporter un complément d'information sur le dernier point de notre communiqué de presse qui fait état d'une campagne nationale sur l'IVG et la contraception. En fait, il s'agit d'une campagne interne que nous n'avons pas encore décidé et qui ne portera absolument pas ombrage à la campagne nationale qui va être

lancée. J'apporte cette précision, car la rédaction du communiqué peut prêter à confusion. Il ne s'agit pas de deux campagnes ayant le même objectif et nous participerons bien à la campagne nationale.

Mme Françoise Laurant : Nous voulions insister sur l'intérêt d'avoir abrogé, dans la loi, tout ce qui condamnait la propagande ou la publicité en matière d'IVG et préciser que la meilleure façon était de nous en saisir, mais sans donner de date. La presse en a immédiatement conclu que nous lancions une campagne concurrente de celle du Gouvernement.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Comme vous l'avez indiqué, le dossier-guide est prêt. Toutefois, le ministère n'a toujours pas décidé s'il allait publier l'ensemble des décrets, ou les publier les uns après les autres.

Nous allons maintenant aborder une série de questions. Premièrement, en ce qui concerne l'information des femmes, nous avons entendu dire que, cet été, les permanences téléphoniques régionales n'avaient pas bien fonctionné. Partagez-vous ce constat ?

Notre deuxième sujet de préoccupation concerne la suppression de l'entretien obligatoire. Vous avez laissé entendre qu'un certain nombre de médecins continuaient de l'exiger des femmes majeures. L'entretien est-il systématiquement proposé avant et après l'IVG ? En effet, d'après la loi et sur la base du volontariat, pour les femmes majeures, un entretien doit être proposé également après l'IVG.

Sentez-vous une évolution de l'entretien préalable et des missions des conseillères conjugales vers plus d'accompagnement ? Le caractère facultatif de l'entretien préalable entraîne-t-il une attitude différente des conseils régionaux qui supprimeraient des postes ou des financements ?

Troisièmement, en ce qui concerne la pratique de l'IVG, les causes des réticences des médecins doivent être analysées. Un malaise s'est manifesté chez les gynécologues-obstétriciens l'année dernière avec une menace de grève concernant l'IVG, et au début de l'été concernant les accouchements. Peut-on expliquer une partie des réticences du corps médical par une absence d'information ou de formation des médecins aux nouvelles techniques d'IVG pour la période allant de dix à douze semaines de grossesse ? Y-a-t-il un problème récurrent de manque de personnel pendant la saison estivale ? La situation s'est-elle améliorée à l'automne ? Ou alors faut-il plutôt imputer ce malaise à une mauvaise rémunération de l'acte (300 francs), qui n'a fait l'objet d'aucune réévaluation depuis plusieurs années ? Des femmes ont-elles continué de partir à l'étranger, cet été et à l'automne, et dans quelles proportions ?

Avez-vous constaté un impact sur la pratique des IVG de la levée du contingentement concernant les établissements privés ? La faible rémunération de l'acte dissuade-t-elle ces établissements de pratiquer des IVG au-delà du contingentement fixé jusqu'à présent ?

En ce qui concerne les mineures, avez-vous constaté que des praticiens exigeaient une autorisation parentale, y compris pour des mineures indiquant qu'elles ne pouvaient avoir recours à cette autorisation ? De façon générale, quelle est l'attitude et l'écoute des praticiens vis-à-vis des mineures ? Les conseillers ou conseillères aident-ils au choix de l'adulte référent ? Les mineures se présentent-elles accompagnées d'un adulte qu'elles ont choisi, et quel est-il ?

Par rapport à la contraception, il a été question, au printemps dernier, de l'implant contraceptif, qui a apporté de grands espoirs, notamment pour les jeunes filles ou femmes qui ne supportent pas une contraception quotidienne. Cette technique est-elle intéressante à développer ? Quelles mesures permettraient de développer le préservatif féminin ? Y a-t-il des problèmes culturels, de coût ?

Dans chaque collège, ont été mis en place des conseils d'éducation à la santé. Font-ils appel à des organismes, tels que le Planning familial ? Les élèves, dans les collèges où existent ces instances, reçoivent-ils une éducation à la sexualité ?

Dans les régions où il n'y a pas de centre de planification, notamment en milieu rural, avez-vous mené une réflexion avec les médecins et les caisses de Sécurité sociale sur la possibilité de conventionnement entre médecins et centres de planification, sous l'égide des caisses de Sécurité sociale ou des DDASS ?

Mme Danielle Gaudry : J'ai eu malheureusement encore aujourd'hui une expérience pénible en ce qui concerne l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception. La circulaire du 28 septembre n'est toujours pas connue des établissements, même militants, même des CIVG qui fonctionnent bien. Cette circulaire n'est pas arrivée là où il le faudrait. Il me paraît donc difficile de dire s'il y a eu des changements depuis la circulaire, puisque les équipes ne la connaissent pas.

Mme Fatima Lalem : En ce qui concerne le fonctionnement des permanences téléphoniques régionales, je prendrai l'exemple de la permanence parisienne. Elle a bien fonctionné et reçu un grand nombre de sollicitations de la part des femmes et des professionnels, soit une moyenne de trente à trente-cinq appels par jour, pendant le mois d'août.

Cela étant, les responsables de cette permanence ont rencontré des difficultés au niveau de l'orientation, car ils ne disposaient pas d'indicateurs suffisamment fiables et précis sur les possibilités d'accueil. Il est vrai qu'un effort a été fait au niveau de la région parisienne, puisque la DRASSIF a demandé aux différentes DDASS de lui envoyer des listings, avec les plannings d'ouverture et les disponibilités d'accueil des femmes en demande d'IVG.

Malheureusement, nous avons rencontré trois problèmes par rapport à ces listings. Tout d'abord, nous les avons reçus tard, c'est-à-dire courant août, au lieu du mois de juin. Ensuite, les éléments fournis n'étaient pas homogènes. Nous ne savions pas le nombre de femmes que les médecins pouvaient accueillir sur une vacation. Enfin, nous avions des tableaux qu'il fallait pratiquement décoder, parce que très mal remplis. Il y a donc un effort à faire au niveau de la collecte des informations, notamment par rapport à la situation de l'été.

Nous avons fait un bilan de l'application de la loi en région parisienne. Entre les mois de janvier et juin, les délais d'attente à Paris ont été en moyenne de deux à trois semaines. Les vacances d'été ont aggravé des difficultés qui préexistaient, du fait que, en région parisienne, le secteur privé assure 50 % des IVG et que, à Paris, six structures publiques concentrent 80 % des IVG pratiquées. Ce sont des structures qui remplissent leur mission de service public. Elles sont donc repérées par les professionnels et les femmes et, de ce fait, reçoivent un grand nombre de sollicitations, d'où leur saturation. C'est d'ailleurs parmi ces structures que nous retrouvons le contingent le plus important de médecins qui appliquent la loi.

D'après les dernières informations, datant du mois d'août, cinq établissements publics à Paris pouvaient pratiquer des IVG jusqu'à quatorze semaines d'aménorrhée, dont quatre établissements de l'AP-HP et un établissement privé. Depuis, la situation a peut-être évolué car, à l'époque, quelques structures importantes, qui avaient l'habitude de pratiquer des IVG, étaient en attente. Certains médecins appréhendaient le geste technique de l'IVG tardive et certaines équipes s'interrogeaient. D'autres équipes, en revanche, nous avaient indiqué qu'elles ne pouvaient envisager, à court terme, la mise en application de la loi.

Nous avons également recueilli nous-mêmes des indications sur différents départements, mais nous n'avons pas souhaité en faire un état nominatif. Elles donnent le nombre de structures pratiquant des IVG et des indicateurs sur l'application de la loi, notamment dans les structures privées, et sur les modalités de prise en charge (tiers payant, CMU), et le forfait IVG. Dans certains départements, près de la moitié des structures privées vont jusqu'au doublement de ce forfait.

Cela pose de gros problèmes aux responsables des permanences, car c'est un vrai parcours du combattant, lorsque les femmes sont dans un délai avancé et ne peuvent pas avancer l'argent. Cet été, nous avons rencontré des femmes qui, à douze ou treize semaines, ne pouvant obtenir une IVG à Paris, ont préféré aller en Hollande.

Certes, nous constatons une légère amélioration, mais sans pour autant pouvoir dire que la situation quant à l'application de la loi à Paris et en région parisienne a beaucoup évolué. Les permanences sont un outil intéressant d'information et d'orientation, à condition de leur donner les moyens de fonctionner.

Mme Danielle Gaudry: Je vais reprendre les différentes questions que vous avez posées, Madame la présidente.

En ce qui concerne la suppression de l'attestation d'entretien des femmes majeures, que ce soit en région parisienne ou au niveau national, nous avons pu constater que certains médecins libéraux continuaient, cet été, voire encore actuellement, à exiger l'attestation d'entretien, mais cela par pure ignorance de la loi. Nous leur avons adressé un courrier pour leur indiquer que la loi avait été modifiée et que l'entretien n'était plus obligatoire. Nous pouvons recevoir les femmes si elles le souhaitent, mais sans pour autant avoir à établir d'attestation d'entretien obligatoire.

Toutefois, dans certaines structures, même publiques, nous avons pu constater que le rendez-vous d'IVG était refusé si la femme ne se présentait pas avec son attestation d'entretien. C'est une situation très gênante, qui semble d'ailleurs perdurer dans certains départements et qui engendre pour certaines femmes des difficultés notables. En effet, comme parfois les structures ignorent la suppression de cette obligation d'entretien, les femmes se renseignent où avoir cet entretien, ce qui leur fait perdre du temps et les amène à se retrouver parfois dans des délais limites.

En ce qui concerne l'entretien post-IVG, nous n'avons aucun renseignement, car les structures s'interrogent actuellement sur l'application de la nouvelle loi. Les équipes de conseillères conjugales réfléchissent au nouveau contenu de l'entretien, qu'il soit avant ou après l'IVG, et sur la façon de le présenter. Leur principale interrogation porte sur l'entretien des mineures et le choix de l'adulte accompagnant.

Je ne peux répondre spécifiquement sur l'entretien post-IVG, mais de nombreuses équipes de conseillères conjugales s'interrogent à ce sujet. Certaines estiment qu'elles peuvent se retrouver mises en cause, ce qui n'est pas l'esprit de la loi. D'autres

cherchent à établir des protocoles, des procédures de présentation de l'entretien, que ce soit en centre de planification ou dans les établissements pratiquant l'IVG.

Mme Fatima Lalem : Avant d'aborder le problème de l'accueil des femmes au regard du nouveau dispositif, je souhaiterais vous signaler que, parmi les structures que nous avons testées, deux hôpitaux publics en région parisienne nous ont déclaré pratiquer des IVG jusqu'à quatorze semaines d'aménorrhée, mais avec pose de laminaire et hospitalisation des femmes.

S'agissant de l'accueil des femmes, nous avons noté dans nos permanences une diminution du nombre de femmes qui viennent nous voir. C'est une bonne chose, car cela signifie que l'attestation est moins souvent demandée. Toutefois, en même temps, nous sommes confrontées à des situations plus difficiles. Nous sommes sollicitées pour des accompagnements d'une autre nature, liés à de réels problèmes familiaux, de violences conjugales, de précarité ou de toxicomanie.

C'est principalement dans le secteur privé que l'attestation est souvent requise, parce que l'information n'est pas bien passée.

Par ailleurs, nous avons eu des échos de certaines difficultés, notamment d'un risque de déviation de l'entretien pour les mineures ; dans certains lieux, il semble qu'un entretien avec la psychologue soit systématiquement proposé pour vérifier la raison pour laquelle la mineure ne souhaite pas demander l'autorisation à l'un de ses parents, alors même qu'elle a indiqué avoir un accompagnant adulte.

Il existe également une autre difficulté pour les mineures. Certains médecins, y compris dans le secteur privé, prêts à pratiquer une IVG sur une mineure accompagnée par un adulte référent, se sont heurtés au refus de l'anesthésiste, malgré la consultation préalable.

S'agissant de la nature des adultes référents, nous n'avons pas mené d'enquête approfondie. Dans le cas des jeunes filles que nous avons rencontrées dernièrement, il s'agit souvent d'adultes membres de la famille, la tante, voire la mère du copain. Ce sont des situations fréquemment rencontrées.

Mme Danielle Gaudry : Récemment encore, j'ai eu l'impression que certaines équipes "psychologisaient" énormément l'entretien de la mineure en considérant que si elle ne pouvait en parler à ses parents, c'est qu'il y avait des difficultés au sein de la famille et qu'il fallait absolument réunifier cette famille, d'où plusieurs entretiens et non pas un seul.

Certes, cela ne part pas d'un mauvais sentiment, mais c'est une dérive que nous constatons dans certaines équipes, qui acceptent difficilement la décision de la mineure de ne pas en parler à ses parents.

Quant aux causes des réticences des médecins, elles sont multiples. L'absence d'information claire par circulaire ministérielle a été une des causes de ces réticences. Les médecins voulaient absolument pouvoir s'abriter derrière un texte, et apparemment un texte de loi ne leur suffisait pas.

En ce qui concerne la menace de grève des gynécologues-obstétriciens, il est vrai qu'en novembre 2000, ces derniers s'étaient engagés à ne pas pratiquer d'IVG et que, cet été, ils ont fait porter leur menace sur les accouchements. Je crois que cela dépasse largement la loi sur l'IVG et qu'il s'agit plutôt d'un malaise général de la spécialité. Ces

menaces étaient un outil de pression, mais ce n'était pas une opposition complète et flagrante à l'IVG, en tout cas pas de la majorité des praticiens.

Au sujet du refus actuel par de nombreuses équipes de pratiquer les IVG de dix à douze semaines de grossesse, il s'agit d'une crainte générale de ne pas savoir-faire. Certaines équipes nous ont rapporté que leurs médecins avaient été se former en Espagne. Cela peut paraître étonnant dans un pays comme le nôtre, mais c'est une réalité. D'autres essaient actuellement d'appliquer aux interruptions de grossesse entre dix et douze semaines des techniques, qui avaient pu être utilisées dans les interruptions médicales de grossesse plus tardives. Techniquement parlant, ce n'est pas justifié, comme l'ANAES l'a indiqué, car cela entraîne pour les femmes une hospitalisation et un coût supplémentaire, car les produits utilisés sont plus onéreux. C'est certainement un problème de formation.

Quant au manque de personnel, il ne se pose pas uniquement l'été, mais aussi actuellement. L'automne n'a pas réellement amélioré la situation dans les CIVG ou les services de gynécologie-obstétrique pratiquant les IVG.

Les problèmes de rémunération sont évidents, car le taux de l'acte n'a pas bougé depuis 1991. Si on prend l'exemple de la pratique de l'IVG médicamenteuse, lorsque le médecin remet, lors de la deuxième consultation, les trois comprimés à la femme, au regard du prix des comprimés, celle-ci ne lui est payée que 20 à 30 francs. Certains établissements ont arrêté de pratiquer des IVG médicamenteuses parce que ce n'était pas "rentable" ; c'était un geste quasiment bénévole. Les médecins, même militants, ne peuvent se permettre, à l'heure actuelle, de pratiquer uniquement des IVG bénévolement en consultation. Ce n'est plus possible.

Il faut revoir le problème de la nomenclature de l'acte, sous forme de forfait ou de cotation. C'est une question qui est débattue. Je ne pense pas que la direction générale de la Sécurité sociale soit actuellement très pressée d'étudier ce problème, même si des associations comme la nôtre, l'ANCIC ou la CADAC le souhaitent.

Nous avons appris, lors de notre dernier conseil d'administration, que dans certaines régions, des médecins arrêtaient de pratiquer des IVG, alors qu'ils en pratiquaient auparavant. Aussi, les structures qui continuent à en faire se retrouvent alors complètement saturées.

Mme Fatima Lalem : Si l'on examine les statistiques du secteur privé en région parisienne, on constate que, à Paris, en moyenne moins de 20 % des IVG médicamenteuses sont pratiquées dans le secteur privé. Cela renvoie à ce qui a été dit sur le forfait. Un certain nombre de cliniques pratiquant un nombre important d'IVG, comme la clinique Léonard de Vinci, ont soit restreint leurs actes, c'est-à-dire qu'elles n'en font plus que pour leurs patientes, soit fermé. On risque d'aboutir à une situation encore plus difficile que par le passé, au moment même où la loi améliore le droit.

Mme Danielle Gaudry : En ce qui concerne la levée du contingentement dans le secteur privé, vu les nombreuses fermetures d'établissements privés dans le secteur sanitaire, nous n'avons pas remarqué une montée en flèche du nombre d'IVG pratiquées dans certains établissements privés. Ce serait plutôt le contraire.

Vous posiez la délicate question des départs à l'étranger. Sur une quarantaine de fiches recueillies cet été, bien que ce ne soit pas statistiquement significatif, alors que la femme avait fait sa première démarche dans les délais légaux, j'ai pu repérer au moins cinq

départs à l'étranger, hors région parisienne, ce qui montre bien un malaise, pour nous inacceptable. En région parisienne, nous obtiendrions une proportion identique.

De plus, pour les femmes qui s'adressaient à des structures dans les délais légaux, nous avons noté un phénomène de "tourisme", au niveau national. Ces femmes étaient obligées de partir hors de leur département, voire dans un département lointain. Cela nous paraît inacceptable que, pour ces femmes qui font la démarche dans les délais légaux, il n'y ait pas de solution dans un département ou une ville limitrophe. Cette situation, très fréquente, concerne vingt-deux cas sur nos quarante fiches.

Quant aux départs à l'étranger, qui n'ont pas lieu seulement l'été, ils continuent encore actuellement. Lorsque les femmes s'inquiètent à huit ou neuf semaines de grossesse, comme les délais d'attente sont de deux, trois, voire quatre semaines dans certains établissements, elles se retrouvent alors dans un délai limite. Nous n'avons alors aucune solution à leur proposer. Même si nous évoquons la procédure d'urgence, nous ne pouvons pas obliger un centre à accueillir une femme.

Mme Fatima Lalem : Nous n'avons pas eu l'impression qu'il y ait, en dehors d'une ou deux structures, une procédure d'urgence organisée en tant que telle. Lorsqu'il s'agissait d'équipes militantes, nous arrivions à obtenir des rendez-vous supplémentaires, à négocier en fait avec le médecin.

C'est d'ailleurs le même type de démarche que nous utilisons comme stratégie d'orientation. Toutes les femmes ne viennent pas nous voir et notre but n'est pas de toutes les faire venir dans notre mouvement. Nous accueillons un certain nombre de femmes qui, à treize semaines, viennent nous voir et que nous accompagneront dans les démarches, sachant que si nous les laissons faire seules, les démarches n'aboutiront pas.

Nous sommes donc contraints de faire pression sur les structures militantes.

Mme Danielle Gaudry : Pour en revenir aux mineures, l'un des problèmes vient des anesthésistes. Nous militons ouvertement pour que ces praticiens cessent leur pression. Mais il y a également le problème de la prise en charge des frais de l'IVG pour les mineures. Certains établissements arrivent encore à se débrouiller et ne font pas de difficultés, mais chacun "bricole" dans son coin.

Des établissements utilisent l'aide médicale d'Etat, alors que théoriquement, ils ne devraient pas à y avoir recours. Ils utilisent des possibilités de gratuité comme la prise en charge PMI, etc. Il n'en demeure pas moins vrai que certains établissements refusent les mineures, parce qu'ils ne peuvent être payés, ce qui conduit à des difficultés supplémentaires. Nous attendons le décret sur la prise en charge de l'IVG pour les mineures, mais nous nous trouvons face au même problème que celui de la prise en charge de la contraception des mineures hors centre de planification.

Une autre difficulté tient à la peur des complications par les médecins. Les médecins craignent cette éventualité, par rapport à leur responsabilité médicale et aux parents de la mineure. Même si les complications suite à une IVG sont très rares, la prolongation de l'hospitalisation est un des soucis des médecins. Certes, nous discutons énormément avec ces équipes, mais nous avons beaucoup de mal à lever leurs réticences. De ce fait, certains praticiens n'accepteront pas de pratiquer une IVG sur une mineure.

Mme Maïté Albagly : Je voudrais rapporter un fait concernant la prise en charge de deux mineures qui auraient pu demander l'autorisation à l'un ou l'autre de leurs parents,

mais qui sont venues avec un adulte accompagnant pour ne pas avoir à payer les frais d'IVG. Comme elles avaient des difficultés financières, c'était une façon de ne pas régler la facture. A l'inverse, nous avons eu deux autres cas de mineures, accompagnées d'un adulte accompagnant, dont les parents ont reçu la facture de l'IVG chez eux. Cela vous montre à quel point il est urgent que les choses soient clarifiées.

Mme Fatima Lalem : Nous attendons la mise en place de la nouvelle campagne contraception. En ce qui concerne la campagne contraception 2000-2001, les aspects les plus positifs avaient été les actions et les initiatives locales qui avaient réellement créé des dynamiques très intéressantes. Or, aucun financement n'est prévu dans la campagne de communication pour ce type d'action. Nous craignons que les bonnes volontés, qui s'étaient mobilisées avec très peu de moyens lors de la campagne 2000, ne soient pas au rendez-vous cette année. Nous allons attendre et reprendre ce point, dans le cadre du pilotage de la campagne à laquelle nous pensons être conviées.

S'agissant des mineures qui consulteraient pour une contraception en dehors des centres de planification, la loi ne prévoit aucune modalité de prise en charge, alors que pour l'IVG -même si cela tarde- cette prise en charge est prévue. Notre crainte est que cela crée une discrimination entre celles qui peuvent avoir accès à un centre de planification, où il y a gratuité, et celles qui consultent chez un médecin privé. Qu'en est-il de la mineure de 15 ans qui n'a pas toujours l'argent nécessaire pour pouvoir payer un praticien et pour laquelle il est exclu de demander de l'argent ou d'utiliser la carte des parents ?

Vous avez évoqué la possibilité de modalités de conventionnement entre les conseils généraux et les centres de Sécurité sociale. Il conviendrait qu'il y ait des modalités plus largement proposées au niveau national, afin que les intéressés puissent travailler sur des conventions. Pour le moment, cela n'est pas envisagé. Quant à la faisabilité technique d'une telle opération, peut-être faudrait-il avoir un éclairage national.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ce n'est effectivement pas évoqué dans le cadre de la loi, mais nous nous interrogeons pour savoir si un développement en réseau par convention ne serait pas une réponse possible, notamment en milieu rural, puisque la loi se limite à la gratuité dans les centres de planification. Pour nous, c'est une piste de travail. Est-ce une idée que vous avez vous-même envisagé ?

A titre d'information, dans le cadre de la loi sur le droit des malades et la qualité des systèmes de santé, nous avons fait voter un amendement précisant que, dans les politiques nationales de prévention, sont incluses la prévention du sida, des MST, la contraception et l'IVG, et l'éducation à la santé.

Même si nous avons souhaité faire inscrire ce point dans la loi, cela ne signifie pas qu'il y aura les financements appropriés, mais c'était pour nous une façon de conforter cette politique. Nous aurions également voulu faire inscrire dans la loi le fait que ces actions devraient être élaborées par sexe. Par exemple, si on ne développe pas le préservatif féminin, on n'enrayera pas la propagation du sida chez les femmes, du fait des rapports de domination existant dans le couple. Néanmoins, l'inscription, dans la politique de prévention, des missions liées à l'éducation, à la sexualité et à la prévention des risques liés à la sexualité, nous paraît importante.

Mme Maïté Albagly : Nous avons reçu aujourd'hui l'information selon laquelle, en région parisienne, il y a une augmentation de 40 % du sida chez les femmes.

Mme Danielle Gaudry : Une de nos associations départementales a développé une politique de conventionnement des médecins avec les centres de planification. Il est vrai que nous avons mené une réflexion dans les deux directions suivantes : d'une part, ne pas surcharger les conseils généraux et, d'autre part, rappeler que c'est la mission de la Sécurité sociale.

Au cours de nos débats, nous axons nos réflexions sur le fait qu'il s'agit de droits des mineures, qui doivent être remboursés par la Sécurité sociale, même si elles sont ayants droit de leurs parents, et dont l'anonymat doit être préservé. Mais nous n'avons pas fait de montage. Il nous semblait plus juste que ce soit la Sécurité sociale des parents qui règle, de façon indirecte, le problème de la contraception de leurs enfants, plutôt que les conseils généraux qui ont déjà des charges très lourdes et qui, pour certains, deviennent réticents à développer des centres de planification. Cela n'empêche pas que nous ayons l'exemple d'un conventionnement qui fonctionne très bien dans un département, celui du centre de Montpellier.

Mme Fatima Lalem : Avec ce type de conventionnement, les mineures ne peuvent s'inscrire que dans les actions déjà organisées en liaison avec le conseil général. C'est une délocalisation de permanence, en quelque sorte. Au lieu de les faire de manière centralisée, le médecin, qui est rattaché au Planning, va assurer un certain nombre de permanences dans des zones rurales. Toutefois, à grande échelle, cela paraît difficile. Cela imposerait de revoir les conventions avec les conseils généraux de manière à ce qu'ils acceptent d'y inscrire, de manière significative, ce type de modalités.

Mme Odette Casanova : Vous avez évoqué les problèmes liés à la région parisienne. Existe-t-il une différence entre Paris et la province ?

Le remboursement, l'information, etc. ont été des points abondamment évoqués. Plusieurs structures sont en mesure d'accomplir ce travail, mais je ne sais comment nous pouvons faire pour les mobiliser.

En premier lieu, il y a les conseils généraux. Il est évident que la prévention leur incombe, car elle est inscrite dans leurs missions. Dans cette prévention, devraient figurer l'information et l'éducation. Les départements l'ayant inscrit dans leurs lignes budgétaires sont certainement peu nombreux, mais il conviendrait de faire quelque chose en leur direction, car c'est de leur compétence.

Si je prends la région PACA, au niveau des conseils généraux, nous avons une ligne budgétaire qui s'appelle "vie lycéenne", qui a été créée suite à la demande de certains lycées. Des conventions sont signées avec des proviseurs et des responsables des élèves. Dans ces conventions, nous discutons des thèmes qu'ils souhaitent inscrire. Cela peut être l'information sur la contraception ou des permanences. C'est une volonté de notre conseil général. Peut-être est-ce exceptionnel, mais comme les conseils généraux ont la compétence des lycées, cela pourrait être une piste à creuser.

Ensuite, il y a l'Education nationale. Dans mon département, il existe un comité d'éducation à la santé, sous forme d'association. Il est géré par le médecin scolaire et subventionné par le conseil général. Chaque année, il y a une action continue de ce comité sur les MST, l'alcoolisme, l'IVG et la contraception. Il convient toutefois de souligner que nous avons une équipe de médecins scolaires très volontaires. Elles ont des jeux pour initier les tout-petits. Elles font participer les fédérations de parents d'élèves. Cette équipe accomplit un travail remarquable.

Pour autant, cela ne signifie pas que, dans mon département, tout fonctionne bien. En effet, une fois ce travail réalisé, cela fonctionne mal au niveau des hôpitaux et des cliniques. L'idéal serait d'arriver à ce que les deux niveaux fonctionnent.

Mme Danielle Gaudry: En ce qui concerne l'implant, il y a eu une extraordinaire campagne d'information du laboratoire qui le fabrique, avec plusieurs sessions de formation des médecins organisées par ce laboratoire, dans tous les départements. Votre question concernait-elle les mineures ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Non, elle concernait, en fait, plus particulièrement, les jeunes femmes handicapées mentales, parce qu'il y a peu d'éducation à la contraception dans les établissements recevant des personnes handicapées. C'est pourquoi d'ailleurs cela fait partie d'un des amendements retenus dans la loi et adopté. Nous savons que cette éducation n'est pas faite, que les prises de pilules ne sont pas régulières, et nous étions quelques-unes à considérer que l'implant pouvait être une réponse contraceptive.

Mme Danielle Gaudry: Je vous donnerai une expérience ponctuelle. Avant l'implant, il existait la Dépoprovéra, sous forme d'injection trimestrielle. Il est vrai que certaines équipes d'éducateurs estimaient que cela ne conduisait pas à développer l'autonomie des personnes handicapées mentales, d'où une certaine réticence à ces contraceptions "imposées" et non maîtrisées par les femmes elles-mêmes. Toutefois, nous n'avons pas encore suffisamment de recul par rapport à l'implant. Il semblerait que, dans certaines régions, cette méthode se développe bien, dans d'autres peu.

Pour ne citer qu'un des freins à l'utilisation de l'implant, quand vous montrez le dispositif insertion aux femmes, elles reculent un peu, car c'est un trocart d'un certain diamètre. Même sous anesthésie locale, elles craignent l'insertion de ce dispositif dans leur bras. Il existe un frein du côté des femmes, mais pas des médecins.

Concernant les freins au développement du préservatif féminin, il est certain que des facteurs culturels interviennent. Quand nous présentons le préservatif à des femmes, nous sentons immédiatement un recul, non seulement sur l'idée de l'utiliser, mais sur l'objet physique lui-même. Cette réaction n'est pas uniquement observée dans les milieux défavorisés où, au contraire, le préservatif féminin serait peut-être mieux accepté.

Il s'agit plus d'un frein financier, car ce préservatif est coûteux. S'y ajoutent les difficultés de le trouver, car il est peu disponible en pharmacie. Il faut le commander.

Mme Maïté Albagly: En région parisienne, seules trois pharmacies le vendent, à 50 francs les trois unités.

Mme Danielle Gaudry: Comme le préservatif féminin n'est pas remboursé, les tarifs peuvent différer d'une pharmacie à l'autre. Dans certains départements, il y a eu des campagnes publiques en faveur du préservatif féminin, mais le fait de ne pas le trouver facilement, même si les femmes ont choisi de l'utiliser, constitue un des freins.

Mme Maïté Albagly: Le Planning familial mène une action nationale depuis trois ans avec la Direction générale de la santé sur la réduction des risques sexuels encourus par les femmes dans leur sexualité. Ce programme global prévoit la distribution gratuite de préservatifs féminins. Nous avons pu constater que le préservatif féminin est utilisé, dès lors qu'il y a une formation adéquate, ou lorsqu'il est distribué gratuitement.

Mme Fatima Lalem : Nous n'avons pas abordé la question de la stérilisation à visée contraceptive. Il nous semble intéressant d'insister sur le fait qu'il faut une stratégie d'information des femmes et des professionnels.

En ce qui concerne l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires, nous avons déjà des sollicitations au niveau des établissements, sollicitations rituelles chaque année, mais nous attendons de voir la façon dont l'Education nationale l'organisera, avec quels moyens, sur quelles modalités et avec quelle progression.

Actuellement, nous n'avons pas encore reçu de sollicitations par rapport aux tout-petits, même si nous avons par ailleurs une certaine expérience du travail avec les enfants, notamment sur la prévention des agressions sexuelles et des comportements sexistes.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : En ce qui concerne les pilules de troisième génération, vous avez indiqué que vous faites passer le mot d'ordre de ne plus la prescrire. Il ne me semblait pourtant pas avoir lu des articles si inquiétants sur les pilules de troisième génération. Certes, vous nous avez transmis une lettre du Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, mais pourriez-vous nous apporter quelques précisions supplémentaires ?

Mme Danielle Gaudry : En ce qui nous concerne, nous avons toujours considéré que les première et deuxième générations de pilules étaient tout à fait performantes et nous avons continué à les prescrire. Toutefois, nous demandons le remboursement des pilules de troisième génération, voire d'une pilule générique.

Comme les conclusions de l'Agence font état de l'augmentation du risque thromboembolique veineux, nous n'avons pas intérêt pour la santé des femmes à prescrire ces pilules de troisième génération. C'est pourquoi, au niveau de nos centres, le dernier conseil d'administration a jugé bon de faire campagne auprès des médecins qui travaillent avec nous pour ne prescrire que de façon très exceptionnelle la pilule de troisième génération, et non pas systématiquement, comme cela est fait dans certains centres de planification.

Mme Fatima Lalem : Nous avons par ailleurs pris la décision, au niveau de notre conseil d'administration, d'interpeller les pouvoirs publics. Si le risque est réellement avéré, il nous semble important qu'une information soit conduite auprès des femmes et des professionnels pour qu'ils ne continuent pas à prescrire des pilules qui ne présentent aucune amélioration évidente, mais au contraire des risques, et que soit revue la question de la poursuite de leur mise sur le marché.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : En ce qui concerne le stérilet, nous avons constaté, pendant un an, des difficultés à faire appliquer l'arrêté parce que les fabricants menaçaient de ne plus le produire. Je sais que le ministère a renégocié avec les fabricants et qu'un nouvel arrêté devrait sortir bientôt, qui prend en compte un coût de fabrication plus important que celui prévu, il y a un an et demi, par Mme Martine Aubry.

Mme Maité Albagly : Ces derniers temps, nous avons été sollicitées par la presse pour faire part de notre sentiment sur l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception. Nous l'avons exprimé, même si nous avons été quelque peu seules à le faire. Les villes mises en cause se sont alors senties obligées de nous écrire pour se justifier. C'est important de le souligner. A cet égard, j'ai reçu aujourd'hui une lettre de Poitiers qui explique pourquoi ils ne pouvaient pas appliquer la nouvelle loi. Quand les

dysfonctionnements sont clairement exprimés, la situation évolue. C'est important, car cela constitue un bon moyen de pression.

Mme Fatima Lalem : Nous avons principalement pris pour exemple la région parisienne. Sur l'ensemble de la France, les études qui avaient été faites avant la promulgation de la loi montraient qu'en termes de délais et de difficultés particulièrement visibles pendant la période estivale, il y avait deux points noirs : la région parisienne et la région PACA.

En ce qui concerne l'application de la loi, il ne me semble pas que la région parisienne et la région PACA soient dans une situation particulière. Elles rencontrent les mêmes difficultés. Or, comme elles butent déjà sur les délais d'attente, la faiblesse des structures publiques qui accueillent les femmes, cela donne un paysage plus dur. Toutefois, dans certaines régions, l'application de la loi par les médecins était, au mois d'août, pratiquement inexistante. A titre d'exemple, dans la région Rhône-Alpes et la ville de Lyon, la situation était catastrophique.

Audition de Mme Elisabeth Aubény, présidente de l'Association Française pour la Contraception et de M. Robert Chambrial, médecin, membres de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)

Réunion du 30 octobre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui Mme Elisabeth Aubény, gynécologue, présidente de l'Association Française pour la Contraception, et M. Robert Chambrial, médecin, tous deux membres de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC), M. Paul Cesbron, président de l'ANCIC, s'étant excusé.

Lors d'une rencontre avec l'ANCIC, le 12 juin dernier, nous avons fait un premier point sur l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception, qui venait d'être définitivement adoptée par l'Assemblée nationale. Votre association avait alors déjà souligné un certain nombre de difficultés.

La loi est entrée en vigueur dès sa promulgation, le 4 juillet 2001. Les dispositions ne nécessitant pas de décrets d'application étaient immédiatement applicables, en particulier l'article 2 relatif à la prolongation des délais légaux de 10 à 12 semaines de grossesse, l'article 5 supprimant l'entretien préalable obligatoire et l'article 7 concernant les mineures.

D'autres dispositions (l'article 3 relatif à la médecine ambulatoire, l'article 11 relatif à l'interruption médicale de grossesse et l'article 24 relatif à la délivrance à titre gratuit aux mineures de la contraception d'urgence en pharmacie) attendent la parution de décrets, qui devraient paraître d'ici la fin de l'année.

Devant certains problèmes posés par l'interprétation des textes, les hésitations ou réticences des médecins, le ministère de l'emploi et de la solidarité vient d'adresser, le 28 septembre dernier, à tous les responsables hospitaliers une circulaire relative à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet dernier.

Pouvez-vous nous faire le point de la situation actuelle ? La circulaire, qui est de portée générale, répond-elle aux interrogations des professionnels de la santé, en ce qui concerne notamment :

- 1) la pratique de l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse et le respect des recommandations de l'ANAES concernant les bonnes pratiques médicales ;
- 2) la situation faite aux femmes en cas de dépassement des nouveaux délais ;
- 3) le problème de l'autorisation parentale pour les mineures soulevé par les anesthésistes, notamment en cas de complications, et le rôle de l'adulte référent ;
- 4) la suppression de l'entretien obligatoire et la réorientation envisagée des conseillères conjugales vers de nouvelles fonctions d'accueil et d'information ;

5) l'élaboration de conventions entre l'hôpital et les médecins de ville pour la mise en œuvre d'une pratique ambulatoire de l'IVG médicamenteuse ;

6) la nouvelle procédure de concertation collégiale en ce qui concerne l'interruption médicale de grossesse.

D'autres questions se posent également, telles que la revalorisation du tarif de l'IVG, le remboursement des contraceptifs de troisième génération, voire leur sort, la diffusion du préservatif féminin, notamment dans le cadre de la lutte contre le sida et les MST, et celle des stérilets, dont le tarif de remboursement vient d'être récemment fixé par décret.

M. Robert Chambrial : Je souhaiterais également intervenir sur la situation du centre d'IVG de Grenoble. C'est une des raisons de ma présence à cette audition.

Mme Elisabeth Aubéy : En ce qui concerne l'allongement des délais, les choses se mettent doucement en place. Ces derniers temps, je me suis beaucoup déplacée, notamment à Carcassonne et à Avignon. De plus, j'ai eu l'occasion de rencontrer un certain nombre de personnes venues à des réunions de l'Association Française pour la Contraception. Il semble que, dans chaque département, une personne prenne la responsabilité de cette mise en place.

Pour résumer la situation, les réticences des médecins à appliquer les nouvelles dispositions de la loi relatives à l'allongement des délais tiennent, d'une part, à une formation insuffisante à la pratique des IVG de 12-14 semaines d'aménorrhée, qu'ils imaginent comme une IVG du second trimestre, d'autre part, à l'idée que cette pratique sera très dure à supporter pour les médecins.

On constate qu'un grand nombre de médecins pratique des IVG chirurgicales. Certains médecins sont allés à l'étranger pour voir comment se pratiquaient les IVG tardives. Ainsi, des médecins de Carcassonne sont allés à Barcelone, des médecins d'Angers en Hollande. En général, ils reviennent rassurés, car ils ont vu que la pratique n'était pas si compliquée. D'autres médecins pratiquent sans être allés se former à l'étranger, parce qu'ils considèrent que ce n'est pas très compliqué. A Angers, certains médecins ont indiqué qu'ils avaient pratiqué un grand nombre d'IVG dans des délais de 12 à 14 semaines d'aménorrhée au cours du mois d'août. En fait, ils en ont pratiqué huit au cours de ce mois, en drainant toutes les demandes d'IVG de ce type de la région. Ce n'est donc pas un chiffre énorme.

Ceux qui n'ont pas la pratique de l'IVG chirurgicale considèrent qu'il faut pratiquer des IVG médicamenteuses, ce qui suppose d'hospitaliser les femmes la veille, avec, souvent, un curetage en fin d'intervention. L'analyse de l'ANAES a été claire sur ce point : il ne faut absolument pas aller dans ce sens. Les médecins qui utilisent ce type d'IVG médicamenteuse sont ceux qui n'ont pas connaissance de la façon dont s'effectue une IVG chirurgicale à 12-14 semaines et ne savent pas les faire.

Toutefois, la plupart des médecins que j'ai rencontrés se sont dit prêts à pratiquer des IVG chirurgicales. L'ANCIC s'engage dans cette voie en préparant et diffusant une cassette d'information expliquant les différentes étapes d'une IVG chirurgicale.

Mme Conchita Lacuey : C'est une bonne initiative.

Mme Elisabeth Aubény : Dès lors que les médecins ont vu comment se pratiquait une IVG chirurgicale de 12-14 semaines, cela démystifie les choses et les rassure. L'ANCIC essaiera de peser de tout son poids en faveur de la pratique de l'IVG chirurgicale au stade des 12-14 semaines. Il est indispensable d'arrêter de pratiquer des IVG médicamenteuses à ce stade, car c'est alors une intervention très douloureuse et, de plus, trop longue, nécessitant une hospitalisation.

En revanche, une IVG chirurgicale se pratique sous anesthésie et ne demande qu'une demi-heure. Il n'y a aucune comparaison entre les deux méthodes.

J'ai recueilli un grand nombre de ces informations lors de mes déplacements dans la région de Carcassonne, d'Avignon et dans le grand Ouest, c'est-à-dire Angers, Nantes et Tours. Toutefois, je ne connais pas la situation dans le Nord et dans l'Est.

M. Robert Chambrial : Je serai moins optimiste, car la région où j'exerce connaît plus de difficultés. Selon M. Paul Cesbron, président de l'ANCIC, les choses commencent progressivement, après beaucoup de réticences, à se débloquer en Picardie et dans le Nord-Pas-de-Calais.

Pour ma part, il me semble que les régions PACA et Rhône-Alpes rencontrent toujours un grand nombre de difficultés. A Lyon, elles commencent à se résorber, même si une femme à 13 semaines d'aménorrhée va devoir partir cette semaine pour Barcelone. Cet exemple montre qu'il y a encore un dysfonctionnement, mais qui, à Lyon, ne date pas de la nouvelle loi.

En ce qui concerne la méthode d'IVG, je suis d'accord avec Mme Elisabeth Aubény. L'ANAES a tranché ce point. Mais en plus de la longueur de l'intervention avec hospitalisation et de la douleur qu'elle provoque, il me semble que, psychologiquement, une IVG à 12 ou 14 semaines est beaucoup plus difficilement vécue par les femmes par voie médicamenteuse que par voie chirurgicale.

La situation se débloque, mais il y aura beaucoup de résistance. Les équipes médicales, dans les services, vont pouvoir s'appuyer sur la circulaire du 28 septembre. A Grenoble, par exemple, un chirurgien gynécologue s'est proposé de prendre en charge les IVG entre 12 et 14 semaines et s'est approprié cette spécialité.

Toutefois, il y a des dérapages, principalement dans le cadre de l'IVG pour les mineures. Dans certaines régions, on demande la pièce d'identité de l'adulte référent et on lui fait signer des documents, alors que les textes n'en font pas mention. En revanche, dans d'autres centres, comme en Haute-Savoie, l'application de la loi s'est tout de suite mise en place et chaque jour, un médecin est prêt à pratiquer des IVG entre 12 et 14 semaines. Toutefois, les points de blocage importants de la région restent la ville de Lyon et la Savoie, voire plus au sud, Marseille et Toulon.

Mme Elisabeth Aubény : A Paris, cela se met en place progressivement. Par exemple, l'hôpital Saint-Vincent de Paul et d'autres cliniques privées commencent à pratiquer des IVG au-delà de 12 semaines.

M. Robert Chambrial : Il est nécessaire de démystifier la pratique. C'est ainsi qu'un journaliste prépare actuellement une cassette d'information, en collaboration avec la maternité des Lilas. Certains médecins qui ont vu pratiquer dans cette maternité, en bloc opératoire, des IVG jusqu'à 12-14 semaines ont été étonnés, car ils étaient persuadés qu'entre 12 et 14 semaines, le fœtus gagnait beaucoup en taille. Cette attitude est

particulièrement étonnante de la part de médecins, qui devraient connaître le développement embryonnaire.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Lors des auditions, l'hiver dernier, en vue de la préparation de la loi, nous avons pu constater une méconnaissance de certains médecins sur le moment du passage du fœtus à l'embryon.

Mme Elisabeth Aubény : Lors de l'un de mes déplacements à Avignon, j'ai rencontré un groupe d'obstétriciens et de gynécologues médicaux de la Société de néonatalogie. Tous étaient par ailleurs des échographistes. Leur tâche consiste à détecter des malformations foetales. Or, lorsque, tout à coup, on leur demande d'arrêter la croissance d'un fœtus en bonne santé, ils ont beaucoup de difficultés à l'accepter.

La psychologie des obstétriciens, qui ont pour tâche de détecter des malformations et de mettre au monde des enfants normaux est tout à fait différente de celle des médecins généralistes, qui ne prennent en compte que la situation de la femme. C'est peut-être ce qui explique les réticences des gynécologues-obstétriciens à pratiquer des IVG.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : L'an dernier, nous avons eu l'impression d'assister à un débat sur l'interruption médicale de grossesse (IMG) et non pas sur l'IVG. Ce qui en ressortait, c'était la souffrance des médecins devant les IMG.

Mme Elisabeth Aubény : C'est exact. C'est cela qu'ils prennent en compte, sans percevoir que c'est quelque chose de totalement différent. Quant aux médecins qui pratiquent déjà des IVG, ils sont surtout réticents à pratiquer des IVG à 12-14 semaines, en raison de tout ce qu'ils ont pu entendre autour de cet acte. Néanmoins, quand ils seront rassurés, ils en pratiqueront également.

Mme Conchita Lacuey : Comment expliquer cette crainte des médecins ?

Mme Elisabeth Aubény : Quand nous avons commencé à pratiquer des IVG à 12-14 semaines, nous n'étions pas très rassurés, car nous n'avions l'expérience que d'IVG compliquées, de femmes qui s'étaient "auto-avortées", qui avaient des septicémies, qui avaient de la fièvre et qui saignaient. Pour être rassurés, nous avons dû nous rendre en Hollande ou aux Etats-Unis et voir pratiquer des IVG faites par des médecins.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous avez évoqué le cas de femmes à 12 semaines d'aménorrhée, qui sont obligées d'aller en Espagne ou en Hollande pour une IVG. S'agit-il de cas isolés, ou est-ce une pratique malheureusement plus générale, ou encore liée à des situations régionales ?

M. Robert Chambrial : Ce sont des situations régionales qui expliquent le blocage de la pratique des IVG à 12-14 semaines. Cet été, dans la région Rhône-Alpes, c'est-à-dire l'Isère, les deux Savoies, la Drôme, le seul hôpital qui les pratiquait était celui de Grenoble. Les autres hôpitaux renvoyaient toutes ces IVG sur Grenoble. Régionalement, il y a encore des problèmes, qui poussent des femmes, avant 14 semaines d'aménorrhée, à partir à l'étranger.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Faites-vous les mêmes constatations en ce qui concerne les autorisations parentales pour les mineures ? La loi n'est-elle pas appliquée, ou est-elle appliquée différemment selon les régions ou les chefs de service ?

M. Robert Chambrial : En ce qui concerne les mineures, il risque d'y avoir les mêmes dérapages qu'avec la loi Veil, selon laquelle il fallait l'autorisation écrite d'un des deux parents. Dans certains centres, on demandait l'autorisation écrite d'un des deux parents, que personne ne vérifiait, mais dans d'autres, la présence physique des deux parents était requise. A Montpellier, un CHU demandait même que l'autorisation soit certifiée par le commissariat de la ville.

Mme Elisabeth Aubény : En ce qui concerne les mineures, j'ai entendu certains médecins dire qu'il fallait attendre le décret pour savoir si l'accompagnant devait être présent ou non.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Les médecins n'ont pas besoin du décret en ce qui concerne la dispense d'autorisation parentale des mineures. Ils ont uniquement besoin du décret pour la prise en charge financière.

Mme Danielle Bousquet : Dans mon département, des jeunes filles se sont rendues à l'aide sociale à l'enfance pour demander à être protégées, car l'hôpital leur refusait l'anesthésie. Cette affaire, qui a fait beaucoup de bruit, n'est toujours pas résolue, en raison d'un refus obstiné des anesthésistes à mettre en œuvre la loi. J'ai reçu des témoignages de blocages concernant les mineures par plusieurs assistantes sociales, qui toutes ont été confrontées à ces problèmes.

Mme Elisabeth Aubény : Certains médecins ont demandé des précisions sur la nature de l'accompagnant, ne sachant pas s'il devait être présent, s'il devait signer, etc. Par ailleurs, les médecins anesthésistes, dans un texte préparé par le président de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et validé par le conseil d'administration, le 19 septembre 2001, ont demandé que l'adulte accompagnant soit présent à la consultation. Rappelant que la loi prévoit l'accompagnement de la mineure par la personne majeure de son choix, ce texte apporte les précisions suivantes :

"Il en découle que la mineure doit être accompagnée dans sa démarche d'anesthésie par la personne majeure de son choix, et que celle-ci doit donc être présente lors de la consultation de l'anesthésiste. Concrètement, il convient de communiquer qu'en cas d'anesthésie pour IVG, une mineure doit se rendre à une consultation d'anesthésie plusieurs jours à l'avance, soit avec une autorisation parentale, soit accompagnée de la personne majeure qu'elle a désignée pour l'ensemble de la démarche. Il n'est pas anodin de noter que la loi n'exige pas que cette personne signe une "décharge", n'indique pas qu'elle donne un consentement "à la place" de la mineure, n'en fait pas son représentant légal : la loi dit qu'elle l'accompagne. Il est en revanche prudent d'inscrire, sur la fiche de consultation d'anesthésie, le nom de la personne majeure présente au moment où l'information sur l'anesthésie est délivrée (ses avantages, ses limites, ses contraintes, ses risques et les façons de les limiter) et de demander à cette personne accompagnante de lire attentivement avec la mineure le formulaire d'information sur l'anesthésie."

Que dois-je répondre aux médecins anesthésistes ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ce qui est contenu dans la circulaire et qui me semble tout à fait clair, à savoir que l'accompagnant n'est en aucun cas engagé juridiquement.

Mme Elisabeth Aubény : Doit-il être présent lors de la consultation pré-anesthésique ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il est présent lors de l'entretien social préalable. En effet, nous souhaitons savoir qui était l'accompagnant, en cas de viol ou d'inceste. C'est donc le rôle de l'entretien social préalable obligatoire que de détecter des dysfonctionnements. La question de l'accompagnant peut être posée par le médecin, mais la loi ne dit pas si l'accompagnant doit être présent au moment de l'IVG ou après.

M. Robert Chambrial : La circulaire dit que la mineure "peut" demander que l'accompagnant soit présent lors de sa sortie, mais ce n'est pas une obligation.

Mme Elisabeth Aubény : La mineure signe un document indiquant qu'elle a choisi un accompagnant. Comment les anesthésistes auront-ils la preuve qu'elle a bien choisi un accompagnant ? Ils posent cette question en permanence.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Si cette question revient souvent, cela suppose un manque de communication au sein de l'équipe médicale. En effet, ce serait au médecin qui a reçu cette jeune fille d'indiquer à l'anesthésiste qu'elle est venue avec tel accompagnant, qui est la personne de son choix, puisqu'elle ne peut obtenir le consentement de ses parents.

Mme Elisabeth Aubény : Les anesthésistes exercent souvent dans d'autres lieux que le centre d'IVG.

Mme Conchita Lacuey : Dès lors qu'une IVG va être pratiquée sur une mineure, c'est que toute la procédure a été suivie, que tous les éléments d'information ont été recueillis et que la mineure a été accompagnée. Une procédure d'anesthésie ne serait pas mise en route, si cette procédure antérieure n'avait pas été suivie.

Mme Elisabeth Aubény : La mineure choisit donc l'adulte référent lors de l'entretien social préalable ou lors de la consultation chez le médecin. Les conseillères conjugales me demandent également si elles doivent le rencontrer physiquement. En effet, si la mineure déclare qu'elle choisit par exemple son frère, comment s'assurer qu'elle lui en a vraiment parlé, qu'il est majeur, etc.

M. Robert Chambrial : Premièrement, à la lecture de la loi, il apparaît que le vœu du législateur n'était pas d'instaurer un système de "flicage". La disposition concernant l'adulte accompagnant avait pour but d'éviter que la mineure ne se retrouve seule. Il s'agit d'un accompagnement psychologique.

Deuxième élément, dans le centre de Grenoble dont je dépends, les femmes vont à la consultation pré-anesthésique le même jour que l'IVG. Si elles ont opté pour une anesthésie générale, le même matin, elles rencontrent successivement le médecin généraliste ou le gynécologue, elles ont l'entretien social si elles le souhaitent, elles rencontrent l'assistante sociale pour les problèmes de prise en charge, et enfin le médecin anesthésiste. Au centre d'IVG de Grenoble, cela ne pose aucun problème.

Mme Conchita Lacuey : Rencontrez-vous l'accompagnant ?

M. Robert Chambrial : Non, pas systématiquement. L'accompagnant peut être la sœur ou une très bonne amie de la jeune fille. Souvent l'adolescente souhaite que cette personne l'accompagne, lors de sa consultation chez le médecin.

Mme Elisabeth Aubény : Il est nécessaire que la mineure puisse se confier à un accompagnant, s'il se passe quelque chose. Toutefois, les équipes médicales craignent que

le directeur de l'hôpital exige la preuve qu'elle a un accompagnant. Elles ont peur d'être attaquées sur ce point.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : L'esprit de la loi était de combattre l'isolement de la mineure.

Mme Elisabeth Aubény : Certains directeurs seront libéraux, d'autres demanderont plus qu'une attestation.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Dans le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ont été reprises, pour l'ensemble des actes médicaux, les dispositions de la loi sur l'IVG concernant les mineures. Cela signifie que les médecins vont être confrontés à cette question pour d'autres actes que l'IVG.

Mme Elisabeth Aubény : Pourrait-il être mentionné, lors de la procédure d'IVG, que la mineure a rencontré la conseillère conjugale, et qu'elles ont choisi ensemble un accompagnant ? Même si l'équipe médicale ne le rencontre pas, le dossier contiendra néanmoins un document signé des deux, indiquant que ce sujet a été abordé. Cela tranquilliserait certains directeurs d'hôpitaux et médecins.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Cela est prévu à l'article 5 du texte de loi : *"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 2212.7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche."*

La conseillère conjugale va mentionner dans un document qu'elle a rencontré telle jeune fille, qu'il ne semble pas possible que ce soit le père ou la mère qui l'accompagne, et qu'ensemble elles ont discuté du choix d'une personne majeure accompagnante. Cette attestation sera ensuite intégrée au dossier, qui sera consulté par le médecin, puis par l'anesthésiste.

Mme Elisabeth Aubény : Peut-être faudrait-il concevoir un formulaire prêt à remplir.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Le médecin qui la reçoit doit, soit s'efforcer d'obtenir le consentement des parents, soit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien social. C'est donc bien par le biais d'un formulaire.

M. Robert Chambrial : Dans le dossier, on retrouve de toute façon le compte rendu de l'entretien social.

Mme Elisabeth Aubény : Il faut un papier qui assure une couverture à l'équipe médicale.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pensez-vous que le groupe national d'appui qui va être constitué devrait s'enquérir de cette question ?

Mme Elisabeth Aubény : Oui, sinon il risque d'y avoir des dérapages. Ces questions préoccupent beaucoup les médecins et les anesthésistes.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pensez-vous que nous serons confrontés aux mêmes difficultés pour la suppression du caractère obligatoire de l'entretien préalable pour les femmes majeures ?

M. Robert Chambrial : Non, je ne le pense pas. J'ai toujours défendu la suppression de l'obligation de l'entretien. Le travail sera beaucoup plus intéressant pour la femme et pour le professionnel, qu'il soit psychologue ou conseillère conjugale, s'il n'y a pas cette notion d'obligation. Les femmes ne viennent pas chercher un papier, mais décident de venir parler avec un professionnel.

Mme Elisabeth Aubény : Je suis beaucoup moins optimiste, car on dit rarement aux femmes que l'entretien social est devenu facultatif.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Cela veut-il dire que cet entretien n'est pas non plus proposé après l'IVG ?

M. Robert Chambrial : La situation n'est pas la même partout. A Grenoble, ce sont des psychologues qui sont conseillères conjugales, et quand elles reçoivent la femme, elles lui rappellent que cet entretien n'est pas obligatoire. Les trois-quarts des femmes se rendent cependant à l'entretien qui, d'ailleurs, dure beaucoup plus longtemps. Elles y vont sans y être obligées.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : En résumé, il vous semble que les plus grandes difficultés d'application de la nouvelle loi vont se concentrer autour de la formation des médecins à pratiquer des IVG dans les nouveaux délais et de l'appréhension qu'ils peuvent avoir par rapport aux mineures qui viendraient sans autorisation parentale.

Mme Elisabeth Aubény : Tout à fait, ce sont les deux points importants.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : En ce qui concerne les difficultés de mise en place de l'IVG médicamenteuse et du réseau entre médecins de ville et l'hôpital, les décrets, qui ne sont pas encore parus, seront certainement les plus difficiles à élaborer. En effet, il faut non seulement organiser la mise en place des réseaux, mais aussi définir le statut de la mifégyne et des autres substances classées vénéneuses. Sur ce thème, avez-vous des observations à faire ?

Mme Elisabeth Aubény : En ce qui concerne la distribution de la mifégyne, l'ANCIC n'est pas favorable à ce que les patientes payent ce médicament aux médecins. Il a été suggéré que les médecins passent commande de la mifégyne auprès du laboratoire, selon la méthode allemande, et qu'ils fassent payer aux femmes à la fois la consultation et le médicament. Mais nous ne voulons pas assumer ce rôle de pharmacien. Cela nous pose des problèmes de comptabilité et de gestion des stocks de ce médicament. Nous avons suggéré d'établir des ordonnances sécurisées, avec lesquelles la femme irait payer le médicament chez le pharmacien. Ensuite, les médecins iraient chercher le médicament chez le pharmacien, pour que la femme le prenne dans son cabinet.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : C'est aussi très compliqué pour vous.

Mme Elisabeth Aubény : Mais oui. En outre, à la différence du pharmacien ou de l'hôpital, nous ne pourrions pas appliquer le tiers payant, alors que le médicament coûte 360 francs, somme conséquente à avancer par la femme. L'ANCIC n'est pas satisfaite à l'idée de vendre le médicament.

M. Robert Chambrial : Où est le problème ? Il suffit de délivrer une ordonnance de trois comprimés à la patiente, qui ensuite ira les chercher à la pharmacie.

Mme Conchita Lacuey : Le problème concerne la prise du médicament : comment s'assurer qu'elle le prend elle-même, qu'elle ne le donne pas à quelqu'un d'autre, ou qu'elle le prend de façon conforme.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Le médicament pourrait être effectivement acheté pour une amie. Toutefois, le problème de santé publique le plus important me semble être que la femme le prenne dans de bonnes conditions.

Mme Elisabeth Aubény : Le second problème concerne le Cytotec. Nous savons tous que le Cytotec est abortif. Le médecin donnera-t-il aux femmes les quatre comprimés de Cytotec ? Comme cela ne coûte pas très cher, il peut le faire. Ou bien prescrira-t-il une boîte de soixante comprimés ? Ceux-ci pourraient être utilisés ensuite sans recourir au médecin. Par ailleurs, la présentation actuelle est source de gaspillage.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Est-il possible que le laboratoire modifie sa présentation ?

M. Robert Chambrial : Cela m'étonnerait. Le Cytotec étant utilisé pour les brûlures d'estomac, la boîte comprend soixante comprimés. Chaque fois que j'aborde avec les visiteurs médicaux la question des propriétés abortives du médicament, ils me répondent qu'il leur est interdit d'en parler. En Afrique du Sud et à Cuba, où la mifégyne n'existe pas, les femmes utilisent des comprimés de Cytotec toutes les deux heures, et cela marche très bien.

Mme Elisabeth Aubény : Peut-être serait-il plus prudent que le médecin n'établisse pas une ordonnance pour soixante comprimés, mais donne lui-même le Cytotec. Sinon, d'un point de vue de santé publique, ce serait un peu irresponsable.

M. Robert Chambrial : Je voudrais aborder la question du centre IVG de Grenoble. Ce centre, qui s'appelle centre médico-social de la femme et qui fonctionne depuis plus de vingt-cinq ans, est structurellement une unité fonctionnelle du service de gynécologie-obstétrique, même si, dans l'hôpital, il est situé dans un autre lieu. Depuis deux ans et demi, il se trouve dans une situation très grave.

Suite à un vote du conseil d'administration, le 27 avril 2000, le centre IVG a été délocalisé, dans l'optique d'une restructuration de l'ensemble de l'hôpital. Nous avons accepté cette délocalisation. En revanche, dans l'endroit où nous allons être replacés, nous défendons la volonté d'une unité de lieu et d'équipe. Car, ce qui est en cause, c'est le fonctionnement du service.

Je vous ai donné précédemment des indications sur son fonctionnement, en ce qui concerne la conseillère, la psychologue, l'assistante sociale, ou l'anesthésiste. Pour nous, cette unité faisait la richesse de notre travail. En effet, actuellement, les femmes sont suivies par la même infirmière, depuis la consultation avec le médecin jusqu'à l'intervention au bloc. Cela fonctionne ainsi depuis vingt-cinq ans. Nous voulons bien admettre - difficilement - qu'il existe des impératifs de restructuration, mais nous considérons dramatique l'éclatement de ce service en trois lieux différents, qui nous est proposé.

Les consultations auront lieu à un endroit. Le bloc opératoire sera intégré à celui de gynécologie-obstétrique. Dans la salle de réveil, il y aura quand même un paravent entre

les femmes qui auront eu une césarienne et celles qui auront eu une IVG ! Nous ne pourrons donc plus accomplir tout le travail de suivi et d'équipe que chacun appréciait à Grenoble.

Malheureusement, nous nous heurtons au directeur d'hôpital et au maire de Grenoble, qui n'est pas favorable à notre service. En tant que maire, il est président du conseil d'administration. Pour l'instant, il fait la sourde oreille à nos demandes.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous étions informées de la situation du centre de Grenoble, car nous avons eu l'occasion d'en discuter avec des représentants du M.F.P.F. ou d'autres associations. Nous ne pouvons pas, en tant que Délégation, intervenir auprès du conseil d'administration de l'hôpital de Grenoble. En revanche, il y a un an, le président du conseil d'administration nous avait indiqué, que la situation allait s'arranger. Il était assez optimiste sur l'issue de cette affaire. Nous pouvons, à titre amical, en discuter à nouveau avec lui, mais nous ne pouvons aller au-delà.

M. Robert Chambrial : Fin mai, nous avons eu une réunion qui m'avait laissé optimiste et au cours de laquelle nous avons senti une ouverture. Mais depuis, il n'y a plus rien, et nous savons que les travaux ont commencé. Pour nous, c'est une situation grave, qui ne concerne pas seulement le centre de Grenoble. Ces unités fonctionnelles travaillaient de façon autonome, et les femmes ont tout à perdre à leur intégration dans un service de gynécologie-obstétrique.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : L'an dernier, nous avons visité un certain nombre de centres et nous avons noté que, si on voulait avoir des services efficaces, il fallait des unités fonctionnelles qui puissent, même dans le cadre d'un service, travailler de façon autonome.

Mme Elisabeth Aubény : En ce qui concerne les IVG médicamenteuses, si elles sont pratiquées dans le cadre des réseaux, les médecins libéraux devront les prendre en charge. Il faudra donc absolument en revoir le financement, car les tarifs fixés depuis 1991 sont totalement sous-évalués. Nous voulons que l'IVG soit payée comme un acte normal.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La réévaluation de la consultation des IVG, notamment médicamenteuses, est à l'ordre du jour. Le coût de trois comprimés de mifégyne est de 360 francs.

Mme Elisabeth Aubény : Nous faisons payer l'acte 400 francs, par conséquent il nous reste 30 francs pour la consultation.

Mme Conchita Lacuey : Il faudrait obtenir des prix moins élevés auprès du laboratoire.

Mme Elisabeth Aubény : Je ne pense pas que le laboratoire soit prêt à revoir ses prix. C'est une petite structure, qui ne vit que de cette fabrication, puisque ce laboratoire a été créé expressément pour produire la mifégyne. Aucun laboratoire ne voulait le faire. On ne sait d'ailleurs pas qui le fabrique : la poudre est fabriquée par un laboratoire, les comprimés par un autre, la mise en boîte est faite par un troisième. On sait que les Américains achètent du RU chinois.

En tant que praticiens, nous ne souhaitons pas vendre le produit, mais si nous y sommes obligés, nous le ferons. En outre, nous voudrions que l'acte médical soit revalorisé.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Si on parvient à mettre en place des réseaux hôpitaux-médecins dans le cas de l'IVG médicamenteuse, ne peut-on envisager aussi des réseaux, en ce qui concerne la contraception, entre les centres de planification et les médecins ruraux ?

Mme Elisabeth Aubény : Absolument, c'est encore moins difficile. Dans le cas du RU, il faut des médecins formés, mais en ce qui concerne la contraception, tous les médecins, en principe, sont compétents pour la prescrire.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Cette question concerne particulièrement les mineures qui, dans les zones rurales, ne peuvent accéder aux centres de planification.

Mme Elisabeth Aubény : Comment l'envisagez-vous ? Est-ce le pharmacien qui délivrerait gratuitement une contraception ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous pensons davantage à des réseaux de santé liés par des conventions pluripartites entre une CPAM, une DDASS, un centre de planification et des médecins. Puisque la contraception est gratuite pour les mineures dans les centres de planification, peut-être pourrions-nous étendre ce dispositif hors des centres, à des médecins qui auraient une minipharmacie chez eux et qui donneraient une consultation gratuite aux mineures.

Mme Elisabeth Aubény : Nous revenons toujours au même problème, à savoir que les médecins devraient stocker les médicaments et les donner, ce qu'ils ne souhaitent pas. Ne pourrait-on envisager que le médecin donne à la mineure un bon qu'elle puisse présenter à la pharmacie ? Il est possible que le médecin fasse gratuitement la consultation, qu'il se fera ensuite rembourser.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Cela peut être difficile en milieu rural, parce que l'anonymat n'est pas toujours respecté.

Mme Elisabeth Aubény : L'idée est excellente, mais je ne suis pas certaine que vous trouverez beaucoup de médecins qui accepteront de gérer le stock. Ils seront d'accord pour la consultation et un remboursement différé, mais le problème vient de la gestion des stocks.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Toujours dans le domaine de la contraception, avez-vous pris connaissance des articles très critiques de l'Agence du médicament sur les pilules de troisième génération ?

Mme Elisabeth Aubény : Ces articles mentionnent en effet que les accidents veineux sont légèrement plus fréquents avec les pilules de troisième génération. Certes, ils augmentent, mais de façon très légère. De là à arrêter la prise de ces pilules pour toutes les femmes qui les prennent, il n'en est pas question.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Certaines associations recommandent à leurs médecins d'en arrêter la prescription.

Mme Elisabeth Aubény : Si la jeune fille est satisfaite de sa pilule contraceptive, il ne faut pas la changer. Certaines femmes supportent mieux des pilules à faible taux d'œstrogène, donc de troisième génération. L'important dans une contraception

est que la femme en soit satisfaite, même s'il existe un risque d'accident veineux majoré très léger. Elle prendra plus de risques si elle est enceinte.

L'Agence du médicament a pris la même position en disant que, même s'il y a un risque d'accidents un peu plus élevé, il n'était pas nécessaire d'arrêter les pilules de troisième génération. Il faut simplement faire attention aux contre-indications, qui sont les mêmes pour les pilules de première et deuxième générations. Mon souhait serait que les pilules de troisième génération soient remboursées pour que femmes et médecins aient vraiment le choix.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Avez-vous travaillé sur le préservatif féminin ?

Mme Elisabeth Aubény : Non, mais nous allons le faire.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Notre réflexion est de deux ordres. Premièrement, un certain nombre d'IVG sont dues au fait que le garçon refuse de se protéger. Les femmes peuvent se trouver démunies, si elles ne disposent pas du préservatif féminin, qui peut être un moyen de négociation, y compris dans le couple.

Deuxièmement la progression du sida en région parisienne est, ces derniers mois, de 40 % chez les femmes. Il y a donc un type de population qui ne se protège pas, et le seul moyen de la protéger est le préservatif féminin.

Mme Elisabeth Aubény : En fait, nous hésitons souvent à le prescrire, car on ne le trouve pas dans les pharmacies et qu'il vaut cher (50 francs les quatre pour un usage unique). Nous souhaiterions pourtant le prescrire aux femmes dont le mari est sida-positif. Avec une meilleure accessibilité, nous pourrions le prescrire plus souvent. Il serait intéressant de le faire passer dans le budget sida.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Les décrets sur le stérilet viennent de sortir. Son prix est de 180 francs et son tarif de remboursement de 140 francs.

Mme Elisabeth Aubény : C'est convenable, car les femmes actuellement le payent plus de 300 francs et sont remboursées 70 francs.

Dernière observation sur la contraception : vous avez voté une loi sur la contraception d'urgence en décembre 2000. Le décret d'application relatif à la contraception gratuite pour les mineures en pharmacie n'est toujours pas paru. Or, le texte demandé par la CNAM pour accompagner cette délivrance gratuite aux mineures, auquel nous avons travaillé, est prêt.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ce décret devrait paraître assez rapidement.

**Audition de M. André Lienhart, président de la Société française
d'anesthésie et de réanimation (SFAR)**

Réunion du 6 novembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La Délégation aux droits des femmes a été chargée par la commission des affaires sociales du suivi de l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception. C'est à ce titre que nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui M. André Lienhart, président de la Société française d'anesthésie et de réanimation, chargée d'établir à l'intention des 8500 anesthésistes de France un code de bonnes pratiques professionnelles.

Il nous a semblé indispensable, Monsieur le président, de recueillir votre point de vue sur l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception, dans la mesure où les médecins anesthésistes, avec l'allongement des délais légaux de l'IVG, vont être davantage sollicités pour participer aux IVG tardives, qui, - semble-t-il - se pratiquent essentiellement sous anesthésie générale.

De nombreux médecins anesthésistes se sont montrés préoccupés par la possibilité qu'offre la nouvelle législation de réaliser une anesthésie générale chez une personne mineure, sans autorisation parentale. Quel doit être, selon vous, le rôle exact de l'adulte accompagnant la mineure et quelle est la marche à suivre en cas de complications ? Quels sont précisément les problèmes rencontrés par les médecins anesthésistes et quelles sont leurs réticences ?

Pour répondre à ces interrogations, la SFAR a estimé nécessaire d'élaborer des recommandations, validées par le conseil d'administration du 19 septembre 2001 et diffusées à tous ses adhérents.

Pouvez-vous nous préciser le contenu de ces recommandations ? Ont-elle fait l'objet d'une concertation avec le ministère de l'emploi et de la solidarité ? La circulaire d'application du 28 septembre 2001 apporte-t-elle des réponses suffisantes aux questions que se posent les médecins ?

M. André Lienhart : Il est vrai que peu après la parution au Journal officiel de la nouvelle loi, la SFAR a été interrogée, durant l'été, par un certain nombre de ses membres. La première de leurs préoccupations concernait l'anesthésie générale effectuée sur des personnes mineures. C'est pourquoi il nous est apparu indispensable de rédiger un texte, qui n'est pas à strictement parler une recommandation, mais qui a été validé par notre conseil d'administration. Il ne fait que reprendre les termes de la loi, selon laquelle l'anesthésie pratiquée sur des personnes mineures est licite, dès lors que l'on s'est entouré des précautions indiquées dans la loi.

Pour répondre à votre question concernant la circulaire du 28 septembre 2001, j'observerai en premier lieu qu'elle n'est pas parvenue encore à ce jour dans tous les lieux où elle aurait dû l'être. Je l'ai reçue et l'ai communiquée, mais je ne peux pas dire qu'elle me soit parvenue par les canaux habituels. La circulaire répète que l'anesthésie générale est licite dans ce cadre, mais ne donne aucune indication sur la marche à suivre. Or, notre

société est interrogée par ses membres qui veulent savoir quelle est la procédure concrète à suivre. La loi est claire : elle indique qu'une personne majeure accompagne la mineure dans l'ensemble de sa démarche. Pour nous, la démarche anesthésique commence dès la consultation en vue de l'anesthésie générale. C'est pourquoi nous avons recommandé que cette personne majeure accompagnante soit présente au moment de la consultation, pour pouvoir entendre un certain nombre des conseils prodigués à la mineure et pour les commenter avec elle ensuite.

En effet, lors de cette consultation, nous allons évoquer les avantages de l'anesthésie, ses risques éventuels et les précautions à prendre. Nous allons également remettre un formulaire d'information et nous voulons pouvoir dire à la personne majeure accompagnante de le revoir tranquillement avec la mineure, afin qu'elle comprenne mieux la situation.

En ce qui concerne la question de la confidentialité de la consultation, il nous paraît tout à fait possible, même si nous ne l'avons pas écrit dans ce texte, de séparer deux parties dans la consultation d'anesthésie :

- un colloque singulier avec la jeune fille, auquel il n'est pas question qu'une autre personne assiste. C'est d'ailleurs une recommandation que nous préconisons à l'égard des parents, parce qu'un enfant qui souhaite se confier à un médecin doit pouvoir le faire en dehors de la présence de ses parents ;

- une autre partie de la consultation, plus centrée sur l'information et les recommandations à donner à la mineure lorsqu'elle rentre chez elle, lui conseillant notamment de faire attention à ce qui peut se passer pendant la nuit suivant l'IVG et lui indiquant les personnes à prévenir en cas de problème. Voilà pourquoi il nous semble important que soit présente une personne majeure, qui puisse se faire le relais de ces recommandations auprès de la mineure.

Certes, ces recommandations n'ont pas à figurer dans le texte de loi, car ce sont des indications de pratique médicale. Toutefois, elles ont été perçues de façon plutôt favorable par notre milieu, qui y voit une façon concrète et simple d'agir.

En ce qui concerne votre question sur notre concertation avec le ministère, je peux vous répondre par la négative. Nous n'avons nullement été consultés avant l'adoption de la loi. Néanmoins, à propos du dossier-guide qui va être publié et dont il est fait mention dans la circulaire du 28 septembre, nous souhaiterions une certaine collaboration.

A cette occasion, j'ai relu le dossier-guide 2000 qui ne parle pas de l'anesthésie générale, sauf pour indiquer qu'il vaut mieux ne pas y recourir. Il souligne, en effet, qu'une bonne anesthésie locale est largement plus efficace et qu'elle entraîne moins de complications qu'une anesthésie générale. C'est à peu près tout ce qui est dit de l'anesthésie dans le texte du dossier-guide 2000.

Il est clair que dans le texte du dossier-guide 2001, étant donné qu'il faudra prendre en considération l'allongement des délais à 12-14 semaines, l'anesthésie générale sera de pratique constante. Il nous semblerait donc utile d'indiquer qu'il y a une consultation préalable d'anesthésie, pour éviter que les femmes demandant une IVG ne soient surprises. Ensuite, il conviendrait de communiquer l'intérêt à avoir, lors de la consultation d'anesthésie, un parent ou une personne majeure accompagnant la femme qui souhaite interrompre sa grossesse. Il faudrait qu'il puisse y avoir une communication en amont, afin que la femme qui prend la décision d'IVG, ait en tête non seulement des idées générales,

mais aussi la façon concrète dont l'IVG va être pratiquée et les différents rendez-vous à prendre.

En ce qui concerne les mineures et la possibilité qui leur est offerte de garder le secret à l'égard de leurs parents, une préoccupation s'est fait jour, même si elle est minoritaire parmi les appels que nous avons reçus : qui prévenir en cas d'accident ? Il est évident que le nouveau texte de loi, qui rend licite l'acte dans un certain nombre de cas où il ne l'était pas auparavant, ne dit rien en ce qui concerne les complications éventuelles.

Nous ne nous en étonnons pas, mais nous avons à faire face à l'éventualité d'une situation dans laquelle la mineure aurait gardé le secret à l'égard de ses parents et devrait rester hospitalisée en raison d'une complication grave (accident d'anesthésie ou, plus fréquemment, de type chirurgical). La question qui nous est alors posée est de savoir qui prévenir et comment. Doit-on continuer à garder le secret ou non ?

Nous avons recommandé, s'il s'agit d'une situation très grave, de prévenir les parents et de demander à la personne majeure accompagnante de continuer à jouer son rôle de relais. En effet, si c'est un membre de la famille, il nous paraît humainement plus convenable que l'information aux parents soit communiquée par cette personne.

A cet égard, il nous paraît normal de prévenir l'adulte accompagnant de cette éventualité, par exemple au moment de la consultation pré-anesthésique. Ainsi, lors de cette consultation, d'une part, on préviendrait la mineure des précautions à prendre, puis on demanderait à la personne majeure accompagnante de répercuter à la mineure ces précautions. D'autre part, on informerait cette personne majeure qu'en cas de problème lors de l'acte d'IVG, elle sera sollicitée pour servir d'intermédiaire auprès de la famille.

J'évoquerai maintenant l'allongement des délais à 12-14 semaines. Nous avons également été interrogés sur ce point, mais cette préoccupation ne figure pas dans le texte que nous avons rédigé, tout simplement parce que l'essentiel de ce problème ne se situe pas dans notre discipline. Dans un certain nombre de centres, les IVG chirurgicales sont réalisées par des médecins généralistes, et non par des gynécologues-obstétriciens ayant une certaine compétence chirurgicale. Les recommandations de IANAES, qui font état de la nécessité d'un bloc opératoire, montrent bien qu'il faut un environnement technique spécifique. Selon l'ANAES, l'opérateur doit avoir suivi une formation, sans que ne soit précisé de quelle formation il s'agit. Doit-on comprendre que seul un gynécologue-obstétricien est habilité à réaliser cet acte ou alors qu'un généraliste ayant une certaine habitude peut le faire jusqu'à 8 semaines ? Doit-il y avoir des formations particulières pour l'opérateur, lorsqu'il s'agit de grossesses de 12-14 semaines ? Je ne sais que répondre aujourd'hui aux membres qui me posent la question suivante : "Ai-je le droit de pratiquer une anesthésie générale, sachant que l'opérateur n'a pas le diplôme de gynécologue-obstétricien ou de chirurgien" ? Je vais interroger les gynécologues-obstétriciens sur ce point, mais la réponse ne sera pas facile.

Une autre question concernant les IVG à 12-14 semaines porte sur la personne qui va prendre soin de la femme à son retour au domicile, car notre préoccupation, ce sont les complications. Elles ne sont pas fréquentes, mais notre travail est de faire en sorte qu'elles soient le plus rares possible et, si jamais elles surviennent, de les détecter en temps utile et de les traiter convenablement.

Souvent l'IVG est pratiquée en ambulatoire, c'est-à-dire que la femme rentre chez elle le soir même de l'opération. Quand l'environnement est convenable, il n'y a aucun souci particulier à se faire. Toutefois, comme ces femmes sont souvent dans des situations de

détresse et que nous ne connaissons pas la situation au domicile, nous souhaitons la présence de la personne majeure accompagnante, afin de ne pas laisser repartir une femme chez elle sans savoir si elle a le téléphone, pour au moins appeler une ambulance ou l'hôpital, en cas de saignements.

Dans le cas des IVG à 12-14 semaines, statistiquement, il y a plus d'anesthésies générales, donc nous sommes plus souvent impliqués, de même qu'il y a un peu plus de complications, sans que les chiffres soient très élevés. C'est pourquoi nous essayons de mettre en place en amont, si possible dès la première consultation, un environnement favorable pour la jeune femme et de veiller à ce que le dossier-guide attire à la vigilance sur cette surveillance à domicile.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je souhaiterais, au préalable, faire une remarque d'ordre général. Le nombre des mineures qui ne peuvent pas ou ne pourront pas solliciter une autorisation parentale, selon les estimations que nous avons pu faire lors de la discussion du projet de loi, se situe entre 5 et 10 % de la population des mineures. Environ 10 000 mineures sont enceintes chaque année en France et 7 000 d'entre elles procèdent à une IVG. On peut donc supposer qu'une population d'environ 500 mineures par an pourraient se retrouver en situation de ne pouvoir être accompagnées par l'un des deux parents.

Ma première question portera sur votre appréciation du texte de loi, et notamment de son article 7. Vous a-t-il rassuré en ce qui concerne la responsabilité des anesthésistes pour des opérations sur des mineures ne bénéficiant pas de l'autorisation parentale ? Nous avons souhaité une rédaction qui vous décharge de toute responsabilité, notamment par rapport aux parents. Cette rédaction vous convient-elle ?

M. André Lienhart : L'écriture du texte de loi et de la circulaire sont absolument sans ambiguïté. A mes yeux, l'anesthésie générale fait partie "*des actes médicaux et des soins qui lui sont liés*", dont parle la loi. Pour autant, un certain nombre d'anesthésistes-réanimateurs font remarquer que l'anesthésie ne figure pas en toutes lettres dans le texte.

Ne pas voir que l'anesthésie générale est liée à l'acte d'IVG, j'y vois un peu de mauvaise foi de la part d'un certain nombre de mes collègues. Toutefois, c'est une réaction dont il faut savoir qu'elle peut exister. Honnêtement, je ne vois aucun problème vis-à-vis de l'anesthésie. En revanche, j'en vois un, lorsqu'il y a complication liée à l'acte. Devons-nous toujours respecter la demande de secret vis-à-vis des parents ? Cette complication va entraîner un acte lié à l'IVG. Pourtant, si cette complication est grave, il nous apparaît humainement indispensable de prévenir et d'expliquer à la famille que l'on garde une jeune fille à l'hôpital, voire que l'on effectue une hystérectomie.

En amont de l'IVG, la rédaction du texte de loi nous paraît très clair, mais en aval et lorsque l'acte médical reste lié à l'IVG, nous sommes alors honnêtement plus gênés par cette rédaction. Nous sommes rassurés pour ce qui concerne la licéité de l'acte lui-même, mais pas pour les complications.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : En ce qui concerne la place de l'accompagnant, il me semble que, dans vos recommandations, vous allez au-delà de la volonté du législateur. En effet, dès lors que le médecin qui va pratiquer l'acte s'est assuré par lui-même ou lors de l'entretien social que le consentement des parents n'a pas pu être recueilli, je suis étonnée de constater que vous souhaitiez que le nom de cet accompagnant figure sur la fiche de consultation d'anesthésie. Je m'interroge donc sur la transmission de

l'information au sein de l'équipe médicale. Le travail d'anesthésiste se fait-il en parallèle avec celui du médecin ? Un échange d'information ne se fait-il pas sur un dossier ?

M. André Lienhart : Nous ne requérons pas, contrairement à certains formulaires de nos confrères gynécologues-obstétriciens, la moindre signature de quelque personne que ce soit. En revanche, il nous semble souhaitable de transmettre à l'adulte accompagnant la mineure un certain nombre d'informations et de précautions à prendre.

Nous informons la personne majeure accompagnante qu'elle n'a pas à signer, mais simplement à expliquer la situation à la mineure. C'est pourquoi nous considérons que c'est une précaution convenable d'inscrire, dans le dossier médical, l'identité de l'interlocuteur, pour ceux qui auront par la suite le dossier médical en mains.

Il suffit d'attester : "J'ai expliqué à telle mineure en présence de..." Nous devons avoir l'identité de notre interlocuteur, de même que nous avons l'identité de la mineure, qui nous est communiquée avec le dossier. L'identité de la personne majeure peut être inscrite dans le dossier, il suffit alors de demander : "Vous êtes bien telle personne..." et nous le notons. En revanche, nous ne demandons pas à la personne majeure accompagnante de signer. Tout cela relève d'une pratique normale, qui permet de laisser une trace écrite dans le dossier.

Ensuite, si le dossier médical comporte le nom de la personne majeure, le médecin vérifie qu'il a bien affaire à cette personne. Nous attirons l'attention sur cette précaution nécessaire, parce que les dossiers médicaux sont plus ou moins complets.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous allez au-delà de la loi en "exigeant" la présence de l'adulte accompagnant. Nous ne l'avons pas écrit dans le texte.

M. André Lienhart : Je suis d'accord. J'aurais dû dire que la rédaction du texte de loi était, de ce point de vue, insuffisamment claire. Nous avons lu qu'une personne majeure accompagne la mineure dans sa démarche de demande d'anesthésie, laquelle fait partie des actes liés à l'IVG.

J'admets tout à fait que le législateur n'a pas en tête que les informations relatives à la "partie basse" de l'IVG concernent un praticien et celles relatives à la "partie haute", un autre, et qu'il n'utilise qu'un seul terme général "le médecin", alors qu'en réalité il y en a deux. La solution idéale serait de mettre en présence les deux médecins concernés, la mineure et la personne majeure accompagnante. Mais pour des questions d'organisation, cela est impossible.

Concrètement, les échanges d'information se font, soit de façon directe, soit au travers du dossier, et nous donnons des recommandations sur la tenue du dossier. Pour en revenir à votre remarque sur la rédaction de notre recommandation, il ne nous était pas apparu que c'était une exagération. Pour nous, c'était une déclinaison, pour les différentes parties de l'acte, de la même précaution. En effet, nous avons supposé que la personne majeure accompagnante était présente pour servir de relais auprès de la mineure quant aux informations et précautions données par le ou les médecins.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : L'article 7 de la loi précise que le médecin qui pratique l'IVG s'assure que "*le consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne*". L'entretien est singulier. Nous avons mis des garde-fous pour que l'adulte accompagnant ne soit pas sujet de pression. De la même façon, - mais il serait intéressant d'avoir un débat sur ce point avec

le ministère -, qui prévient la famille en cas de complications ? Est-ce l'adulte accompagnant ou la direction de l'hôpital ?

De mon point de vue, si on demande que l'adulte accompagnant serve d'intermédiaire avec la famille et la prévienne en cas de complications, il me semble que l'on ne se situe plus tout à fait dans l'esprit de la loi. Prévenir la famille relève plus de la responsabilité du directeur de l'hôpital que de l'adulte accompagnant, mais cela se discute.

M. André Lienhart : Il me semble que la préoccupation de prévenir la famille se situe hors du champ législatif et que nous sommes là dans le domaine des relations humaines. Certes, l'administration doit prévenir une famille qu'une jeune fille est dans le coma, suite à une anesthésie, mais tout ce qui peut être fait pour rendre plus humain l'annonce d'une telle nouvelle nous semble devoir être privilégié. Qu'il soit réglementaire que l'établissement prévienne la famille nous semble un très bon garde-fou, mais cela doit-il être la première démarche ?

C'est pourquoi, au stade des recommandations, nous essayons d'expliquer à nos confrères le meilleur comportement à avoir dans une telle situation. Je me méfie de certaines réactions. Si le premier coup de fil qui arrive au sein de la famille est celui de l'administrateur de garde, cela ne me paraît pas être l'idéal en termes de rapports humains. Très clairement, sur ce sujet, je suis totalement en dehors d'une quelconque préoccupation réglementaire, encore moins législative. Mais nous sommes tout à fait disposés à mener une réflexion avec le ministère.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il faut savoir, par ailleurs, que cette démarche, qui permet à une mineure de recourir à un certain nombre d'actes médicaux ou chirurgicaux en dehors du consentement des parents, va trouver un écho plus large dans le cadre de la loi sur le droit des malades. Le dispositif imaginé dans le cadre de la loi IVG pourra être étendu à n'importe quel acte médical ou chirurgical. Peut-être vaut-il mieux en discuter au préalable.

M. André Lienhart : Nous sommes à votre entière disposition.

Mme Odette Casanova : Ma question ne concerne pas directement votre discipline. Vous avez indiqué que la profession médicale en général est inquiète en ce qui concerne son savoir-faire. Cela me surprend, parce que des pays, autres que la France, pratiquent des IVG au-delà des 10 semaines de grossesse, depuis déjà un certain temps. J'en ai discuté très amicalement avec des médecins que je connais personnellement et ils sont effectivement inquiets.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pour répondre au problème de la formation, le ministère vient de mettre en place, suite aux recommandations de l'ANAES, un groupe national d'application de la loi, qui sera présidé par Mme Emmanuelle Mengual, inspecteur de l'IGAS. Ce groupe est chargé à la fois d'examiner les difficultés d'application techniques, le développement de la formation médicale aux techniques, la formation des acteurs au sens large (écoute, accueil, accompagnement) et toutes les questions liées à la formation.

Pour reprendre les propos de Mme Odette Casanova, il est vrai que les médecins sont très inquiets. L'ANCIC, dont nous recevons les représentants la semaine dernière, s'est également fait l'écho de ces appréhensions dues, entre autres, au changement qualitatif entre l'embryon et le fœtus entre 10 et 12 semaines, à la nature de l'acte (certains médecins ont le sentiment de pratiquer un acte odieux), à la dramatisation par rapport à l'acte et à l'absence

de formation. Les représentants de l'ANCIC nous ont expliqué qu'ils avaient commencé à organiser par région des formations, qui ont lieu, soit en Hollande, soit en Espagne, et que les craintes des médecins tombaient, dès lors qu'ils avaient reçu une formation. Mais il serait bon que ces inquiétudes puissent être discutées et prises en compte par le groupe de pilotage mis en place par le ministère.

M. André Lienhart : Il y a plusieurs niveaux de réponse. Le premier est qu'il n'est pas question d'états d'âme, il s'agit de faire en sorte que la loi soit applicable dans le meilleur intérêt général. Cela dit, il n'est pas niable qu'un embryon de 14 semaines, pour qui l'a vu, provoque une émotion. Par conséquent, il s'agit de faire la part des choses, entre les réticences qui se cachent derrière tout ce qui vient d'être évoqué et les réticences techniquement fondées. Croyez bien que ces points sont le point de départ de ma réflexion sur le sujet.

Toutes les indications que je vous ai données, et les écrits que j'ai évoqués, je vous les ai exposés après avoir fait le tri entre ce qui est réticence subjective, même sans entrer dans des débats philosophiques, et le domaine spécifiquement médical, c'est-à-dire la fréquence des complications et les problèmes à régler en consultation ou ailleurs. Je n'ai parlé que de cette seconde partie.

Ma seule préoccupation, en termes de formation, est un peu différente de celle du praticien qui réalise l'acte. Elle porte sur l'aspect diplômes et qualifications. D'une manière générale, si l'anesthésiste-réanimateur estime que le chirurgien n'est pas qualifié pour pratiquer tel acte, il doit refuser l'anesthésie, en demandant que l'on fasse appel à un praticien réellement qualifié. C'est une situation exceptionnelle - mais qui peut arriver - au cours de laquelle l'anesthésiste-réanimateur se trouve face à un praticien dont il sait pertinemment qu'il ne sait pas réaliser l'acte, puisqu'il ne l'a jamais fait. Pour l'IVG, une telle situation ne concerne que quelques centres. A l'hôpital Saint-Antoine, il est évident que cet acte a déjà été pratiqué, sans jamais rencontrer de problèmes de cette nature. Toutefois, dans certains centres d'orthogénie, on sait que les généralistes s'arrêtaient de pratiquer des IVG à un certain nombre de semaines d'aménorrhée. Or, s'il faut une anesthésie pour les IVG à 12-14 semaines, les praticiens sont-ils capables ou non de pratiquer l'acte ? La question reste entière.

Néanmoins, une partie de ce problème tombe, s'il y a accord professionnel spécifiant que tel type de médecin, qui avait déjà l'habitude de réaliser les IVG dans tel contexte, qui a suivi telle formation complémentaire en Hollande ou en Espagne, possède les qualifications suffisantes pour réaliser l'acte d'IVG. Cela concerne vraiment l'aspect qualification, au sens strict du terme.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Aviez-vous vous-même des questions à nous poser ?

M. André Lienhart : Une de mes questions concerne notre lecture du texte de la loi. Vous nous avez dit que nous avons peut-être été un peu loin dans cette lecture, alors qu'au contraire nous nous sommes efforcés d'en être le plus proche possible. Notre demande concernant la présence d'une personne majeure accompagnante pour répéter à la mineure les informations données et les précautions à prendre, vous paraîtrait-elle toujours illégitime, dès lors que l'on préciserait qu'une partie de l'entretien doit être réalisée en colloque singulier et en dehors de la présence de cet adulte accompagnant, comme d'un éventuel parent ?

Si nous apportions cette précision, cela vous semblerait-il toujours une exagération de notre part, ou cela correspondrait-il à une modalité acceptable de mise en place de cette loi ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Est-ce le rôle de l'accompagnant de prévenir la famille en cas de complications ? Je souhaiterais, très honnêtement, que l'on puisse retravailler ce point, mais je prends note de votre souci de rassurer les praticiens et de prévenir les complications qui, à mon sens, devraient être très limitées. Donnons-nous les garanties pour prévenir les problèmes et anticipons.

Dans le même temps, je partage tout à fait votre souci de calmer le jeu parce que nous ne sommes pas, d'une part, sur des pratiques à haut risque et, que d'autre part, statistiquement les risques ne sont pas très élevés.

M. André Lienhart : Je suis à votre entière disposition pour approfondir le sujet. Quant aux risques peu élevés, ce n'est pas aux anesthésistes qu'il faut dire cela. Nous sommes partis d'un sur mille ; il y a dix ans, nous en étions à un sur dix mille ; nous travaillons vers un sur cent mille, l'objectif étant d'un sur cinq cent mille. Certes le risque n'est pas très élevé, mais une vie est une vie.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Tout à fait. De plus, dans ce métier, vous devez avoir présent à l'esprit les conséquences d'un acte médical en termes de responsabilités éventuelles.

**Audition de Mme Janine Mossuz-Lavau, directrice de recherche
au Centre d'étude de la vie politique française (CEVIPOF)**

Réunion du 6 novembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Janine Mossuz-Lavau, directrice de recherche au Centre d'étude de la vie politique française (CEVIPOF), dont les études menées, depuis plusieurs années, sur les femmes en politique, sur la parité hommes/femmes et sur la sexualité, nous ont permis de mieux saisir la place actuelle de la femme dans la société française.

Aujourd'hui, vous venez nous présenter les fruits d'un travail mené l'année dernière, à la demande de la Division sida de la Direction générale de la santé, sur le thème : "Une politique de réduction des risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention". Il y a, en effet, une recrudescence inquiétante, ces dernières années, de l'épidémie de sida chez les femmes, dont la protection est mal assurée, particulièrement lorsqu'elles sont en situation de vulnérabilité. "En 1998", indiquez-vous dans l'introduction de votre rapport, "on apprenait qu'en dix ans, en ce qui concernait les cas de sida féminin, le "sex ratio" était passé en France d'une femme pour sept hommes à une femme pour trois hommes".

L'opération "réduction des risques sexuels" a consisté à aller à la rencontre des femmes, là où elles se trouvaient, dans leur environnement immédiat, en ayant un contact direct avec elles, grâce au partenariat du Mouvement français pour le planning familial, dont l'expérience et le réseau national ont été mis à contribution.

Pourriez-vous nous dire comment s'est déroulée concrètement cette opération ? Quel est le profil sociologique des femmes en difficulté de prévention ? Quelle a été la portée des groupes de paroles organisés par les animatrices du Planning familial ? Quels sont les premiers résultats des questionnaires réalisés auprès de ces femmes ?

Un autre point précis intéresse notre Délégation. Quelle est l'incidence du préservatif féminin dans la prévention ? Ce mode de contraception offre-t-il des perspectives intéressantes et quels seraient les moyens nécessaires, selon vous, pour le développer ?

Mme Janine Mossuz-Lavau : Ma présentation sera fondée sur des éléments tirés de deux enquêtes, la première à laquelle vous faisiez référence, que j'ai conduite jusqu'en l'an 2000, et la seconde que j'ai menée après cette date.

C'est à partir de ces deux enquêtes que je viens de terminer un livre, à paraître en mars 2002, sur la vie sexuelle en France, celle des hommes comme celle des femmes, quel que soit le milieu social - y compris les milieux défavorisés, sur lesquels a porté la première enquête -, quels que soient les âges et les régions.

La première enquête concerne l'évaluation du programme de réduction des risques sexuels, décidée en 1998 par la Division sida de la Direction générale de la santé. Nous avons pu constater, lors d'un colloque tenu en 1997 sur "Les femmes et le VIH", que

l'épidémie de sida progressait chez les femmes hétérosexuelles par voie sexuelle et non pas uniquement chez les toxicomanes hétérosexuelles par voie intraveineuse. C'est ce constat qui a décidé l'Inspection Générale de la Santé à engager ce programme qui, à mon sens, est très intéressant.

Des animatrices du Planning familial ont tout d'abord été formées à la problématique des risques sexuels en général, dans le cadre de la grossesse, des MST et du sida. L'objectif du programme était de ne pas découper la sexualité des femmes en petits morceaux, mais de traiter conjointement ces trois sujets. La formation prévue, très complète, commençait par une intervention sur le sida, à laquelle j'ai assisté. Cette formation très intense - deux jours d'affilée à trois reprises, soit pratiquement six jours de formation -, comprenait des rencontres avec des médecins, des gynécologues, des médecins faisant de la recherche sur le sida, etc.

Suite à cette formation, les animatrices du Planning, venues de toutes les régions de France, devaient, dans leur région, animer, en 1999 et 2000, quatre groupes de paroles de femmes, que l'on appelle en difficulté de prévention. Ces femmes ont été recrutées dans les milieux de la grande précarité, via les centres sociaux, les foyers d'hébergement, les Restos du cœur, les structures d'insertion des Rmistes, les associations de femmes immigrées. Le groupe de paroles était constitué de dix ou douze femmes. Un après-midi par semaine, pendant sept semaines d'affilée, l'animatrice leur parlait de tous les aspects de la sexualité, de la contraception, de l'IVG, du sida, de la visite chez le gynécologue. Il n'y avait pas de cours magistral. Au milieu d'une table étaient déposés tous les objets concernés (spéculums, préservatifs, etc.) et des petits miroirs pour qu'elles puissent regarder leur sexe, car la plupart, n'ont jamais vu leur sexe. L'animatrice commençait alors à évoquer les sujets à l'ordre du jour, et très vite, s'instaurait une dynamique.

Les femmes qui venaient dans ces groupes ne se connaissaient pas, elles pensaient chacune être dans une situation difficile qu'elles étaient seules à connaître, puis s'apercevaient petit à petit que les autres femmes étaient confrontées aux mêmes difficultés. Elles discutaient entre elles et posaient des questions. Ainsi ont été évoqués les problèmes de violence, qui faisaient partie de leur vie sexuelle.

L'originalité de ce programme tient au fait que l'on m'a demandé d'en conduire l'évaluation dès son démarrage, alors que, généralement, l'évaluation d'une action de politique publique se fait en fin de programme, ce qui ne permet pas souvent d'en saisir les différentes nuances.

Dès le début, j'ai suivi les formations données aux animatrices du Planning. Ensuite, je suis allée dans les différents groupes de paroles pour conduire deux types d'enquête auprès des femmes. D'une part, je leur faisais remplir des questionnaires, afin d'évaluer qui elles étaient, si elles étaient mariées, si elles avaient fait des études, leur profession, leur religion, leur vie sexuelle, leurs modes de prévention. D'autre part, je les rencontrais successivement, seule à seule, en entretien de type semi-directif.

Pour effectuer ces entretiens, j'ai disposé de l'aide des deux meilleures étudiantes de mon cours de DEA sur la formation à l'entretien. A trois, nous avons conduit un peu plus de soixante-dix entretiens, en début de formation, puis à l'issue de celle-ci, au moyen de questionnaires et d'entretiens de bilan.

Nous avons pu constater une évolution très intéressante de leur prise d'autonomie et de parole. Beaucoup de ces femmes, notamment les femmes musulmanes, ne parlent de sexualité, ni en famille, ni avec leurs enfants. Toutefois, au regard de ce qu'elles ont appris

pendant ces sept semaines, elles ont compris l'importance, notamment quand elles avaient des enfants adolescents, de faire passer un message de prévention et d'aborder avec eux ces problèmes, totalement tabous dans leur culture.

Ces premières constatations concernent donc ma première enquête, à l'issue de laquelle j'ai rendu un rapport sur le programme de réduction des risques sexuels. J'ai fait ensuite une deuxième enquête pour atteindre les différents groupes de la société. En effet, de plus en plus, ces problèmes touchent toutes les couches sociales, y compris des personnes qui s'estiment totalement préservées.

Cette deuxième enquête a été conduite auprès d'hommes et de femmes de tous âges, de tous milieux, répartis sur l'ensemble du territoire, de toutes sensibilités sexuelles. La méthodologie suivie était quelque peu différente, car, lors de ces entretiens, je leur faisais raconter leur vie amoureuse et sexuelle, de la toute première à la toute dernière relation, en commençant dans l'enfance. Je leur demandais, ce qui n'avait jamais été fait jusqu'à présent, quand ils avaient découvert l'existence de la sexualité. Quand les personnes se sentent écoutées, et non pas jugées, elles racontent énormément de choses.

Sur les points qui vous intéressent, au regard des résultats des deux enquêtes, un grand nombre d'éléments peuvent être mis en évidence.

En ce qui concerne la contraception, les enquêtes permettent de mettre en évidence des réticences vis-à-vis de la pilule, qui s'avèrent plus fortes que celles que j'avais imaginées. Certaines femmes refusent de la prendre, car elle ferait grossir. D'autres évoquent les risques de cancer, le fait qu'elle provoquerait des vomissements, des maux de tête, des troubles oculaires. Ce sont des arguments assez anciens. Mais d'autres femmes, notamment chez les jeunes, estiment que c'est un produit qui n'est pas naturel et qui perturbe le cycle normal. C'est un argument que j'ai trouvé fréquemment chez les jeunes femmes sensibles à l'ambiance écologique. Je cite l'une d'entre elles : *"Pour moi, ce n'est pas naturel, j'ai l'impression que cela dérègle le cycle normal et je n'aime pas cela. Je suis très bio, c'est un produit que l'on met dans ton corps, ce sont des cycles artificiels. En plus, j'ai entendu dire qu'une femme qui prend la pilule régulièrement, après il faut l'arrêter un moment assez long pour avoir des enfants. Il ne suffit pas de l'arrêter juste un soir pour faire des enfants. Et moi je veux des enfants plus tard."* Là aussi, nous avons le spectre de la stérilité. Enfin, il y a les arguments des fumeuses. Comme on leur a dit que la combinaison pilule et cigarette n'était pas bonne pour l'organisme, elles choisissent alors de sacrifier la pilule.

J'ai trouvé des arguments plus nouveaux, liés au contexte dans lequel nous vivons depuis les années 90. Ces arguments sont utilisés par des jeunes femmes sensibilisées aux risques du sida, qui considèrent que, si elles prenaient la pilule, elles ne seraient pas certaines de pouvoir obliger leur partenaire à mettre un préservatif et qu'elles relâcheraient leur attention à un moment ou à un autre. Par conséquent, à peur de la grossesse les aide à se protéger contre le virus HIV. Moyennant quoi, de temps à autre, elles font une exception et se précipitent sur la pilule du lendemain et le test HIV.

Autre constatation : quand la pilule a fait son apparition en France, elle a signifié une libération pour des générations de femmes, qui pouvaient désormais faire l'amour quand elles le voulaient et disposer de leur corps sans être menacées d'une grossesse. Or nombre de jeunes femmes ne vivent plus aujourd'hui la pilule comme une libération, mais comme une contrainte, c'est-à-dire un geste que l'on doit immanquablement refaire chaque jour et dont la répétition leur paraît insupportable. C'est un argument de jeunes femmes, mais aussi de femmes plus mûres. Par exemple, cette femme, âgée de 36 ans, m'a dit la

chose suivante : *"Il faut toujours y penser, Aujourd'hui est-ce que je l'ai prise ? Où est-ce que j'en suis dans ma tablette ?"*. Certaines d'entre elles, à partir d'un certain âge, ont donc eu recours au stérilet, car elles oubliaient leur pilule de plus en plus souvent.

J'ai aussi recueilli des témoignages d'hommes sur la pilule. Des étudiants ont témoigné de l'utilisation tout à fait approximative de la pilule par leurs petites amies, c'est-à-dire de leur oubli de certaines pilules. Ces hommes ne sont généralement pas très informés, tout en sachant néanmoins que l'oubli de la pilule peut avoir des conséquences.

Une des constatations que j'ai pu faire m'a surprise. Un certain nombre de femmes, notamment des jeunes femmes, en raison des différents problèmes liés à la pilule (oubli, produit non biologique, pas de pose d'un stérilet à un âge trop précoce) reviennent aux mauvaises méthodes, à savoir la méthode Ogino et le comptage des jours. Elles me racontent que quand ce sont les "mauvais" jours, elles demandent à leur partenaire d'éjaculer à l'extérieur. Elles reviennent en fait aux méthodes qui ont fait leur preuve pour avoir des enfants.

Je vous cite le témoignage d'un étudiant qui vit avec une jeune étudiante : *"Elle prenait les cours qu'elle avait suivis en première sur l'ovulation avec les dates. Un jour, elle s'est trompée, elle est tombée enceinte, ça a été le drame."* Beaucoup d'hommes me disent que la jeune fille calculait et qu'ils faisaient attention.

Deux chercheuses, Nathalie Bajos (socio-démographe) et Michèle Ferrand (sociologue) ont conduit une enquête remarquable sur les grossesses non prévues. Elles citent, dans leur rapport, le témoignage d'une jeune fille, élève en 1ère S, qui utilise systématiquement des préservatifs le quatorzième jour du cycle, car elle s'est mis en tête que c'était le jour de l'ovulation. Avant ou après ce quatorzième jour, elle ne prend aucune précaution. Elle s'est donc retrouvée enceinte, d'où le recours à l'IVG. Ce que j'ai trouvé inquiétant chez un certain nombre de jeunes femmes, c'est ce retour à la méthode Ogino et au retrait.

D'autres femmes, qui représentent une population cible fragile, arrêtent leur contraception, car elles se retrouvent seules, suite à une séparation, un veuvage ou un divorce. Dans un premier temps, elles considèrent qu'elles n'auront pas ou plus de relations sexuelles pendant une longue période. Ces femmes, qui ont souvent eu des histoires douloureuses de violence, ont tourné la page et, le temps passant, elles ont intégré l'idée que, si elles avaient un nouveau partenaire, elles utiliseraient le préservatif. Ces femmes, le plus souvent autour de la quarantaine, ne se rendent pas compte de la résistance des hommes de leur génération à utiliser le préservatif. Un jour ou l'autre, elles peuvent avoir de nouveau une relation, mais elles ne seront pas protégées contre la grossesse, et si elles ne parviennent pas à négocier pour imposer le préservatif à leur partenaire, elles risquent d'avoir des problèmes.

Mme Odette Casanova : Ce sont des situations de personnes que je rencontre autour de moi, quels que soient leurs milieux, même souvent les plus bourgeois. Il me semble que la seule solution pour corriger ces situations passe par l'information au quotidien, et la formation à l'école et au lycée. J'ai l'impression que nous n'avons fait aucun progrès.

Mme Janine Mossuz-Lavau : Nous en avons fait quelques-uns, mais pas autant que nous aurions dû.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je suis partagée entre deux explications. Soit il s'agit d'une tyrannie de la pilule et, effectivement, ce mode de contraception n'est pas adapté à toutes les femmes. Il y a une absence de recherche et de mise en valeur de supports contraceptifs autres que la pilule. On pêche par manque de multiplicité de supports. Soit il s'agit d'un manque de maîtrise de soi et de capacité à maîtriser sa vie, contrairement à l'attitude des femmes de nos générations. Mais, il est vrai que la conception du monde n'est peut-être plus la même.

Mme Janine Mossuz-Lavau : Je vais aborder maintenant le thème du déficit de protection par rapport au sida. La peur du sida existe, notamment chez les jeunes qui sont arrivés à l'âge de la sexualité dans un contexte marqué par l'épidémie. Beaucoup se définissent comme la génération sida et disent mettre le préservatif car, de toute façon, ils n'ont rien connu d'autre. Ils sont résignés.

Toutefois, à certains moments, toutes les précautions ne sont pas prises et les hommes et les femmes font comme si cela n'arrivait qu'aux autres. Il convient de mettre à part une certaine catégorie de femmes, que j'ai rencontrées lors de l'enquête et qui ne se sentent pas du tout concernées par la question du sida : celles qui déclarent qu'elles sont fidèles et que leur mari est fidèle. C'est la quasi-totalité des femmes élevées dans la religion musulmane et qui appartiennent aux milieux défavorisés, donc touchées par le programme que j'évoquais précédemment. Dans le même temps, elles se posent parfois des questions. L'une d'entre elles me disait : *"J'ai un mari qui travaille en déplacement. J'espère que non, mais c'est un homme, c'est comme tous les autres hommes, on ne sait jamais, certaines choses peuvent arriver, j'ai peur."* Mais elle ne s' imagine pas du tout interroger son mari, lui demander une protection ou lui dire de se protéger, si jamais il lui arrive quelque chose. C'est un sujet tabou.

D'autres femmes musulmanes sont totalement fatalistes. L'une d'entre elles, mariée, quatre enfants, me disait la chose suivante : *"Si c'est écrit dans mon avenir que j'ai attrapé cela, qu'est-ce que ça va changer ? C'est le destin."* Ces femmes considèrent quelles sont protégées par la fidélité de l'un et l'autre membre du couple.

J'ai rencontré d'autres femmes en position moins confortable, celles qui ont eu de très nombreux partenaires, parfois des toxicomanes, mais qui n'ont rien fait pour se protéger.

Certaines femmes de 35-40 ans considèrent que leurs partenaires, du fait que ce sont des hommes mûrs, des pères de famille, qu'elles sont elles-mêmes mères de famille, ne pourraient pas les mettre en danger. Elles ne se protègent donc pas. Elles reconnaissent prendre des risques, tout en ayant cette image rassurante de l'homme de 40 ans, qui ne lui ferait pas cela.

J'ai souvent rencontré ce type de raisonnement dans des milieux de précarité, mais aussi dans des milieux de cadres supérieurs/professions libérales. J'ai rencontré une femme de 35 ans, cadre supérieur, qui a un amant marié, plus âgé qu'elle, et qui me disait ne pas se poser la question, car elle n'a pas l'impression qu'il mène une vie dissolue avec des partenaires multiples. Certes, il a une relation avec sa femme, mais il lui dit que sa femme n'a pas d'amant et que lui n'a qu'elle comme maîtresse, d'où l'absence de tout danger. A aucun moment, il n' imagine que sa femme, pendant qu'il est avec sa maîtresse, pourrait être avec un jeune homme multi-partenaire et se tenir le même discours.

Il y a également l'attitude, mise en évidence par Rommel Mendès-Leité, auteur de nombreux travaux sur le sida, qui consiste à mettre en œuvre ce que l'on appelle les

protections imaginaires. Les femmes font confiance à leurs partenaires et puisqu'elles leur font confiance, elles se sentent à l'abri ou bien elles n'ont plus de relations qu'avec des hommes qu'elles connaissent et, de ce fait, elles supposent qu'ils sont sains.

Beaucoup d'hommes et de femmes m'ont expliqué qu'ils n'aimaient pas faire l'amour avec un préservatif. Il est intéressant d'en connaître les raisons. Des femmes, qui ont plusieurs amants et qui prennent des risques, me disent que cela va trop vite et qu'ils n'ont pas le temps de mettre le préservatif. Pour d'autres, le préservatif est ressenti comme un obstacle. L'une d'entre elles me disait : *"Quand il n'y a pas de préservatif, je sais qu'il est là, c'est vraiment lui qui est là, je le sens mieux."* Il y a vraiment ce sentiment de forte proximité, que l'on ne retrouve pas avec un préservatif. D'autres femmes me disent que le préservatif est une barrière, alors que faire l'amour, c'est la communion.

Certains hommes considèrent que le préservatif enlève une partie de la sensation réciproque, ce qui casse la relation amoureuse. Un homme me disait, de façon très imagée : *"La relation sexuelle, c'est quelque chose de très compliqué. C'est une espèce de mayonnaise. C'est comme une mayonnaise que tu arrêterais tout d'un coup pour dire "tiens je suis en train de faire une mayonnaise avec les mains nues, il faut que je mette des gants". Je m'arrête, je mets des gants. Le temps que tu t'arrêtes et que tu mettes tes gants, la mayonnaise est descendue. Tu sens une femme en train de partir, tu te dis "m..., je ne peux pas interrompre cela maintenant, parce que derrière, elle ne va pas trouver son plaisir."*

Il y a des irréductibles, hommes et femmes, qui tout en sachant qu'ils prennent des risques et ont recours à des protections imaginaires, ne se résolvent pas à utiliser un préservatif. Puis, il y a ceux qui sont à mi-chemin, c'est-à-dire qu'ils se protègent de temps en temps, mais pas systématiquement. Ils savent qu'il y a des dérapages, mais ils essaient d'en choisir l'occasion, une fête par exemple.

De plus, si l'homme propose de se protéger, c'est tant mieux, car les femmes ont du mal à le lui proposer. Elles ont un important problème d'autonomie en ce domaine.

Il faut également faire une différence entre les histoires d'un soir, lors desquelles on se protège, et celles plus stables, au cours desquelles on abandonne toute protection. En fait, les relations dangereuses, contrairement à ce que l'on pourrait penser, ne sont pas les relations d'un soir, qui sont elles protégées, mais les relations stables, qui font qu'on ne se protège plus, car on est amoureux et en confiance.

Il faut insister sur ce phénomène de la confiance. J'ai interviewé une femme bisexuelle, pacée avec un bisexuel. Elle est fidèle, mais elle sait que son compagnon continue à aller au bois de Boulogne voir des garçons. Selon elle, c'est plus pour des fellations, pour le voyeurisme ou la masturbation. Elle ne s'en inquiète donc pas. Elle suppose que s'il y avait pénétration, il utiliserait des préservatifs, moyennant quoi elle ne se protège pas.

Un autre constat est la résistance masculine à l'utilisation du préservatif. J'ai recueilli de très nombreux témoignages faisant état de ce que les garçons, y compris dans les milieux étudiants, n'aiment pas le préservatif et qu'ils inventent toutes sortes de prétexte pour ne pas avoir à en mettre un.

Il est vrai aussi que les hommes d'une quarantaine d'années n'ont pas eu l'habitude de se protéger, parce qu'ils étaient en couple avec une femme qui avait une contraception efficace. Lorsqu'ils se retrouvent seuls, par exemple après une rupture, il faudrait qu'ils utilisent le préservatif, mais comme ils n'y sont pas habitués, les femmes

doivent beaucoup insister. Quand elles insistent, soit ils refusent, soit ils acceptent, soit parfois ils lui demandent si elles le croient malades, si elles ne lui font pas confiance.

Ce type de comportement se retrouve même dans les milieux bien informés. Un journaliste me disait la chose suivante : *"La protection contre le sida, ce n'est pas forcément intégré, c'est un grand reproche que je me fais. Quand j'ai des relations épisodiques avec des personnes, la démarche de la capote vient rarement de moi. Je suis toujours tombé sur des femmes qui voulaient se protéger. Heureusement. Et en fait je m'aperçois que la demande venait plutôt d'elles."* Si la femme ne demande pas à l'homme de se protéger, il n'y a alors aucune protection. J'ai recueilli de nombreux témoignages en ce sens.

On pourrait dire que le préservatif semble assez incontournable dans les relations où la fidélité n'est pas garantie, mais il n'est pas non plus fiable à 100 %. Plusieurs témoignages font état d'accidents ("il a éclaté", "il s'est perdu", "il est resté à l'intérieur", "il faut avoir du gel parce que quand il a servi un moment, la lubrification du préservatif se dessèche et il peut alors éclater"). Nulle part dans les campagnes télévisées, je n'ai entendu évoquer le fait qu'il fallait avoir du gel avec soi et en remettre pendant la relation, si elle durait longtemps. De même qu'on n'apprend nulle part, sauf auprès des animatrices du Planning familial, qu'il vaut mieux ne pas acheter des préservatifs dans des distributeurs installés en plein soleil ou dans les stations de sport d'hiver, car la chaleur et le froid les rendent cassants.

Tous ces inconvénients ont conduit à promouvoir un autre mode de protection, qui est encore très peu répandu, à savoir le préservatif féminin. Il a l'avantage de pouvoir être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel et il n'a pas, à la différence du préservatif masculin, à être retiré immédiatement après le rapport. Contrairement au préservatif masculin qui est en latex, le préservatif féminin est en polyuréthane. Il ne provoque aucune réaction allergique et laisse passer la chaleur. C'est aussi l'un des arguments évoqués contre le préservatif masculin.

Le préservatif féminin, mis en vente sur le marché français le 3 mai 1999, est aujourd'hui disponible dans plus de vingt pays, dont les Etats-Unis, la Suisse, l'Espagne et le Royaume-Uni. Dans un premier temps, son approvisionnement a été réservé aux centres de Planning familial, aux associations de lutte contre le sida, aux centres de PMI, aux services sociaux des municipalités, qui les distribuaient gratuitement. Actuellement, en France, une cinquantaine de pharmacies le vendent. Sa rareté et son prix, puisqu'il vaut presque 10 francs, expliquent sa faible utilisation. Au total, environ quatre cent mille préservatifs féminins ont été distribués ou vendus en France, à la suite d'un effort important du secrétariat d'Etat à la santé, devenu ministère délégué, avec le retour de M. Bernard Kouchner à sa tête.

Dans le cadre du programme de réduction des risques sexuels, le préservatif féminin était proposé aux participantes des groupes de parole. Certaines l'ont essayé et ont donné leur avis sur ce nouveau moyen de prévention des risques sexuels. Cinq cent quatre-vingt-dix-neuf femmes ont rempli le questionnaire de fin de stage. Quatre-vingt-seize, soit 16 %, déclarent l'avoir essayé, ce qui est peu, mais leur taux de satisfaction est de 71 %.

Un petit nombre de femmes exprime une réticence. Elles mettent en avant le caractère anti-érotique de cette espèce de fourreau de polyuréthane. D'autres le jugent difficile à mettre ou le trouvent impressionnant par sa taille. Pour un petit nombre de femmes musulmanes, il n'est pas envisageable de l'utiliser, car il faudrait qu'elles introduisent un doigt dans leur sexe, ce qu'elles ne peuvent pas faire. D'autres femmes lui trouvent un aspect ridicule. Une femme me disait qu'elle ne s'imaginait pas aller vers son

partenaire et lui dire "*attends, je mets ma toile de tente*". Cela ne l'a pas empêché d'en prendre pour les donner à sa fille adolescente.

Toutefois, les réactions favorables l'ont emporté, les réactions défavorables restant minoritaires. Le plus grand avantage du préservatif féminin, pour les utilisatrices, tient au fait qu'il redonne leur autonomie aux femmes. On emploie les mots d'indépendance, de libre choix, de chance de disposer enfin d'un moyen à soi pour se protéger. Elles peuvent se protéger, lorsque leur partenaire ne veut pas ou ne peut pas mettre un préservatif masculin. Cela apparaît comme une garantie de ne pas avoir à négocier avec le partenaire, s'il ne veut pas se protéger.

Cette notion d'autonomie, centrale dans le processus qui conduit à l'estime de soi, est très largement apparue à l'occasion de la découverte du préservatif féminin. Même lorsqu'elles ne prévoient pas de l'utiliser dans l'immédiat, la plupart des femmes ont bien compris à quoi il pourrait servir dans une stratégie de protection de soi et de reconquête de l'initiative. Elles le trouvent plus fiable que le préservatif masculin. La protection semble supérieure. Elles pensent aussi qu'il peut être plus agréable pour l'homme, qui n'est plus enserré par du plastique. Une d'entre elles l'avait testé avec l'un de ses partenaires, qui l'avait beaucoup apprécié. Le fait de pouvoir le mettre à l'avance est un autre avantage.

Le préservatif féminin comporte des inconvénients et des avantages. Tout comme les autres moyens de protection, il peut convenir à certaines et demeurer inenvisageable pour d'autres. En tout cas, il permet de diversifier une palette, qui jusqu'à ce jour n'a pas fait la preuve d'une efficacité à 100 %. Or, chacun et chacune a besoin d'une méthode adaptée à son mode de vie, à sa santé, aux exigences de ses partenaires. Même si le préservatif féminin ne constitue pas la panacée, il reste un moyen de diversifier les modes de protection contre les risques sexuels.

Cela étant, je pense que la protection contre les risques sexuels a encore beaucoup de progrès à faire. En effet, même si beaucoup connaissent les moyens de protection, il y a une différence entre savoir et s'en servir.

Mme Martine Lignièrès-Cassou, présidente : L'absence d'utilisation de ces moyens ne me semble pas être forcément un problème de formation, parce que chacun connaît globalement ou vaguement l'existence de ces moyens de contraception. Au-delà des raisonnements que vous avez évoqués, est-ce lié au degré d'autonomie, à l'estime de soi, à la capacité à se prendre en charge ?

Mme Janine Mossuz-Lavau : Je pense qu'il y a une certaine inconscience. Les femmes se disent qu'il y a la pilule du lendemain, l'IVG. Puis, elles s'aperçoivent qu'elles n'ont pas pensé suffisamment tôt à la pilule du lendemain, que l'IVG n'est pas un moment agréable. Elles pensent que cela n'arrive qu'aux autres.

Par ailleurs, il y aurait certainement une action à mener au niveau de l'enseignement donné aux jeunes dans les collèges et les lycées, car l'affirmation que l'ovulation a lieu au quatorzième jour a été évoquée de nombreuses fois par des étudiantes, que l'on pourrait pourtant supposer a priori mieux informées.

Dans le colloque que vous aviez organisé l'année dernière, le docteur Elisabeth Aubény s'était exprimée selon ces termes : "*La méthodologie nous frappe encore. Aussi il paraît important que tous ceux qui interviennent auprès des adolescentes leur expliquent que l'ovulation peut avoir lieu à n'importe quel moment du cycle, qu'il faut protéger chaque rapport.*" Cela devrait être affiché dans les lycées.

Une remise à niveau des professeurs, qui sont censés enseigner cette matière pourrait aussi être envisagée. Il n'est pas possible d'enseigner à des élèves que la femme ovule le quatorzième jour et que, le reste du mois, elle ne risque rien. En tout cas, c'est ainsi que ces élèves l'interprètent. Les professeurs ont-ils suffisamment insisté sur le fait que l'ovulation peut avoir lieu avant ou après ? Les jeunes ont retenu que l'ovulation se fait le quatorzième jour, donc, qu'avant et après celle-ci, le rapport est sans risque. Or, la femme ovule à n'importe quel moment du cycle. Cette rectification devrait être transmise en priorité aux professeurs, ensuite il conviendrait de l'afficher dans les lycées.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Avez-vous pu mesurer l'acquis du travail collectif et de la parole de groupe ?

Mme Janine Mossuz-Lavau : Il est énorme. Les femmes qui pensaient être seules à avoir tel problème se sont aperçues que d'autres l'avaient également. Par exemple, dans les discussions des groupes de femmes musulmanes, le problème des relations contraintes a été évoqué. Elles disent qu'elles ont des maris qui sont demandeurs chaque soir. Pour leur part, certains jours, elles sont fatiguées, d'autres soirs, elles n'ont pas envie. Mais, dans leur culture, cela ne se fait pas de refuser son mari.

Certaines d'entre elles disent : *"Si je suis vraiment fatiguée, il ne me force pas, il n'est pas méchant"*. D'autres disent qu'elles ne peuvent pas refuser. Certaines utilisent la ruse, qui ne marche pas toujours. L'une d'entre elles, dans le groupe, racontait : *"Moi, j'ai un truc, je mets une couche, comme ça mon mari croit que j'ai mes règles et il me laisse tranquille."* Une autre a répondu : *"J'ai essayé, mais mon mari regarde dans la couche et s'il n'y a pas de sang, il me bat et il me viole"*. C'est un réel problème, qui est revenu à maintes reprises.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Dans le magazine "Transida", des groupes de paroles de femmes étaient présentés. En conclusion, les femmes souhaitaient que tous leurs échanges soient rapportés aux hommes. Vous semblerait-il nécessaire que le type de travail que vous avez conduit avec des femmes puisse être parallèlement conduit avec des hommes, quitte à établir des ponts à un moment donné ?

Mme Janine Mossuz-Lavau : C'était l'une des recommandations que je préconisais à la fin de ce rapport, à savoir l'organisation de groupes de paroles auprès des jeunes encore scolarisés. Je recommandais également d'organiser des groupes de paroles avec des femmes de milieux plus favorisés, car il existe un réel problème avec les femmes des couches moyennes ou cadres supérieurs/professions libérales. Elles ne sont pas habituées à l'idée que des femmes hétérosexuelles puissent être contaminées par voie sexuelle et elles n'imaginent pas que cela pourrait leur arriver. Pour elles, cela arrive à des femmes toxicomanes, mais pour leur part, elles se sentent en dehors de cela.

Ma dernière recommandation était l'organisation de groupes de paroles avec des hommes issus de ces milieux défavorisés. On n'évolue pas, si on n'agit que sur les femmes. Il faut agir sur l'ensemble des populations concernées. Je ne sais pas si cette recommandation sera suivie, car les moyens financiers nécessaires sont relativement importants.

Une des raisons pour lesquelles ce programme a bien fonctionné, c'est que nous avons compris que, pour agir, il fallait agir dans la proximité des gens. Les campagnes télévisées ne sont pas suffisantes. Il faut aller toucher ces personnes là où elles sont et là où on ne va jamais, car elles ne feront pas la démarche d'aller à une conférence pour s'informer.

C'est pourquoi l'enquête que j'ai conduite présente le grand avantage sur d'autres enquêtes sur la sexualité, voire des enquêtes générales, de toucher le point aveugle des enquêtes, c'est-à-dire les personnes qu'on ne sollicite jamais. Les femmes que nous avons rencontrées par le biais des instances que je vous ai citées, ne sont jamais touchées par les enquêtes. Ce programme a été conduit dans la proximité, la durée et le concret, avec la manipulation des objets en question. Il a été très bien conçu.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : En ce qui concerne le préservatif féminin, vous disiez que quand il a été utilisé, même si l'utilisation était relativement minoritaire (environ cent femmes), les trois quarts d'entre elles étaient majoritairement satisfaites. Est-ce un élément que vous avez repris dans vos préconisations, à savoir que les circuits de distribution soient accessibles et que le coût en soit diminué ?

Mme Janine Mossuz-Lavau : C'est ce que nous essayons de préconiser actuellement, c'est-à-dire une négociation avec le fabricant pour baisser le coût à l'unité et un effort des pouvoirs publics pour qu'il soit distribué aux femmes qui n'ont pas les moyens de l'acheter, dans le plus d'endroits possibles. Le Planning familial fournit déjà des préservatifs féminins, mais ce n'est pas suffisant. Il faut aussi engager une négociation avec les pharmaciens pour qu'il y ait un peu plus de pharmacies que les cinquante qui le vendent actuellement en France.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous allez, au mois de mars, publier un livre à partir de cette enquête sur la sexualité des hommes et des femmes.

Mme Janine Mossuz-Lavau : Tout à fait. Je vous ai livré la primeur du chapitre "*Comment ils se protègent contre les risques sexuels*" du livre à paraître, intitulé "*La vie sexuelle en France*".

**Audition de Mmes Marie-France Casalis, conseillère technique auprès de la déléguée
aux droits des femmes d'Ile-de-France, Emmanuelle Piet, médecin de PMI,
et M. Jean-Claude Magnier, président de l'Association des centres
d'orthogénie de l'AP-HP**

Réunion du 6 novembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Marie-France Casalis, conseillère technique auprès de la déléguée régionale aux droits des femmes d'Ile-de-France, qui a eu l'obligeance de nous communiquer les premiers résultats d'une enquête, menée, à l'initiative de la commission régionale de la naissance d'Ile-de-France, sur l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception.

Nous accueillons également Mme Emmanuelle Piet, médecin de PMI et M. Jean-Claude Magnier, président de l'Association des centres d'orthogénie de l'AP-HP. Nous avons déjà rencontré le docteur Jean-Claude Magnier, qui avait eu l'amabilité, il y a un an, de nous accueillir dans le centre d'IVG qu'il dirige à l'hôpital Bicêtre.

Nous souhaiterions savoir comment s'applique la loi relative à l'IVG et à la contraception dans la région Ile-de-France. Des problèmes particuliers ont-ils surgi du fait de l'allongement des délais et du fait des IVG de mineures désirant garder le secret vis-à-vis de leurs parents ? Des réticences se sont-elles manifestées chez des médecins ou des anesthésistes vis-à-vis de ces mineures ? La circulaire d'application du 28 septembre 2001 est-elle bien parvenue aux intéressés, médecins et personnels des centres d'IVG ? Vous paraît-elle apporter une réponse satisfaisante aux problèmes posés ?

D'après l'enquête menée en Ile-de-France, la proportion des IVG pratiquées dans le secteur public ne dépasse pas 45,7 %. Les IVG pratiquées dans le secteur privé, soit 54,3 %, le sont-elles dans de bonnes conditions ? Quels sont les tarifs pratiqués ? La levée du contingentement, votée par amendement dans la loi, a-t-elle modifié les pratiques ? Où en est la pratique de l'IVG médicamenteuse dans le secteur public et privé ?

Les moyens supplémentaires, inscrits au budget de l'année 2000, pour renforcer les moyens du secteur public en personnel, ont-ils été suffisants ? D'autres questions se posent également en ce qui concerne la formation des praticiens, une meilleure prise en charge financière des actes médicaux pré-IVG, la revalorisation de l'acte d'IVG lui-même ainsi que l'IVG médicamenteuse, dans le cadre de réseaux entre médecins et établissements de santé.

Mme Marie-France Casalis : Je représente ici Mme Catherine Morbois, déléguée régionale aux droits des femmes. Mme Morbois n'a pas été nommée membre de la commission régionale de la naissance d'Ile-de-France lors de sa mise en place, mais seulement plus tard, lorsque notre service a dû revendiquer sa participation à cette commission, en se fondant sur la circulaire d'application de la loi relative à l'IVG.

Je commencerai par évoquer la commission régionale de la naissance d'Ile-de-France. Notre région n'a jamais été positive en matière d'application de la loi sur l'IVG et l'instauration d'un groupe de travail, chargé d'étudier la question, a été une grande

innovation. La première difficulté rencontrée par ce groupe de travail tient au fait que ses membres devaient être issus de la commission régionale de la naissance, organisme en majeure partie composé de praticiens spécialisés dans la périnatalité, la procréation médicalement assistée, les bébés de petits poids, les transferts *in utero*, toutes questions capitales, mais qui n'ont guère de relations avec le travail d'un service d'IVG.

La circulaire d'application avait précisé que deux associations devaient participer à ce groupe de travail, l'une traitant des questions de contraception, l'autre des questions relatives à l'IVG. Pour les militants et les spécialistes de terrain, il ne pouvait s'agir que de l'ANCIC et du Mouvement français pour le planning familial. Or, cela n'a pas été le cas pour la commission régionale de la naissance d'Ile-de-France, qui ne comprend ni l'une ni l'autre de ces deux associations. Il s'est cependant constitué des groupes d'experts affiliés, qui sont écoutés et parmi lesquels nous avons peu à peu coopté des membres. Ainsi, grâce à la volonté d'un certain nombre de participants, nous avons pu compenser ce "handicap de naissance", mais je tenais à vous en faire part, car il me semble significatif de l'absence de vigilance quant à une bonne application de la loi.

Je vais maintenant vous présenter les principaux points du rapport de ce groupe de travail, qui n'est pas encore officiel.

Je peux dire, en notre nom à tous, praticiens ou responsables de cette région, déterminés à faire appliquer la loi relative à l'IVG, que nous sommes lassés des études et des bilans portant sur une région qui n'a jamais bien appliqué la loi sur l'IVG. Nous savons ce qui ne fonctionne pas bien et pourquoi. Nous voudrions maintenant que les moyens de dépasser ces difficultés historiques - qui se sont atténuées et ont pris d'autres formes - soient donnés aux services efficaces et déterminés à faire appliquer la loi.

En dehors de la mobilisation du ministère de l'emploi et de la solidarité, qui a été réaffirmée, notre moyen de progresser reste la loi et les règlements d'application. Ce sont nos meilleures armes. Il est donc important de rédiger des textes, même si parfois certains considèrent que l'Assemblée nationale légifère trop.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Dans le cas présent, nous avons été aux limites du travail législatif, lors de la discussion du texte. Quant au suivi de l'application de la loi, il fait partie de notre travail parlementaire.

M. Jean-Claude Magnier : Nous avons toutefois deux regrets : le problème d'une meilleure rémunération de l'acte d'IVG, qui est d'ordre réglementaire, et le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale, qui est d'ordre législatif. Il faudrait peut-être modifier la loi pour que l'IVG ne se situe pas en dehors de la nomenclature et qu'elle ne soit donc pas traitée de manière particulière, sous forme de forfait. Par ailleurs, l'acte lui-même n'a pas été réévalué depuis 1991.

Ma deuxième observation concerne les structures accueillant les IVG. Le Gouvernement a refusé d'inscrire les unités fonctionnelles dans la loi. J'étais présent dans les tribunes lorsque Mme la ministre a indiqué qu'elle était contre, au motif qu'il ne fallait pas mettre à part les IVG.

Or, c'est tout à fait le contraire : il s'agissait de leur donner une structure véritable. Les unités fonctionnelles proposées avaient pour but d'intégrer ces structures qui, historiquement, se sont créées, parce que les services officiels de l'hôpital ne voulaient pas prendre en charge les IVG. Les médecins qui pratiquent des IVG dans les hôpitaux veulent une structure qui les intègre réellement et les protège.

En ce qui concerne l'application de la loi relative à l'IVG entre 12 et 14 semaines, ce sont principalement les centres autonomes qui, en région parisienne, ont pratiqué ces IVG pendant l'été. En effet, certains chefs de service d'hôpitaux parisiens importants ont choisi délibérément de ne pas faire d'IVG entre 12 et 14 semaines.

Mme Martine Lignièrès-Cassou, présidente : En ce qui concerne les unités fonctionnelles, nous avons eu le débat à la fois en commission et en séance publique avec la ministre. Elle nous a indiqué que l'organisation en unités fonctionnelles était le sens même de la réforme hospitalière de 1992 et qu'il y aurait donc une certaine tautologie. Mais je comprends bien votre scepticisme.

M. Jean-Claude Magnier : Dans le Nord-Pas-de-Calais, l'Agence régionale d'hospitalisation a proposé de créer des unités fonctionnelles, lorsque sont pratiquées entre 400 et 800 IVG par an, et au-delà de créer un service. Nous n'avons jamais demandé la création de services, mais nous allons le faire, pour faire avancer les choses. En effet, seule cette solution permet la représentation des centres d'IVG dans les structures hospitalières, puisque celle-ci ne peut se faire que par le biais d'un service. Une unité fonctionnelle n'est représentée de droit que par le chef de service, au niveau de la commission médicale d'établissement. S'il y a des services d'IVG, il y aura au moins une personne qui pourra évoquer la pratique des IVG.

Mme Marie-France Casalis : C'est nécessaire, car, jusqu'à présent, dans notre région, les IVG ont été laissées à la charge de militants volontaires qui ne trouvent pas, dans les jeunes générations, de candidatures suffisantes pour répondre aux besoins de demain.

Je voudrais souligner, auprès de votre Délégation, les nouvelles difficultés en matière d'IVG, tout en gardant à l'esprit qu'en Ile-de-France, les difficultés étaient antérieures à la modification législative et qu'elles sont connues. Il est insupportable d'imaginer qu'aujourd'hui, en Ile-de-France, il faut trois semaines pour obtenir un premier rendez-vous d'IVG. Il en découle des problèmes de délai pour les femmes se présentant à neuf semaines de grossesse.

Certaines d'entre vous ont peut-être vu un reportage réalisé avec une caméra cachée et présenté au journal télévisé d'Antenne 2 le 1er novembre. Une journaliste s'est rendue à l'hôpital Bichat et à l'hôpital de la Salpêtrière pour demander une IVG à neuf semaines de grossesse. On lui a répondu, dans l'un, que la loi ne le permettait pas et, dans l'autre, que c'était légal, mais que personne ne le ferait. La circulaire du 28 septembre est donc indispensable et elle était impatiemment attendue. Je ne saurais dire si elle est arrivée dans tous les lieux concernés, mais elle devrait certainement faire l'objet de concertations à l'intérieur de l'institution hospitalière.

Mme Emmanuelle Piet : Le département de Seine-Saint-Denis, où la pratique des IVG fonctionne bien, connaît néanmoins quelques difficultés. Six hôpitaux publics y pratiquent des IVG. Il y a dix ans, il y avait vingt-six cliniques privées, qui maintenant ne sont plus que dix-huit. De plus, la situation ne s'améliore pas en raison de la grève de l'été dernier, motivée par le fait que la tarification des IVG n'a pas été réévaluée depuis le décret de 1991. Nous nous étions battues pour que le forfait ne soit pas élevé, car nous considérons qu'il ne fallait pas médicaliser l'IVG, mais c'est une bataille que nous avons perdue. Très peu de praticiens font des IVG sans échographie. La consultation pré-anesthésique est de droit pour tous les actes qui nécessitent une anesthésie. L'IVG en est un. La recherche du facteur rhésus, de même que le sérum, qui permet l'immunisation des femmes ayant un rhésus négatif, n'est pas compris dans le forfait IVG.

Il est indispensable que la nomenclature soit révisée, en matière de forfait des examens biologiques avant l'IVG. Dans le même ordre d'idée, le décret sur le prix du stérilet indiquait qu'il ne devait pas coûter plus de 220 francs, alors que les laboratoires le vendent 290 francs. Les pharmaciens ne l'ont donc pas appliqué. Une réévaluation est vraiment une étape indispensable.

Par ailleurs, la pénurie massive de médecins est compensée, dans nos hôpitaux publics, par des médecins étrangers. Pour ma part, dans les hôpitaux du département, il y a eu successivement, affectés aux IVG, un Polonais intégriste, un Marocain intégriste et un Irakien intégriste ! Je vous laisse imaginer comment ces médecins peuvent pratiquer des IVG, qui leur sont imposées et vont à l'encontre de leurs convictions. Les femmes en ont vraiment souffert. Il y a un réel problème entre les convictions des médecins et la politique du service qui pratique les IVG. Comme le chef de service ne fait pas d'IVG lui-même, il oblige donc son médecin irakien à les faire, ce qui n'est pas une situation facile.

Le service d'IVG doit être considéré comme un vrai service. C'est pourquoi je soutiens l'idée des unités fonctionnelles. Dans une maternité de base, l'IVG est la cinquième roue du carrosse pour le chef de service. Aussi, l'été, lorsqu'il y a pénurie d'infirmières, le service des IVG en pâtit systématiquement. Cet été, un hôpital du département avait un médecin, une infirmière et une aide-soignante, mais aucune secrétaire pour prendre les rendez-vous. Le médecin devait téléphoner lui-même pour indiquer que son service était à même de recevoir des femmes ! L'hôpital avait refusé de remplacer la secrétaire du centre d'IVG.

Mme Marie-France Casalis : Cela rejoint le problème des difficultés budgétaires hospitalières, qui, pour certains relèvent de la réglementation, et, pour d'autres du budget interne. L'enveloppe budgétaire distribuée en 2000 n'a servi qu'à réduire les distorsions préexistantes. Elle n'a pas permis d'améliorer les choses.

Le système de vacation ne permet pas le remplacement pendant les congés, ce qui conduit, chaque année, à une crise estivale. Ce fut d'ailleurs l'une des motivations de Mme Martine Aubry pour promouvoir les plates-formes téléphoniques d'information. Cette crise estivale se rencontre désormais en Ile-de-France tout au long de l'année, en raison de la fermeture d'établissements du secteur privé.

J'ai été très impressionnée par l'enquête du journal "Libération" dans la région Rhône-Alpes, selon laquelle les femmes demanderaient plus tardivement une IVG - ce qui est parfaitement inexact - parce que de nombreux établissements ne pratiquant pas l'avortement médicamenteux les font attendre, en cas de demande précoce.

La question est tellement cruciale que la délégation aux droits des femmes d'Ile-de-France avait publié, en 1993, un premier guide de l'ensemble des centres de planification de la région, avec la collaboration de l'Observatoire régional de la santé. Ce guide comprenait les horaires, les spécificités de ces centres et diverses autres informations. Nous avons en projet un nouveau guide, qui recensera à la fois la liste des lieux où l'on peut obtenir une IVG et celle des centres de planification familiale. Nous avons obtenu auprès de la DRASS, mais seulement l'année dernière, la liste des centres pratiquant les IVG en Ile-de-France. C'était la première fois qu'ils étaient ainsi tous listés. Depuis, nous attendons une actualisation. La modification législative conduisant à la liberté d'information en ce domaine a été très importante. Cette simple constitution par l'Observatoire régional de santé du fichier des centres d'IVG avec les techniques utilisées - RU, anesthésie locale ou générale - est une vraie innovation. Mais, l'une des grandes faiblesses de l'enquête diligentée par la DRASS, dont vous aurez bientôt les résultats, est sa non-fiabilité. En effet,

certains services indiquent pratiquer une technique, alors qu'ils ne la pratiquent pas ; leur réponse officielle est toujours très positive.

M. Jean-Claude Magnier : En ce qui concerne le secteur public, il ne faut pas oublier que les centres d'IVG, qui pratiquent réellement les interruptions de grossesse, sont des centres qui, historiquement, se sont créés en s'opposant à la structure hospitalière. On n'a jamais donné les moyens aux médecins qui pratiquent réellement les IVG de travailler correctement, et cela vaut pour l'ensemble du territoire.

Selon Mme Chantal Birman, sage-femme libérale, qui travaille également à la maternité des Lilas et qui fait partie de la commission régionale de la naissance, on ne calcule le fonctionnement des personnels que sur douze mois, alors qu'on devrait le calculer sur treize mois, puisque l'IVG, comme les accouchements, sont des activités qui ne connaissent pas de chute saisonnière. Ce sont simplement les moyens permettant de répondre à cette demande qui varient. Les unités fonctionnelles permettent d'assurer le fonctionnement des services, mais il faut aussi trouver les moyens de financer un personnel supplémentaire.

Par ailleurs, un autre élément n'est jamais pris en compte. Dans un service ayant d'autres activités que l'IVG, les femmes viennent aux rendez-vous fixés. En revanche, dans un service d'IVG, environ 25 % des femmes ne se présentent pas aux rendez-vous. En juillet, période difficile pour trouver du personnel, alors que nous pratiquons entre 70 et 80 IVG par mois, onze femmes ayant effectué toute la procédure jusqu'au moment de l'IVG, ne l'ont pas réalisée. Pour nous, cela signifie une perte de onze places, alors que nous n'en avons déjà pas beaucoup. Dans la prise en compte des moyens pour les IVG, c'est un aspect à considérer. C'est une activité très fluide et très compliquée à gérer. Par exemple, personne ne connaît le nombre de femmes qui ne trouvent pas de solutions en France. Le MFPP est le plus à même de le savoir, car il organise des voyages et beaucoup de médecins leur envoient les femmes qui ont dépassé les délais. Mais, depuis la nouvelle loi, je ne sais pas s'ils ont autant d'affluence.

Mme Marie-France Casalis : Comme l'avait rappelé Mme Danielle Gaudry, lors d'une audition à l'Assemblée il y a dix-huit mois, les IVG à 12-14 semaines d'aménorrhée représentent une partie importante des femmes qui sont hors délais, mais il y a aussi les grands délais dépassés. Certains sont inévitables, car ils sont provoqués par des circonstances de vie, des accidents, des problèmes profonds. Mais, il est vrai que plus nous développerons la diffusion de la contraception d'urgence auprès des mineures, voire une publicité et une information sur ces questions, plus nous verrons les délais se réduire.

On a pu constater, dans les pays où les lois permettent des délais plus longs qu'un bon accès à la contraception entraîne une réduction du nombre des IVG tardives. Mais il y en aura toujours. Dans ces situations, les praticiens honnêtes doivent écouter la détresse de la femme et y répondre.

Sur la question des IVG à 12-14 semaines, il semble que l'on observe en ce moment un blocage très fort de certains praticiens. Il faut réfléchir sur ce point. Certains services ne pratiquaient déjà pas les IVG à 10 semaines. Il était assez fréquent, dans certains hôpitaux parisiens, que la fin du délai précédent ne soit déjà pas prise en considération. A force de réduire le délai de prise en charge, nous sommes toujours en retard de trois semaines sur le délai légal.

A cet égard, je pense que la diffusion des recommandations de l'ANAES peut être un élément important. Le collègue des obstétriciens devrait évoquer ce problème, lors de

son congrès. Actuellement, il est nécessaire que les médecins échangent, publient, discutent, accueillent en formation. Je pense à certains médecins, qui se sont rendus en Hollande pour étudier la pratique des IVG avec anesthésie locale.

J'évoquais tout à l'heure l'étroitesse des méthodes pratiquées en Ile-de-France. Non seulement l'IVG médicamenteuse est peu pratiquée dans la région, mais le recours à l'anesthésie locale est peu répandu. Il y a quinze ans, nous avons déjà un retard avec la région Nord-Pas-de-Calais, en ce qui concerne l'utilisation de l'anesthésie locale. Il est étonnant que les praticiens d'Ile-de-France ne soient pas capables d'utiliser cette méthode.

M. Jean-Claude Magnier : Dans le Nord, certains centres ne pratiquent les IVG que sous anesthésie locale. A l'Assistance publique de Paris, le centre de Louis Mourier utilise presque exclusivement cette méthode. A l'hôpital Broussais, le service d'IVG a perdu son anesthésiste, du fait que l'hôpital s'est vidé de la plupart de ses activités. En revanche, le centre de Corentin Celton, avec mille IVG par an, ne pratique presque que des anesthésies générales.

En ce qui concerne les anesthésistes, en nombre insuffisant, ils n'ont pas soulevé de problèmes au sujet des mineures sans autorisation parentale. Cela m'a beaucoup surpris.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous ont-ils parlé des recommandations élaborées par la Société française d'anesthésie et de réanimation ?

M. Jean-Claude Magnier : Je n'en ai pas entendu parler. Le problème de l'anesthésie est important, car même si l'on veut développer l'avortement médicamenteux, il faut savoir que cette méthode impose une décision rapide, puisqu'il y a une semaine de délai de réflexion et que l'urgence ne vaut que pour les IVG de 13 à 14 semaines. En l'occurrence, il faudrait accueillir les femmes à six semaines maximum d'aménorrhée. Quand le décret instituant des réseaux entre l'hôpital et les médecins de ville se mettra en place, cette pratique pourra être plus accessible, sous réserve que les femmes ne souhaitent pas être hospitalisées, ce qui n'est pas certain en France.

Mme Marie-France Casalis : C'était ma position, il y a douze ans, aux débuts de l'utilisation de la mifégyne. Je ne croyais pas du tout à son développement, car l'IVG médicamenteuse me semblait difficile à vivre. Lors d'un colloque, en janvier 1991, où intervenait Mme Elisabeth Aubény, nous avons pourtant pu constater que beaucoup de femmes choisissaient cette technique, quand un service traitait de la douleur accompagnant l'évacuation du fœtus ; il s'agissait de femmes jeunes, accompagnées, qui vivaient cette démarche d'une façon très positive.

La réticence tout à fait compréhensible que certaines peuvent éprouver, n'a pas eu l'impact que l'on aurait pu redouter au départ.

Mme Emmanuelle Piet : J'ai pour ma part, une expérience plus ancienne, lorsqu'au Planning, il y a seize ans, nous avons décidé de pratiquer des IVG avec aspiration précoce en centre de planification, sans aucune hospitalisation. En deux mois, nous avons reçu deux cents femmes, qui s'étaient alertées à moins de douze jours de grossesse. Quand nous avons arrêté cette pratique, elles nous ont fait savoir leur mécontentement pendant plus de six mois. Je suis persuadée que les femmes seraient tout à fait intéressées par des structures de proximité, sans hospitalisation.

M. Jean-Claude Magnier : Pour l'heure, nous n'en avons pas encore la possibilité. Cette pratique est tout à fait intéressante, mais je ne sais pas si cela résoudra le

problème du nombre d'IVG. Nous le verrons dans dix ans, quand les médecins de ville seront formés.

Une étude faite en 1994, alors que Mme Simone Veil était ministre de la santé, montrait que la plupart des médecins pratiquant les IVG en France étaient des généralistes et des gynécologues médicaux, mais pas des obstétriciens.

Actuellement, on parle beaucoup de gynécologie médicale. Dans les projets de programmes du certificat universitaire d'obstétrique, ne figurent ni la contraception, ni l'orthogénie, disciplines qui ne sont enseignées qu'en gynécologie médicale. Il serait pourtant raisonnable que les obstétriciens s'en chargent, mais cela les intéresse si peu que, lorsqu'ils ont élaboré ce cursus, ils les ont oubliées !

Les médecins généralistes ne sont pas non plus bien formés à la gynécologie. Ils recevront peut-être une formation de trois mois, mais ce ne sera pas suffisant pour apprendre la pratique de l'IVG et de la contraception. A l'hôpital Bicêtre, nous en avons reçu quelques uns, mais peu se sont intéressés à la pratique des IVG. Je ne sais pas comment nous allons faire lorsque les praticiens actuels partiront à la retraite. Le développement des réseaux sera peut-être une solution, mais je n'y crois guère.

Mme Marie-France Casalis : Dans les propositions que nous avons formulées, il y avait la mise en place d'une formation médicale pluridisciplinaire sur ces questions. Il faut que ces praticiens se sentent non seulement accompagnés, mais aussi reconnus dans un acte qui a été, jusqu'à présent, méprisé par la société, le monde médical, les obstétriciens, et une partie des personnels.

Le reportage diffusé à Antenne 2 sur la façon dont les personnels répondent aux demandes d'IVG en est une illustration. Il concernait la région parisienne, mais on peut imaginer la situation dans un département isolé et très conservateur !

Une autre difficulté, à nos yeux, tient aux modalités financières, qui ne sont pas les mêmes selon les lieux où est pratiquée l'IVG. Dans les établissements publics, les femmes ont accès à l'aide médicale d'Etat, à la CMU et au tiers payant. Tout est complètement différent, lorsqu'elles sont obligées de s'adresser au secteur privé.

Vous avez posé la question de savoir si nous étions satisfaits de la pratique du secteur privé. Ce qui est satisfaisant, c'est la rapidité de la réponse et généralement un style commercial correct. Mais, dans cette région où le secteur privé assume une grande partie des IVG, nous sommes très gênés, car, s'il respecte les tarifs officiels, d'autres frais sont toujours ajoutés.

Mme Emmanuelle Piet : Les tarifs officiels ne sont pas respectés par le secteur privé, car il y a des dessous de table. En Seine-Saint-Denis, certaines IVG reviennent à plus de 3 500 francs.

M. Jean-Claude Magnier : Il m'arrive de pratiquer des IVG dans une clinique privée, où les tarifs sont respectés. En revanche, cette clinique n'accepte pas le tiers-payant, parce que les remboursements par les caisses d'assurance maladie sont beaucoup plus compliqués pour les IVG que pour les autres actes. Aussi, pour une somme aussi peu élevée, les établissements qui respectent les tarifs ne souhaitent-ils pas s'astreindre à remplir les papiers qui leur permettraient d'obtenir un remboursement, trois mois après.

Mme Marie-France Casalis : Il faudrait redonner à l'IVG une place ordinaire parmi les autres actes.

M. Jean-Claude Magnier : L'IVG est un forfait, car lorsqu'on a évoqué son remboursement, les anesthésistes venaient d'obtenir d'être rémunérés au minimum au Kc 25, quels que soient leurs actes. A cette époque, les anesthésistes étaient rémunérés la moitié de l'acte. L'IVG étant classée Kc 30, les anesthésistes auraient dû être rémunérés au Kc 15, ce qui aurait fait Kc 45 et les femmes recourant à l'IVG sous anesthésie générale n'auraient pas été remboursées à 100 %. Comme les anesthésistes ont obtenu un minimum de Kc 25, l'IVG sous anesthésie était cotée Kc 55, donc remboursable à 100 %, ce que ne voulait pas le Gouvernement de l'époque. D'où une cotation au forfait, ce qui a entraîné de nombreux dysfonctionnements.

Mme Marie-France Casalis : J'attends beaucoup du développement de l'avortement médicamenteux. Je considère que vous avez gagné une partie très difficile, qui conduira à un accès plus normal à l'IVG.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Le décret sur l'IVG médicamenteuse est le plus difficile à mettre en oeuvre. La mise en place du réseau lui-même ne pose pas nécessairement problème ; en revanche, faciliter l'accès à la mifégyne, substance vénéneuse qui devra être déclassée, suppose d'autres modifications réglementaires. Par ailleurs, il faudra déterminer si c'est la femme qui ira chercher la mifégyne et où. Il n'est pas possible que ce soit chez le pharmacien, car elle pourrait omettre de retourner voir le médecin et le prendre seule. Une autre solution serait que le médecin dispose d'un stock de mifégyne.

Mme Marie-France Casalis : En ce qui concerne l'enveloppe budgétaire supplémentaire de l'année 2000...

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Elle est reconduite en 2001.

Mme Emmanuelle Piet : J'avais été frappée d'entendre Mme France Quatremarre, chef de service, chargée de mission à la Direction des Hôpitaux du ministère de l'emploi et de la solidarité, dire qu'elle avait des fonds pour les IVG, mais qu'elle ne pouvait pas les dépenser, parce qu'aucune demande n'était remontée des hôpitaux. Lorsque des crédits ont été débloqués par l'Agence, j'ai pourtant téléphoné dans tout mon département, mais les demandes n'ont jamais franchi la direction de l'hôpital. Il faut savoir qu'en matière d'IVG, les gros hôpitaux préfèrent ne pas demander de crédits. Je pense au service d'IVG de l'hôpital de Montreuil, qui pratique plus de mille IVG par an, en ne disposant que d'une secrétaire et d'une conseillère conjugale. Le chef de service est pourtant d'accord pour demander des fonds, mais l'hôpital n'en fait pas la demande, car il considère que cette activité est honteuse.

Mme Marie-France Casalis : Ce sujet a été traité par la commission régionale de la naissance, lorsqu'il a été annoncé qu'il y avait eu très peu de demandes, alors que l'on manque de tout. Il y a une espèce de double langage, de double gestion assez surprenante : on est souvent ballotté d'un service à l'autre, d'une administration à l'autre, avec une faible transparence.

La fameuse traçabilité des crédits affectés n'existe pas. Il n'y a pas qu'en matière d'IVG que nous rencontrons ce problème. Il en est ainsi également pour les urgences médico-judiciaires, dont chaque acte est pris en charge par les frais de justice. Par exemple, pour l'Hôtel-Dieu de Paris - grosse unité médico-judiciaire, recevant un grand nombre de

personnes - la somme correspondant aux actes est "pompée" par la direction centrale de l'hôpital. Aucune structure médico-judiciaire en Ile-de-France ne reçoit l'argent déboursé. Les fonds reviennent à l'hôpital qui décide et prend sa quote-part ; pendant ce temps, nous n'avons pas de praticiens, mais deux vacataires et une psychologue bénévole à l'Hôtel-Dieu. Nous avons souvent imaginé que cela ne concernait que l'Assistance publique, mais, apparemment, la situation est identique dans les autres hôpitaux.

J'aurais souhaité évoquer un autre élément devant vous. Dans le premier bilan des actions de la commission régionale de la naissance, deux cents centres sont recensés en Ile-de-France comme pratiquant des IVG. Ne croyez pas que cela signifie que ces deux cents centres pratiquent quatre cents, six cents, huit cents, voire mille IVG. Certains sont recensés pour pratiquer des IVG, alors qu'ils n'en font que deux, trois, ou huit. Il est quand même extraordinaire de voir ces deux cents centres recensés, alors qu'ils ne font que deux IVG par semaine, qui sont d'ailleurs le plus souvent des interruptions médicales de grossesse (IMG) !

M. Jean-Claude Magnier : Dans l'étude faite par la DRASS en Ile-de-France, il y avait effectivement un mélange des deux activités : IVG et IMG.

Mme Marie-France Casalis : En ce qui concerne les interruptions médicales de grossesse, serait-il possible de les autoriser en cas de viol ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous n'avons pas voulu faire une liste des indications permettant une IMG ; nous n'avons fait que modifier l'accès à celle-ci.

Mme Marie-France Casalis : Cela me choque de penser qu'en l'an 2001, on est encore obligé d'envoyer des femmes à l'étranger, comme cette petite Zaïroise qui, violée, a dû se rendre en Hollande.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons mis en place des commissions médicales pour les MG, dans lesquelles le médecin de la femme pourra siéger et où la femme ou le couple pourront être entendu.

Mme Marie-France Casalis : J'aborderai enfin la question des plates-formes téléphoniques. En Ile-de-France, elle a fonctionné dans un premier temps avec des horaires réduits. Aujourd'hui, elle est accessible de 12 à 19 heures. Cette structure n'est pas aussi nécessaire dans certains départements que dans d'autres. Elle l'est moins là où des centres de planification sont bien implantés, comme en Seine-Saint-Denis. En revanche, dans des départements très étendus comme la Seine-et-Marne, les Yvelines ou l'Essonne, c'est un instrument intéressant, qui permet de faire sortir du silence un certain nombre de problèmes.

Mme Emmanuelle Piet : En ce qui concerne la contraception d'urgence en milieu scolaire, il y a deux problèmes. L'établissement scolaire doit acheter lui-même le Norlevo, selon ses besoins. Dans mon département, nous avons choisi de le fournir avec des crédits spéciaux, à la fois aux lycées et aux collèges. Nous avons acheté de quoi donner aux infirmières un fonds de roulement de trois boîtes, à charge pour elles d'en demander d'autres et de remplir un questionnaire scolaire.

Le contexte scolaire s'est révélé difficile. Dans un certain nombre de cas, sortir de l'établissement est un calvaire pour la jeune fille, car tout le monde sait qu'elle est sortie avec l'infirmière. Des aménagements ont été faits par téléphone avec les centres de Planning. Mais en raison du flou juridique entourant les infirmières scolaires, la question

n'a pas été facile à traiter. Néanmoins, sur l'ensemble du département, elles ont donné, l'année dernière, 60 boîtes de Norlevo. Mais, un plus grand nombre de jeunes filles l'avaient demandé. Un problème demeure, c'est que les infirmières ne disposent pas de fonds pour cet achat. J'ai proposé que l'achat soit fait au niveau départemental ou régional, mais ce n'est pas possible.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La distribution du Norlevo dans les pharmacies à titre gratuit pourrait-elle constituer une réponse ?

Mme Emmanuelle Piet : Il serait préférable que la jeune fille rencontre l'infirmière qui peut lui donner des explications.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Qu'en est-il de la situation en zone rurale ?

Mme Marie-France Casalis : Dans les zones rurales, la difficulté provient du fait qu'il n'y a presque plus de pharmacies et de centres de planification. Par ailleurs, quand il y a encore une pharmacie, les jeunes filles préfèrent se rendre à la ville voisine pour des raisons de confidentialité. L'idée de l'infirmier scolaire serait une solution pour ces zones rurales.

Mme Emmanuelle Piet : Il faudrait que soient fournies aux établissements scolaires les boîtes, et non pas l'argent.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ou alors que les pharmaciens approvisionnent l'infirmier.

Mme Emmanuelle Piet : Il n'est pas possible de laisser cet approvisionnement à la discrétion des chefs d'établissement.

M. Jean-Claude Magnier : Je voudrais évoquer un problème qui concerne les mineures, à savoir l'imprécision des textes sur la façon de recueillir le consentement. En effet, le praticien peut recueillir ce consentement comme il le souhaite et les parents n'ont pas à venir signer devant lui. Cela m'amène à deux questions. Doit-on relever l'identité de la personne qui accompagne la mineure et lui faire signer un document qui dit qu'elle a bien compris le rôle que lui confie la loi ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : C'est hors de question, ce n'est pas le sens que nous avons voulu donner à la loi. Nous n'avons pas voulu préciser si la personne accompagnante assiste à l'entretien social, est présente lors de la consultation chez le médecin, pendant l'acte, ou à la sortie. Il y a cependant une demande des médecins, notamment des anesthésistes, qui seraient rassurés, lorsqu'il n'y a pas de consentement parental, que l'on mette par écrit le nom de la personne majeure qui accompagne la mineure, pour les cas de complications éventuelles.

M. Jean-Claude Magnier : Sur le terrain, nous considérons qu'il faut relever l'identité de la personne et la rencontrer.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Mais non pas lui faire signer une attestation ! Que cette personne majeure donne son nom, qu'elle se présente, ce sont des éléments intéressants pour une analyse sociologique, mais aller au-delà et recueillir sa signature me paraît dangereux.

M. Jean-Claude Magnier : Ma deuxième question concerne la gratuité de l'acte chez les mineurs. Ont-elles la gratuité de fait, même avant la parution des décrets ? Certaines mineures prétendent ne pas avoir le consentement parental pour obtenir la gratuité.

Mme Emmanuelle Piet : Les mineures ont droit à la gratuité de l'acte, même sans le consentement parental.

M. Jean-Claude Magnier : Pour notre part, nous nous efforçons d'avoir ce consentement afin que s'établisse un dialogue entre la mineure et ses parents.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons bien pris note de toutes vos observations.

Audition de Mme Nathalie Bajos, chercheure à l'INSERM

Réunion du 13 novembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui Mme Nathalie Bajos, chercheure à l'INSERM, qui, lors du colloque tenu en mai 2000 sur "Contraception-IVG: mieux respecter les droits des femmes", nous avait informé des recherches alors conduites par l'INSERM sur la prévention et la sexualité chez les jeunes filles, confrontées à l'IVG, et les réactions de ces mineures par rapport au problème de l'autorisation parentale.

Pouvez-vous, à la lumière des dernières enquêtes de l'INSERM, menées conjointement avec le CNRS, nous exposer la situation actuelle des femmes face à l'IVG ?

La mise en œuvre de la contraception, à la suite des efforts d'information entrepris ces dernières années -campagne dans les médias, campagne auprès des jeunes dans les établissements scolaires- et de la diffusion de méthodes contraceptives de plus en plus performantes, a-t-elle atteint ses buts ? Qu'en est-il de l'accès concret des femmes à l'IVG, c'est-à-dire aux nouvelles méthodes, aux médecins et aux établissements ?

Quelle est l'incidence, à votre avis, de la nouvelle loi sur ces différents facteurs ?

Mme Nathalie Bajos : Effectivement, l'INSERM a lancé un grand programme de recherches de santé publique sur l'accès à la contraception et à l'avortement en France, dont j'assume la responsabilité avec de nombreux collègues. Nous nous sommes dotés de moyens scientifiques et financiers afin d'obtenir des données fiables sur les questions de l'accès à la contraception et à l'avortement du point de vue des femmes.

Je vous ai déjà présenté les recherches sur l'accès à la contraception et à l'avortement des mineures en France, recherches qui se poursuivent.

Très schématiquement, nous menons une grande enquête sur les pratiques contraceptives et le recours à l'IVG, qui s'étendra sur dix ans. Elle est réalisée auprès de 7 000 femmes, qui constituent un échantillon représentatif de la population française.

Une seconde enquête qualitative complète celle-ci et consiste en des entretiens avec des femmes ayant subi des échecs de contraception : quatre-vingt femmes réparties sur tout le territoire, confrontées à un échec de contraception, les deux tiers ayant subi une IVG, l'autre partie ayant décidé de poursuivre la grossesse.

Ces deux grandes sources de données aideront à établir des comparaisons entre la France et différents pays industrialisés.

Ces enquêtes ont trois objectifs principaux.

Le premier, c'est de déterminer pourquoi il y a tant d'échecs de contraception en France, pays, qui détient pourtant le record de la contraception médicalisée. Ce que l'on

appelle le "paradoxe contraceptif français" n'est toujours pas résolu, mais nous disposons maintenant d'éléments permettant d'éclairer la question.

Le deuxième, c'est de combler l'absence de réflexions scientifiques et de données fiables sur les raisons pour lesquelles, en cas d'échec, la moitié des femmes ont recours à l'avortement. Sur le sujet, nous avons beaucoup de résultats disponibles.

Le troisième volet, - également très documenté, car nous avons poussé loin les analyses dans ce domaine -, c'est de mieux connaître l'accès à l'IVG : comment cela se passe-t-il en France pour les femmes qui souhaitent recourir à l'IVG ? Quels interlocuteurs contactent-elles ? Dans quel ordre ? Leur propose-t-on le choix de la méthode ? Quel est le vécu ? Autant de données qui font tomber nombre d'idées reçues dans ce domaine.

Je propose de centrer mon propos sur le "pourquoi", avec l'idée, non pas de remettre en cause le droit de recours à l'IVG, mais d'éviter à nombre de femmes un événement, qui, sans être un drame, pour autant, n'est ni anodin, ni banal dans leur vie, pour des raisons psychologiques, mais aussi pour des raisons de santé.

Pour situer l'ampleur du problème, entre 200 000 et 220 000 IVG sont pratiquées par an, avec une recrudescence des IVG chez les plus jeunes, phénomène qui demande à être confirmé car, malheureusement, les dernières données disponibles datent de 1998.

Les campagnes contre le sida peuvent avoir relégué au second plan les enjeux liés à la contraception. Les jeunes qui ont débuté leur vie sexuelle à l'heure du sida ont été fortement mobilisés par les risques concernant le VIH, mais pas du tout par la contraception. Rien n'a été fait à l'exception de la campagne de janvier 2000.

Donc, 220 000 IVG et 760 000 naissances, dont 30 % proviennent de grossesses non prévues. Notre objectif est vraiment de nous centrer sur l'IVG. 3% seulement des femmes déclarent ne pas avoir de contraception, alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes. Or, ces 3% de femmes ne sont pas suffisants pour expliquer ces 220 000 IVG. Les autres femmes déclarent une utilisation régulière et efficace de contraception.

Que se passe-t-il ?

Selon des chiffres non encore validés scientifiquement, 20 % des femmes, dont la dernière grossesse s'est terminée par une IVG, prenaient la pilule. Ce ne sont donc pas des femmes "inconscientes", qui n'avaient pas de contraception. Les données montrent qu'au moment de l'IVG, 35 % des femmes n'avaient pas de contraception, mais que 20 % d'entre elles utilisaient la pilule et 8% le stérilet. Cela souligne le problème d'adéquation des méthodes contraceptives aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. C'est un facteur clé.

Pourquoi les femmes se trouvent-elles confrontées à un échec de contraception ?

Nous avons pu distinguer trois groupes de femmes confrontées à cet échec. En tant que chercheurs en santé publique, ce qui nous intéresse le plus, ce sont les échecs dont nous pensons que des mesures de santé publique pourraient les influencer.

Le premier de ces trois groupes est celui des femmes qui ont un rapport très favorable à la contraception.

Le deuxième groupe est celui des femmes dont la contraception est au service de l'ambivalence par rapport à la survenue d'une grossesse. Ce sont des couples incertains. La grossesse va forcer le couple à poser le problème.

Le troisième groupe de femmes soulève d'autres questions de santé publique : ce sont les femmes soumises à ce que j'appelle l'impossible démarche contraceptive. Cela m'amène à rappeler un point, peut-être évident, mais que l'on a tendance à oublier : pour les couples, inscrire dans une démarche contraceptive sa vie reproductive implique d'être doté socialement des capacités à maîtriser sa vie. Certaines femmes sont dans des situations tellement "galères" que, pour elles, la question de la contraception ne se pose même pas. D'autres enjeux apparaissent : survie sociale, survie au sein du couple, avoir de quoi nourrir ses enfants. Pour ces femmes, des mesures d'insertion sociale sont le préalable indispensable à l'idée même d'avoir une maîtrise de leur vie reproductive.

C'est le premier groupe de femmes qui nous intéresse, celles qui ne veulent pas être enceintes et qui le deviennent malgré une véritable démarche contraceptive.

Le premier type d'accident, c'est l'échec incontournable de la grossesse sous stérilet ou sous pilule, alors que la femme ne se souvient pas de l'avoir oublié. C'est le hiatus entre l'efficacité théorique d'une méthode et son efficacité pratique. Sur ce point, il n'y a rien à ajouter.

Le deuxième facteur clé de l'échec de contraception, c'est ce que j'appelle la méthode inadéquate. Un certain nombre de grossesses est dû au fait que la méthode contraceptive utilisée par la femme n'est pas en adéquation avec les caractéristiques de sa vie affective, sociale ou sexuelle.

Je citerai deux exemples qui illustrent mon propos : 20 % des dernières grossesses qui se sont terminées par une IVG concernaient des femmes dites "sous pilule". Cela ne signifie pas pour autant bien évidemment que le taux d'échec de la pilule en elle-même soit de 20 %. Mais tout simplement que ces femmes étaient sous pilule et qu'elles ont eu des problèmes.

Nous avons rencontré une femme de trente-sept ans, agent hospitalière, mère de trois enfants, ayant une relation avec un homme marié. Son gynécologue lui conseille la pilule. Cette femme a une relation stable, mais clandestine, répète à plusieurs reprises qu'elle aimerait que cette relation soit plus officielle. Elle est parfaitement au courant des méthodes de contraception ; il n'y a aucun problème d'information. Elle souligne cependant que, prendre la pilule tous les soirs, alors que l'on a personne dans son lit, est difficile et que l'on y pense rarement.

Les moyens de contraception sont en France attachés à certaines périodes de la vie : on débute avec le préservatif, on continue avec la pilule et on finit avec le stérilet. Pour cette femme, cette pilule signifie socialement une activité sexuelle régulière : elle l'oublie donc tout le temps.

Autre exemple. Une jeune femme, secrétaire, ayant deux enfants, dont un très jeune, prend une pilule particulière pour suites d'accouchement. Elle dit qu'elle a peut-être oublié de la prendre, qu'elle n'a pas fait attention. *"Il est vrai", dit-elle, "que juste après avoir accouché, reprendre la pilule, alors qu'on ne l'a pas prise pendant toute la grossesse, n'a pas été facile : moi, je sais que c'est par habitude que je la prends."* Cette femme, qui a un très jeune bébé qui pleure sans arrêt, qui gère tout dans son foyer - son partenaire ne fait pas grand chose - est décalée dans ses horaires et oublie sa pilule.

Ces deux exemples servent à illustrer ce que l'on entend par problèmes d'adéquation de la méthode utilisée : à côté des questions de méthodes, les conditions de vie matérielles ou affectives, comme dans le cas de la première, peuvent agir. La différence entre l'efficacité théorique d'une méthode et son efficacité pratique soulève un problème extrêmement important d'un point de vue de santé publique, celui de la formation des prescripteurs, qui, raisonnant souvent dans une logique d'efficacité médicale, se heurtent parfois à une logique sociale de prise en compte des conditions de vie et prescrivent des méthodes qui ne sont pas adaptées aux besoins de la femme. Ces phénomènes d'affrontement de logiques sont fréquents en santé publique.

Un autre facteur qui concerne surtout les jeunes, tient au fait que certaines jeunes femmes ont une sexualité qui n'est pas socialement acceptée. C'est le cas notamment des très jeunes femmes et de certaines femmes d'origine maghrébine, qui ont un déficit d'information et de reconnaissance sociale de leur sexualité.

Il est évident que les jeunes filles souffrent d'un véritable déficit d'information. Elles pensent, par exemple, n'être fertiles que le quatorzième jour du cycle et, au mieux, un jour avant et un jour après. Pour autant, ce déficit d'information n'est pas le seul en cause pour expliquer les difficultés d'accès à la contraception des jeunes filles et, d'une manière plus générale, des femmes dont la sexualité n'est pas reconnue dans le milieu où elles vivent.

L'histoire suivante, celle d'une jeune fille de dix-sept ans, l'illustre parfaitement. Cette jeune fille a une relation avec un partenaire, le premier, pour qui elle est également la première. Sa mère considère qu'elle est trop jeune et ne lui a jamais rien dit sur la contraception. Elle tient donc sa sexualité secrète vis-à-vis de ses parents. Comme ces jeunes ont été très sensibilisés par le sida, elle dit : "*Mais on ne devait pas mettre de préservatif, puisque c'était mon premier partenaire et que j'étais sa première. On faisait attention le quatorzième jour*". Elle se sentait d'autant plus protégée que ses deux meilleures copines faisaient la même chose. Le risque de sida écarté, elles relèguent au second plan le risque de grossesse non prévue.

Mais, l'obstacle familial qui apparaît dans cette enquête conforte nos résultats, à savoir que c'est la non-acceptation sociale de la sexualité qui conduit les femmes à se retrouver dans des situations de vulnérabilité, par déni du risque de grossesse.

Une jeune fille, Samia, musulmane non pratiquante, nous dit que la pilule perturbe le corps, qu'il faut un suivi et que cela suppose des rendez-vous chez un gynécologue et qu'il y a toujours le risque que la pilule soit découverte par les parents. Sa mère ne lui a jamais parlé de contraception, parce qu'elle considère que sa fille doit arriver vierge au mariage.

Ces attitudes constituent un véritable frein pour accéder à l'information et à la pratique de la contraception. La peur que cette sexualité soit révélée, par la contraception, au milieu familial, contribue à créer un sentiment d'infertilité sociale : "*Je suis trop jeune, cela ne peut pas m'arriver*".

Ces conclusions et les comparaisons internationales montrent que la France et la Suède sont largement moins concernées par rapport aux autres pays. L'un des facteurs de grossesse non prévue chez les mineures tient à ce déni du risque de grossesse. Aux Etats-Unis par exemple, où les grossesses adolescentes sont très fréquentes, les politiques préventives pour éviter les risques de sida et de la grossesse vont dans le sens : "*Attendez d'avoir quelques années de plus*" et non dans celui d'une prévention. Il y a donc nécessité,

non de fournir à ces jeunes une information sur les risques au-delà du quatorzième jour, mais de faire en sorte que l'accès à cette information leur paraisse légitime.

Autre point important : la contraception au cœur des rapports homme-femme. En effet, la contraception, même si elle repose sur des méthodes féminines de contraception, n'est pas exclusivement une affaire de femmes. Nous constatons que le choix contraceptif est fortement influencé par le partenaire et se fait souvent au détriment du bien-être de la femme.

Une jeune étudiante, qui ne supportait pas la pilule en raison de ses effets secondaires, demande à son gynécologue d'en changer. Elle essaie trois marques de pilule différentes en quelques mois, sans résultat. Elle demande à son partenaire d'utiliser des préservatifs, parce qu'elle en a assez. Celui-ci lui répond que cela perturbe son plaisir sexuel. Au total, en un an, elle a donc essayé cinq marques de pilules. Sa gynécologue lui parlant de la nécessité d'une pause et son partenaire ne souhaitant pas utiliser le préservatif, elle a fini par accepter d'avoir un rapport sexuel sans protection.

Une autre jeune femme vient d'accoucher et son médecin lui conseille d'utiliser le préservatif. Mais, son mari ne le veut pas. Tout cela pour souligner qu'aussi bien les hommes que les femmes reconnaissent encore aujourd'hui une priorité au plaisir sexuel masculin.

Un dernier groupe d'échec de contraception touche les femmes autour de la quarantaine. La femme se sent beaucoup moins susceptible de risquer une grossesse et on constate un relâchement de l'attitude contraceptive, parfois en accord avec le gynécologue, dans cette période de pré-ménopause alors que, même dans cette période, une femme est susceptible de devenir enceinte.

Il n'existe pas de femmes à risque, mais bien des situations à risques dans la vie des femmes en trente-cinq ans de vie sexuelle reproductive, de dix-sept ans à quarante-cinq ans. Les failles dans cette trajectoire contraceptive sont assez probables.

Il y aura toujours des IVG. Mais certaines actions peuvent sans doute être entreprises pour réduire leur fréquence. L'élargissement de la palette contraceptive, notamment l'utilisation du préservatif féminin, le Fémidon, qui, dans certaines situations, est un moyen de lutter contre le sida et les grossesses non prévues, la prise en compte par les médecins des enjeux sociaux et démographiques dans les contenus de leur formation, le fait de favoriser l'accès à la contraception et de reconnaître la sexualité des jeunes, ne peuvent qu'être bénéfiques pour amener les femmes à affronter l'ensemble des risques du sida, des MST, des grossesses non prévues ou de l'IVG.

Mme Yvette Roudy : Comment se fait-il que les choses aient si peu changé depuis un trentaine d'années ? Je veux bien qu'il y ait un paradoxe contraceptif français et que l'on interroge les femmes sur ce point. Mais, pourquoi nous sommes-nous heurtées à tant de difficultés, quand nous avons voulu demander une campagne d'information sur la contraception ? Dans d'autres pays, il y en a régulièrement. Nous, il a fallu que nous sortions dans la rue, que nous fassions du militantisme, pour obtenir une simple campagne. Pour moi, tout le problème est là : il y a des freins que les femmes subissent, car elles sont dans un bain culturel.

Pourquoi, depuis le temps que nous savons que les contraceptifs existent, qu'il y a eu la bataille de la loi sur l'IVG et que l'on s'est aperçu que le taux d'IVG n'avait pas augmenté après son adoption, n'avons-nous pas encore intégré que les femmes n'emploient

pas l'IVG comme moyen contraceptif ? Pourquoi les études médicales n'intègrent-elles pas les moyens de répondre aux femmes sur ces points ? Pourquoi la recherche, dominée par les laboratoires pharmaceutiques, est-elle orientée vers une contraception principalement féminine ?

Nous avancerions s'il y avait moins de blocages culturels en France, moins de résistances et de freins, si l'on était davantage guidé par un souci de la santé, de l'équilibre et du bien-être des êtres humains – c'est ce que l'on dit dans les textes européens. On n'a fait qu'une seule campagne sur la contraception, confidentielle ! Pourquoi de telles campagnes ne sont-elles pas banalisées ? Pourquoi les enseignants ne peuvent-ils répondre ?

C'est cela le paradoxe français.

Je lis actuellement un livre de Suzanne Képès, médecin, qui a reçu beaucoup d'hommes et de femmes pour des problèmes de sexualité. C'est un sujet dont on ne parle pas en France, à la différence des pays anglo-saxons. Il y a chez nous des blocages culturels qui font que, depuis trente ans, nous n'avons pas encore intégré l'information sur la contraception. Nous devons le faire.

Pourquoi les garçons sont-ils toujours indifférents ou égoïstes ? Pourquoi assistons-nous, en ce moment, à une montée des violences sexuelles dans les écoles ? Nous sommes en train de vivre une période de régression. Pourquoi la sexualité n'est-elle pas expliquée aux jeunes ? On assiste toujours à la même brutalité, au même égoïsme.

Il faut obtenir qu'il puisse y avoir une information et que la recherche progresse. Pour ce qui me concerne, je pense que le paradoxe français, c'est surtout que l'on refuse d'avancer sur ces sujets. Il n'y a pas plus d'IVG qu'autrefois, sauf chez les très jeunes. Comme ce ne sont pas les mères, ni leurs enseignants qui peuvent leur expliquer, avec qui vont-elles en parler ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit, notamment sur les blocages culturels qui sont les nôtres, mais pas sur l'efficacité des campagnes de contraception. Je suis la première à souhaiter l'organisation de campagnes, mais je ne suis pas sûre que les campagnes de communication ou d'information à la télévision soient les plus efficaces.

La semaine dernière, Mme Janine Mossuz-Lavau nous a exposé le remarquable travail de proximité qu'elle a réalisé auprès de groupes de femmes. Il s'agissait de femmes adultes qui, soit sortaient de prison ou de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), soit étaient plongées dans de grandes difficultés sociales - donc, très éloignées de préoccupations contraceptives. Ces groupes de parole d'une quinzaine d'heures ont été conduits par le Planning dans différentes régions de France pendant deux ans, engageant une réflexion sur leur devenir, le rapport à la violence, à la contraception, au sida, etc.

Comment est proposée l'éducation à la sexualité en milieu scolaire dans des pays où le taux d'IVG est très bas, comme en Hollande ? Comment se fait le travail d'information : par campagnes de proximité ou généralistes ?

M. Pierre Aubry : Je partage totalement ce qui vient d'être dit. J'y mettrai un petit bémol cependant : pourquoi pensez-vous qu'il ne faille pas demander aux mères d'en parler ? Si l'on ne peut pas s'adresser à sa mère, à qui demander ? Si sa mère ne peut

répondre, comment la jeune fille pourra-t-elle transmettre elle-même à ses enfant, à sa fille ? Il faut un lieu où elle puisse apprendre.

Mme Nathalie Bajos : J'avais coordonné la grande enquête sur la sexualité. Nous avons à cette occasion collecté quantité de données sur la question de savoir avec qui on parlait de sexualité et sur les problèmes liés à la vie affective.

Beaucoup de jeunes ne souhaitent pas parler de questions intimes avec leurs parents. Il faut donc créer des lieux où ces jeunes puissent recevoir une information, mais la démarche doit relever également de l'écoute. Les jeunes doivent pouvoir parler des rapports entre les filles et les garçons, du droit de dire non, etc. Des lieux d'écoute sont nécessaires pour répondre à la demande de certains jeunes. Il est vrai toutefois que d'autres en parlent avec leurs parents.

Ce n'est pas parce qu'il y a une stabilité du taux d'IVG que rien n'a changé. Les grossesses imprévues ont diminué de manière drastique en France avec l'arrivée des méthodes médicales, mais cette stabilité peut aussi cacher des phénomènes contraires.

Aujourd'hui, je crois qu'en cas d'échec de contraception, le recours à l'IVG n'est pas le même qu'il y a vingt ans. L'échec est d'autant moins supporté qu'une contraception efficace est disponible. Ce qui change, et qui apparaît dans nos dernières données, c'est une médicalisation de la contraception, aux effets extrêmement bénéfiques - vive la pilule ! -. Pour autant, l'existence de moyens médicaux de contraception ne doit pas s'accompagner d'une médicalisation à outrance de celle-ci...

Mme Yvette Roudy : La recherche va bientôt nous proposer des patchs.

Mme Nathalie Bajos : Ces patchs ne sont pas encore disponibles, mais vont bientôt l'être.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Mais les femmes ne le savent pas.

Mme Nathalie Bajos : Plusieurs nouveaux moyens féminins de contraception ont été mis en place récemment. En revanche, il y a absence totale de recherches sur la contraception masculine.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Une femme ne fera jamais confiance à un homme pour assurer sa protection.

Mme Nathalie Bajos : Peut-être, mais je vous parle des femmes que nous interrogeons lors de nos enquêtes. Un certain nombre de celles qui vivent dans des couples stables, expriment l'envie, quand elles sont en relation de confiance avec leurs partenaires, qu'il puisse y avoir des périodes d'alternance dans la contraception. Evidemment, ce n'est pas le cas des femmes qui ont des relations sexuelles irrégulières ou occasionnelles, parce qu'alors, les questions de confiance ne se posent pas dans les mêmes termes.

Faisant partie du comité de pilotage de la campagne sur la contraception, j'ai constaté les blocages dont vous parlez. Cependant, une écrasante majorité des femmes et des hommes a approuvé cette campagne, trouvé très positif, indépendamment du fait même de l'avoir vue, l'organisation d'une communication sur la contraception - ce n'est donc pas un blocage culturel de la part de la population -, et estimé que cette campagne avait une utilité sociale indéniable, puisque l'on n'avait pas parlé de contraception depuis des années

et qu'un discours public sur la contraception était extrêmement important : pour autant, d'un point de vue de santé publique, les résultats de l'évaluation de cette campagne ont fait ressortir que le type de campagne proposé n'aura presque pas d'effet, voire aucun, sur la pratique contraceptive, sur les échecs de contraception et le recours à l'IVG, car cette communication ne peut jouer sur les obstacles relevés par le comité scientifique de suivi.

Nos résultats sont tout à fait cohérents : des travaux de proximité sont à mener, la formation des prescripteurs doit être mise en oeuvre. Mais il n'y a pas d'enseignants formés dans les facultés de médecine pour traiter d'une manière générale des questions de santé publique. Pour l'instant, l'enseignement de la santé publique en France se limite trop à l'épidémiologie.

M. Pierre Aubry : En tant que publicitaire en marketing, je peux vous dire que lancer une seule campagne, sans la renouveler régulièrement, ne sert pas à grand-chose. Une campagne qui n'est pas imaginée dans la continuité, avec des thèmes qui peuvent varier et s'adapter, je ne dis pas qu'elle ne sert strictement à rien, mais elle sera totalement oubliée : elle fera impression, on en parlera... et on l'oubliera !

Mme Nathalie Bajos : C'est la raison pour laquelle j'ai souligné l'utilité sociale de cette campagne qui était attendue par la population...

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La campagne suivante débutera en janvier 2002.

Mme Nathalie Bajos : Cela ne me paraît pas suffisant.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je regrette que nous n'ayons pas pu vous entendre sur les deux autres objectifs de l'étude. Quand terminerez-vous ce travail ?

Mme Nathalie Bajos : Nous en publierons prochainement la partie qualitative. La partie quantitative dont j'ai pu vous donner les premiers résultats est en cours d'analyse.

Audition de M. Bruno Carbonne, secrétaire général du Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF)

Réunion du 13 novembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir M. Bruno Carbonne, gynécologue-obstétricien à l'hôpital Saint-Antoine et secrétaire général du Collège national des gynécologues-obstétriciens français.

L'an dernier, nous vous avons reçu à la veille de la première lecture du projet de loi relatif à l'IVG et à la contraception. Accompagnant les professeurs Alain Durocher et Michel Tournaire, vous aviez présenté à la Délégation aux droits des femmes les premières études de l'ANAES concernant la pratique de l'IVG au-delà de dix semaines de grossesse. Depuis, ont été publiées, en mars 2001, les recommandations de l'ANAES sur la prise en charge de l'IVG dans les nouveaux délais légaux et destinées à tous les professionnels de santé concernés.

Or, depuis la promulgation de la loi, le 4 juillet dernier, des difficultés se font jour, qui tiendraient notamment aux réticences de certains médecins gynécologues-obstétriciens et anesthésistes, aux capacités d'accueil insuffisantes liées à la surcharge des blocs opératoires dans de nombreux services et au manque de médecins suffisamment formés pour pratiquer des IVG tardives.

En tant que secrétaire général du CNGOF, quelle appréciation portez-vous sur la situation actuelle, tout d'abord dans votre service à l'hôpital Saint-Antoine, puis, dans la région Ile-de-France, où se manifeste un déséquilibre important entre le secteur public et le secteur privé, et enfin, sur l'ensemble du territoire ?

Dans votre pratique, êtes-vous confronté à de nombreux cas d'IVG tardives ? Comment sont-elles traitées ? En cas de dépassement des nouveaux délais, quelles solutions sont proposées ?

Quelle est l'incidence de la suppression de l'entretien obligatoire pour les femmes majeures ?

Quels sont les obstacles au développement de l'IVG ambulatoire ? L'ouverture de la pratique en médecine de ville, par un prochain décret, offrira-t-elle de nouvelles perspectives ?

D'autres questions surgiront certainement en cours de débat, portant notamment sur la revalorisation des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'IVG, sur l'inscription à envisager de l'acte dans la nomenclature de la sécurité sociale ainsi que sur le statut des services et des personnels affectés à l'IVG.

M. Bruno Carbonne : Je suis, effectivement, confronté à la pratique de l'interruption de grossesse et, notamment, à celle de l'IVG tardive et aux difficultés dont vous faisiez mention à l'instant. Il me semble utile de vous exposer les difficultés rencontrées et les différents obstacles à l'application de la loi.

Il convient tout d'abord de rappeler que cette loi est récente, puisqu'elle n'est parue que le 4 juillet dernier.

Le premier obstacle à son application me semble dû à un manque d'information des professionnels. Un premier facteur qui a freiné son application est que, durant l'été, les professionnels présents étant très occupés - vous connaissez les difficultés démographiques auxquelles nous sommes confrontés durant cette période - n'ont pas forcément été bien informés de l'adoption de cette loi. Beaucoup se sont également demandés si elle pouvait être appliquée directement et immédiatement, ou s'il fallait attendre des décrets d'application ou des recommandations particulières. Ils ne se sont pas précipités pour modifier leurs pratiques.

Un autre facteur qui a freiné son application est l'existence de méfiances vis-à-vis de cette loi, liées notamment à la question des mineures et aux éventuels problèmes médico-légaux. Ces réticences ne venaient pas seulement des gynécologues-obstétriciens, mais également des anesthésistes car, la loi n'imposant plus la nécessité de l'autorisation parentale pour l'IVG des mineures, la question se posait de savoir s'il en fallait une pour pratiquer l'opération. Ce fut un des débats que nous avons eus récemment.

Mais ce premier obstacle peut être, à mon avis, assez vite résolu.

Le deuxième obstacle tient au manque de formation des médecins à ce type de pratiques, dans la mesure où peu de services en ont l'expérience. Selon moi, les seuls à avoir une relative expérience en la matière, étaient essentiellement les services qui avaient l'expérience du diagnostic prénatal et pratiquaient déjà les interruptions tardives de grossesse pour motif médical. Or, techniquement, la réalisation d'une interruption tardive de grossesse est différente. Entre dix et onze semaines de grossesse, on peut dire qu'il n'y a aucune différence avec une interruption instrumentale classique. En revanche, au-delà, il est très fréquemment nécessaire de recourir à des instruments pour morceler le fœtus et il faut reconnaître que c'est un geste particulièrement désagréable et difficile à pratiquer, non seulement pour des raisons techniques, qui font que cette réalisation d'IVG tardive est réputée plus dangereuse - en tout cas, les chiffres montrent une augmentation discrète des risques de complications -, mais aussi parce que ce risque s'accroît probablement en des mains non entraînées. Les médecins ont donc montré une certaine réticence, parce qu'ils n'étaient pas formés à cette technique.

Pour remédier à ces difficultés, le Collège des gynécologues-obstétriciens français a tenté de mettre en place des formations à cette interruption tardive de grossesse ; il ne s'agit pas encore d'une formation continue, mais lors des prochaines journées du Collège, sur les trois journées prévues, deux porteront sur des thèmes consacrés à l'IVG. Le mercredi 6 décembre sera notamment consacré aux techniques chirurgicales. A cette occasion, un gynécologue-obstétricien hollandais, qui a l'expérience de la pratique de l'interruption tardive de grossesse, nous présentera un film qu'il a réalisé sur la technique instrumentale de grossesse entre dix et douze semaines de grossesse. Il y aura également la présentation, par le professeur Michel Tournaire, des recommandations professionnelles de l'ANAES, qui ont été publiées et diffusées par les réseaux de l'ANAES, mais pas directement aux professionnels de gynécologie-obstétrique. Le troisième thème abordé durant ces journées des 6 et 7 décembre portera sur l'interruption de grossesse pour motif médical.

C'est un premier pas car, cet été, quand nous avons commencé à pratiquer des IVG tardives, nous avons été fréquemment interpellés par des collègues d'autres services et

nous avons bien senti une réticence d'ordre technique. Les questions étaient : "Tu en fais, toi ? Comment est-ce que cela se passe ? Quelles techniques utilisez-vous à l'hôpital Saint-Antoine ? Vous n'avez pas eu de problèmes ?" Nous avons senti qu'ils redoutaient surtout de rencontrer des difficultés techniques ou des complications. Le deuxième obstacle est donc dû au manque de formation et aux réticences qu'il engendre.

Le troisième obstacle qui a pu restreindre l'ouverture à l'IVG, ce sont les raisons éthiques. Plus que les problèmes de diagnostic prénatal, de dépistage de malformations mineures ou de choix du sexe de l'enfant, le problème éthique qui s'est posé à certains médecins tient à la nécessité d'avoir à morceler ce fœtus. C'est une difficulté sur un plan technique, mais c'est surtout, je pense, extrêmement difficile à vivre pour de nombreux praticiens, car le geste s'en trouve modifié, peut-être pas tant dans son risque que dans la manière dont il est vécu par les médecins.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Certains entretiens que nous avons eus sur les techniques hollandaises faisaient ressortir que, jusqu'à douze semaines de grossesse, les médecins utilisaient la même technique. Certes, les recommandations de l'ANAES indiquaient qu'il fallait changer de technique et de pratique à ces termes de grossesse, mais les professionnels qui avaient vu pratiquer l'acte en Hollande confirmaient que les techniques ne changeaient pas.

M. Bruno Carbonne : Je pense pouvoir donner un avis légèrement différent, pour en avoir pratiqué moi-même et avoir vu pratiquer les techniques utilisées par les Hollandais. Ces derniers pratiquent l'interruption de grossesse jusqu'à vingt-quatre semaines et il est clair qu'à ces termes, on ne peut pas avoir recours à une simple aspiration.

En fait, entre dix et onze semaines de grossesse, l'IVG se fait presque toujours par une aspiration simple, exactement de la même manière qu'avant dix semaines. Mais il arrive très fréquemment - une fois sur deux - qu'entre onze et douze semaines, nous ayons recours au morcellement du fœtus. Même entre des mains relativement expérimentées, on ne peut pas le prévoir à l'avance et on ne peut affirmer avec certitude qu'il ne sera pas nécessaire d'y avoir recours.

Finalement, on arrive à la situation quelque peu étonnante de médecins qui n'ont pas d'opposition de principe à l'IVG et ne font pas état d'une clause de conscience pour réaliser une IVG, mais qui font état de celle-ci pour réaliser les IVG à ce terme particulier, parce qu'il peut s'avérer nécessaire d'avoir à morceler le fœtus.

J'ai personnellement pratiqué des IVG tardives en nombre important, particulièrement au cours des trois derniers mois. J'avais déjà l'habitude de les pratiquer pour motif médical. Dernièrement, un nouveau chef de clinique est arrivé, auquel j'ai enseigné la technique d'interruption sur une grossesse de douze semaines, pour laquelle il y a eu nécessité de morceler le fœtus. Ce chef de clinique, qui était habitué à pratiquer des aspirations tout à fait normales et qui en avait une grande pratique, était très ému au sortir de cette intervention. C'est un acte difficile à vivre et qui tend à restreindre - j'en suis convaincu - la motivation de certains médecins, qui réalisaient auparavant des IVG.

J'ajouterai une réflexion, ni d'ordre technique, ni d'ordre éthique. Dans leur grande majorité, les patientes qui viennent consulter pour une IVG ne font aucune différence entre une grossesse de huit, dix ou douze semaines. C'est une situation qu'elles vivent de la même façon. La décision est difficile, mais s'inscrit, pour elles, dans un *continuum* à huit, dix ou douze semaines. Pour certains médecins, y compris pour les

anesthésistes confrontés à la réalisation technique de l'IVG en bloc opératoire, le fait d'avoir à assumer cette difficulté technique "douloureuse", au sens moral du terme, alors qu'ils ont l'impression que la patiente ne ressent pas ces difficultés - ce qui est tout à fait normal - est vécu comme une certaine injustice.

Ces éléments ne constituent pas des blocages définitifs, mais font partie des freins rencontrés quotidiennement. Je pense qu'en 1975, au début de la pratique de l'interruption de grossesse, les médecins ressentaient probablement le même dégoût pour les aspirations. Finalement, ce sont des gestes auxquels ils se sont habitués. La pratique rendra probablement les choses moins difficiles, mais il est clair qu'au début, c'est un obstacle ; en tout cas, quand on est proche des douze semaines de grossesse.

Enfin, il y a, à l'évidence, de la part de certains praticiens, des réticences qui ne sont, ni d'ordre éthique, ni d'ordre technique, mais de principe. Certains d'entre eux, s'étant clairement affichés comme étant opposés à l'allongement des délais, freinent pour mettre la loi en application.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Etes-vous plutôt optimiste pour l'avenir ?

M. Bruno Carbonne : Je suis plutôt optimiste, dans la mesure où je pense qu'il y avait au début un manque d'information et que j'ai pu constater depuis lors le souhait, généralement individuel, de médecins de s'informer.

Ce défaut d'information va pouvoir être assez rapidement comblé, d'une part, par la circulaire d'application qui est diffusée actuellement - assez lentement, je dois le dire, puisque je ne l'ai encore reçue, ni *via* le Collège, ni dans ma pratique personnelle - d'autre part, par des actions d'information, comme celle que nous sommes en train de mener, par exemple, avec le professeur Fabrice Pierre de Tours, qui a participé à la rédaction de la circulaire. De nombreuses questions de praticiens sur leurs difficultés nous sont parvenues et nous sommes en train de publier rapidement des réponses dans le *Journal de gynécologie-obstétrique français*. Nous mettons également en place des formations comme celles que nous réalisons au sein du Collège.

Ce manque d'information ou ces réticences techniques vont tomber progressivement et je crois pouvoir dire que la plupart des centres qui réalisent des IVG sont tout à fait ouverts et d'accord pour accueillir des professionnels qui souhaiteraient venir voir leur pratique.

Quant aux difficultés éthiques ou morales, au sens large du terme, que peut provoquer cet allongement, il me semble qu'à partir du moment où les praticiens auront acquis une certaine habitude technique, on passera sûrement au second degré. C'est au tout début de l'expérience que c'est délicat. De plus, cela ne représente pas la majorité des cas ; cela ne représente que quelques interruptions tardives de grossesse et une partie de celles situées entre onze et douze semaines de grossesse. Mais, je répète que l'on ne peut jamais affirmer qu'elles ne nécessiteront pas l'usage de cette nouvelle technique de morcellement du fœtus.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Quel est votre sentiment par rapport à la situation en Ile-de-France ?

M. Bruno Carbonne : Nous avons vécu cette transition de manière très douloureuse à l'hôpital Saint-Antoine, puisque nous avons décidé d'appliquer la loi dès le

mois de juillet et que nous nous sommes heurtés non seulement, comme à l'accoutumée, à la réduction des effectifs pendant cette période, mais aussi au fait que, très clairement, cette année, il n'y a eu aucune concertation entre les professionnels ou les différents services pour assumer cette charge de travail supplémentaire.

De nombreuses demandes ont été présentées dans les hôpitaux de l'Assistance publique et quand on a su - le bouche-à-oreille fonctionne bien en pareil cas - que les hôpitaux Saint-Vincent-de-Paul et Saint-Antoine acceptaient de pratiquer des IVG tardives, de nombreux centres n'ont pas ressenti la nécessité de faire un effort et ont dirigé très systématiquement les cas qui leur arrivaient sur ces deux centres.

Bref, nous avons dû accepter très rapidement une patiente par jour, alors que les prévisions étaient d'une ou deux par semaine au maximum. Puis, nous sommes passés à deux patientes par jour et avons fini par être débordés au point, parfois paradoxal, d'être obligés de retarder des interruptions de grossesse, qui nous avaient été demandées dans des délais précoces, pour pouvoir faire passer des interruptions de grossesse tardives. Certains jours, nous avons eu jusqu'à trois interruptions tardives à pratiquer en urgence, urgence liée au fait que beaucoup de patientes avaient perdu du temps en raison des consultations qu'elles avaient faites dans d'autres centres, qui ne les avaient finalement pas acceptées, et qu'elles arrivaient chez nous à onze semaines et cinq jours. Nous étions donc contraints à programmer ces interventions en urgence, tout en nous demandant si nous avions raison de pratiquer des interruptions chez des patientes qui n'avaient découvert leur grossesse que très récemment, qui pouvaient se trouver dans une situation temporaire de difficultés, et dont nous ne pouvions affirmer qu'elles n'avaient pas pris cette décision hâtivement. Cette difficulté se posera toujours, car nous aurons toujours des patientes qui arriveront en dernière minute et l'allongement des délais conduira, fatalement, certaines patientes à se déterminer plus tardivement pour leur interruption de grossesse.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous le croyez ?

M. Bruno Carbonne : Nous l'avons constaté, mais ce n'est pas la majorité. Nous avons, je crois, rencontré tous les cas de figure, mais nous avons vu trop de patientes qui avaient consulté dans des délais raisonnables dans d'autres centres et se sont retrouvées finalement dirigées bien trop tard vers d'autres centres qui acceptaient de les prendre en charge. Nous devons vraiment travailler sur ce plan pour trouver de meilleures solutions.

Je pense que la situation progresse quand même, peu à peu, et que de plus en plus de centres acceptent de faire ces IVG. Mais, ceux-ci ne se manifestent pas trop, pour éviter les déconvenues que nous avons subies cet été. Ils ne tiennent pas à se retrouver submergés de demandes. Mais si chacun, à sa mesure, accepte les interruptions tardives, nous devrions réussir à répartir la demande.

Je crains que les prévisions, dont il me semble avoir déjà dit qu'elles seraient difficiles à vérifier, de quelque cinq mille IVG tardives par an puissent être dépassées. Mais ma vision peut être biaisée par l'afflux de demandes que nous avons pu connaître cet été à l'hôpital Saint-Antoine.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous parliez de la réaction des anesthésistes par rapport aux mineures. Qu'en est-il aujourd'hui à l'hôpital Saint-Antoine ?

M. Bruno Carbonne : La demande qu'ils exprimaient nous a été posée un certain nombre de fois. Finalement, la Société française d'anesthésie et de réanimation, la SFAR, a été saisie de cette question et s'est prononcée sans ambiguïté pour dire qu'à partir

du moment où la loi autorisait l'interruption volontaire de grossesse chez les mineures sans autorisation parentale, les gestes qui entouraient cette interruption de grossesse, que ce soit l'hospitalisation ou l'intervention elle-même, étaient également autorisés, de fait, par la nouvelle loi.

Cette prise de position de la SFAR a rassuré les anesthésistes qui, maintenant - en tout cas, pour ceux que je connais qui pratiquent des anesthésies pour l'IVG - n'ont plus de réticence.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Avez-vous aussi noté une incidence de la suppression du caractère obligatoire de l'entretien préalable ?

M. Bruno Carbonne : L'incidence s'en est surtout fait sentir dans les situations d'urgence entraînées par des IVG tardives. Plus que l'entretien, ce qui nous a semblé utile, c'est ce petit délai entre le moment où la patiente est vue en consultation et celui où l'acte est réalisé, un délai de quelques jours, quatre ou cinq, dû à de simples raisons de programmations, au cours duquel, qu'il y ait ou non entretien auprès de services spécialisés, nous avons constaté un certain nombre de changements d'avis de patientes qui, finalement, ont préféré poursuivre leur grossesse.

Ce délai n'est pas toujours possible à tenir ou à offrir aux patientes, quand on se trouve dans des situations d'urgence de onze semaines et demi de grossesse, mais il est vrai que nous nous sommes parfois demandés si cette patiente aurait finalement maintenu sa décision, si elle n'avait pas été soumise à la pression de la date butoir. Mais cette question s'est posée de tout temps. Auparavant, quand la date butoir était de dix semaines, les patientes se trouvaient dans la même situation. Je ne pense pas que la situation soit fondamentalement modifiée de ce point de vue.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : L'alternative proposée, celle de l'IVG médicamenteuse, à condition que la femme sache qu'elle est enceinte suffisamment tôt, puisque les recommandations de l'ANAES préconisent son utilisation jusqu'à sept semaines de grossesse, peut-elle être une réponse, notamment face à certaines réticences des médecins ? Que pensez-vous de son développement en médecine de ville ?

M. Bruno Carbonne : Pour ce qui est de l'allongement du délai pour l'IVG médicamenteuse, à mon avis, les centres qui ont l'habitude de ces interventions sont assez à l'aise avec cette technique jusqu'à cinq semaines de grossesse et, finalement, le besoin d'allonger ce délai n'est pas manifeste.

En revanche, il me semble que l'on peut gagner en proposant de réaliser ces interruptions à domicile, ce qui a été envisagé dans les recommandations de l'ANAES. Ces recommandations sont publiées, mais l'information n'est pas très bien passée. Des centres s'interrogent notamment sur la question de la prise en charge, puisque, auparavant, il y avait une hospitalisation de quelques heures. Certains se sont demandés si le forfait qui était appliqué, comprenant une hospitalisation, le serait toujours quand la patiente serait à domicile.

Mme Elisabeth Aubéy est en train de lancer une enquête sur trois centres, dont nous avons voulu faire partie. La publication de l'expérience de quelques centres devrait déjà apporter un élément rassurant aux professionnels qui hésitent à recourir à ce type de techniques. A l'hôpital Saint-Antoine, cette technique permettrait clairement d'augmenter nos capacités d'accueil, puisque, aujourd'hui, les lits d'hospitalisation consacrés à

l'interruption de grossesse sont relativement limités. Pouvoir pratiquer ces IVG de manière ambulatoire nous offrirait probablement la possibilité de répondre à plus de demandes.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il existe donc deux possibilités : l'ambulatoire et la médecine de ville avec la création de réseaux. Dans le cadre de réseaux entre l'hôpital et des médecins, il y aurait ainsi possibilité de pouvoir sortir l'IVG de l'hôpital.

M. Bruno Carbonne : Dès lors que les centres ou les hôpitaux qui pratiquent l'IVG auront pris l'habitude de traiter les patientes sans hospitalisation, les relations médecine de ville-hôpital devraient être facilitées pour la prise en charge de l'IVG. Pour le moment, il est difficile de modifier les vieilles habitudes.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Quel est votre sentiment concernant l'absence de statuts des services et des personnels, même si des crédits votés dans les budgets 2000 et 2001 devraient permettre de transformer des postes de vacataires en postes hospitaliers ? Cela a-t-il été suivi d'effet ?

La valorisation de l'acte d'IVG ou le fait de ne plus accorder à cet acte un statut spécifique, mais de le traiter comme tout autre acte médical dans le budget de la sécurité sociale seraient-elles des propositions de nature à faire avancer la situation des médecins ou des personnels de santé ?

M. Bruno Carbonne : Vous n'ignorez pas que les vacations sont très mal payées et surtout qu'elles correspondent à des statuts extrêmement précaires, qui n'étaient acceptables que par les médecins ayant vécu l'époque militante de l'IVG. Or, je crois pouvoir dire que ce militantisme a beaucoup diminué, car les nouvelles générations de médecins, qui ont toujours connu l'IVG, n'ont pas connu les difficultés d'une société où elle était interdite. Il en résulte que les médecins ne se battent pas pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, surtout dans le cadre de statuts de vacataire.

A l'hôpital, vacataire est synonyme d'insécurité d'emploi et, généralement, ce sont des médecins installés en ville qui détiennent ces postes de vacations hospitalières. Ces médecins, de plus en plus sollicités, ont davantage de travail. Il est donc de plus en plus difficile de trouver des professionnels qui acceptent de donner de leur temps pour un travail, ni particulièrement enrichissant, ni gratifiant et, de surcroît, mal payé.

Il me semble que la transformation de ces vacations en poste de praticien hospitalier, à temps partiel, par exemple, ne peut être qu'une bonne chose. J'y mettrai cependant un bémol : quand un chef de service propose un poste de praticien hospitalier, même à mi-temps à un médecin, il risque d'y avoir des réticences, si ce poste est exclusivement réservé à l'interruption de grossesse. Très concrètement, dans les services, ces postes ont permis de recruter des personnels qui ne consacrent qu'une partie de leur temps à l'IVG. En effet, dans la plupart des services, l'interruption de grossesse est répartie entre plusieurs médecins et il est assez rare, dans la pratique, que ces postes soit dévolus à un seul médecin, même s'il en est le titulaire officiellement.

En revanche, les services ayant bénéficié de postes de praticiens au titre de l'interruption volontaire de grossesse devraient se montrer particulièrement exemplaires en matière d'application de la loi. Je crois pouvoir affirmer que ce n'est pas toujours le cas, au moins en ce qui concerne la région parisienne. En l'état actuel, un chef de service, qui accepte la mission de service public, est censé organiser l'IVG selon les termes de la loi. Il me semble donc difficile de concevoir qu'un chef de service n'accepte pas que l'on

pratique des IVG au-delà de dix semaines dans son établissement et son service. Des recommandations adressées aux chefs de service devraient faire sauter les blocages, qui sont toutefois extrêmement mineurs.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous est-il arrivé, personnellement, de pratiquer des IVG sur des mineures n'ayant pas recueilli le consentement parental ?

M. Bruno Carbonne : Oui.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Par qui sont-elles accompagnées ? Quel est le rôle de l'accompagnant ?

M. Bruno Carbonne : C'est assez variable. Il nous est assez difficile de savoir exactement quelle est la relation de la jeune femme avec le majeur accompagnant. Il faudrait leur demander leurs papiers pour s'assurer que l'accompagnant est majeur. C'est une de nos difficultés d'ordre pratique. Dans certains cas, il est vraisemblable que le majeur accompagnant n'est autre que le copain de la personne mineure. Jusqu'à présent, cette situation ne s'est pas souvent présentée. Nous avons toujours insisté pour avoir l'accord parental.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ce sont le plus souvent des garçons qui accompagnent ?

M. Bruno Carbonne : Les deux cas se présentent. Parfois, c'est un garçon et nous avons la forte présomption qu'il s'agit de l'ami de la jeune femme. Parfois aussi, les personnes accompagnantes sont des parentes, une cousine ou une tante, probablement à l'écoute plus bienveillante que celle de parents directs. Mais la situation la plus délicate est sans doute celle de mineures de moins de quinze ans. Mais, nous n'avons pas été très souvent confrontés à ce type de situations.

Nous sommes en train de collecter des renseignements sur toutes les interruptions de grossesse, notamment tardives, pour répertorier les difficultés techniques que nous avons pu rencontrer, les incidents, voire les accidents, pour essayer de dresser un état des lieux précis, de chiffrer les situations nouvelles auxquelles nous avons été confrontés et la manière dont nous avons été amenés à y répondre.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Avez-vous vous-même des questions à nous poser ?

M. Bruno Carbonne : Par quels canaux, la circulaire d'application que vous venez de me remettre, est-elle diffusée ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Elle est envoyée aux agences régionales de l'hospitalisation, aux préfets de région, aux préfets de départements et, normalement, directement aux directeurs d'établissements de santé.

Audition de M. Jean Parrot, président du conseil national de l'Ordre des pharmaciens

Réunion du 13 novembre 2001

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir M. Jean Parrot, président du conseil national de l'Ordre des pharmaciens, pour évoquer les problèmes d'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception, promulguée le 4 juillet dernier, et de la loi relative à la contraception d'urgence.

Il nous a semblé indispensable de recueillir votre avis, car les pharmaciens, en officine, en laboratoires ou à l'hôpital, jouent un rôle clé, trop souvent méconnu, dans la diffusion de la contraception et l'accès à l'IVG, notamment à l'IVG médicamenteuse.

En ce qui concerne la contraception d'urgence, la vente libre du Norlevo en pharmacie, sans prescription médicale, constitue un progrès considérable. La France a été le premier pays à mettre ce produit sur le marché, sans prescription médicale. D'autres pays l'ont suivie depuis. De même, la possibilité d'administrer cette contraception en milieu scolaire aux mineures sans autorisation parentale, constitue une autre avancée de la loi sur la contraception d'urgence.

Peut-on dès à présent, par l'analyse des ventes en officine, évaluer l'usage qui en est fait par les femmes majeures, mais aussi par les mineures ?

Un décret devrait prochainement intervenir afin d'organiser la délivrance gratuite aux mineures en officine de cette contraception d'urgence. Quelles sont les difficultés rencontrées à ce sujet, notamment en matière de prise en charge ?

Les procédés contraceptifs se sont perfectionnés ces dernières années, depuis les pilules de troisième génération jusqu'aux implants sous-cutanés et aux préservatifs féminins. On nous annonce également la sortie d'un patch contraceptif. Le préservatif féminin, qui présente l'avantage de prévenir aussi contre le sida et les MST, n'est en vente que dans une cinquantaine de pharmacies en France. Pouvez-vous nous dire à quelles difficultés se heurte une plus large diffusion ?

S'agissant de l'IVG médicamenteuse, quel est l'avenir du RU 486 et de son utilisation en médecine de ville ? Un assouplissement de la réglementation et de la mise à disposition de ce médicament vous semble-t-il envisageable ?

En ce qui concerne le stérilet, un nouvel arrêté est paru fixant son prix de vente à 180 francs. Pensez-vous qu'il connaîtra les mêmes difficultés que celles du précédent arrêté, qui avait fixé ce prix à 142 francs et n'a jamais pu être appliqué ?

M. Jean Parrot : Nous sommes heureux de pouvoir vous rendre compte de ce qui se passe sur le terrain, afin vous puissiez légiférer sur ces questions de société, qui nous intéressent grandement compte tenu de notre activité professionnelle.

S'agissant de la loi relative à l'IVG et à la contraception du 4 juillet 2001, les pharmaciens n'ont pas à intervenir directement, sauf pour conseiller ou orienter les

personnes qui viendraient dans une pharmacie pour savoir comment faire en la matière. Généralement, le pharmacien oriente tout de suite vers un médecin ou, directement, pour ne pas perdre de temps, vers un gynécologue. Les problèmes qui peuvent se poser à nous en ce domaine concernent l'obtention de rendez-vous en urgence. Dans l'exercice de mon métier de pharmacien, j'ai dû deux ou trois fois batailler pour obtenir des rendez-vous en urgence pour des jeunes filles, pour lesquelles la décision d'IVG devait être prise dans les jours ou les semaines suivantes et non dans les trois ou six mois. Quand un spécialiste dit que son carnet de rendez-vous est plein et qu'il ne peut pas accorder de rendez-vous avant le mois de décembre, alors qu'on est début novembre, ce n'est pas admissible. Heureusement, dans la plupart des cas, entre pharmaciens et médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, nous arrivons à obtenir des rendez-vous en urgence, du jour au lendemain. Mais c'est parfois un véritable souci.

Je ne me permets pas de juger, même si j'ai des convictions personnelles, du côté positif ou négatif de l'allongement des délais de l'IVG : c'est un débat de société. Je pense que vis-à-vis de jeunes ou de moins jeunes, placées dans une situation de détresse, il est bien qu'une telle loi ait été adoptée, mais je me demande aussi, à titre personnel, s'il n'existe pas d'autres moyens d'éviter l'IVG, alors que tant de familles sont à la recherche d'un enfant. J'ai été amené à m'interroger personnellement à plusieurs reprises sur ce sujet, peut-être parce que j'ai eu un parcours assez atypique. J'ai fait mon internat à l'hôpital Lariboisière, où je suis resté plusieurs années et où j'ai noué des relations fortes avec mes collègues internes en médecine, qui travaillaient à la maternité.

Venons-en au deuxième point que vous avez soulevé : le Norlevo.

Il s'agit d'un produit très intéressant. Arrivé sur le marché, il a tout de suite trouvé sa place, en répondant à une attente des pharmaciens, qui, confrontés à des jeunes personnes en situations difficiles, devaient trouver une réponse avec les médicaments qu'ils avaient en stock : une pilule de première génération sous forme de prise de quatre pilules était dispensée en une seule fois. En général, les pharmaciens essayaient de la faire prescrire par un médecin pour qu'il y ait une prise en charge médicalisée par la suite.

La mise du Norlevo sur le marché et son accessibilité sans prescription ont permis aux pharmaciens de jouer un rôle de conseil : orientant toujours la jeune femme vers un médecin, ils lui expliquent qu'il lui faut une prise en charge médicale, parce que la contraception d'urgence, réponse à une situation critique un jour donné, ne constitue pas une gestion de la contraception dans le temps.

Le Norlevo a donc bien trouvé sa place en pharmacie. A l'heure actuelle, sur neuf mois cumulés pour l'année 2001, les pharmaciens ont délivré plus de 600 000 boîtes, ce qui se compare aux 441 000 boîtes vendues en 2000, sur neuf mois cumulés. Cela montre à l'évidence que, d'une part, les pharmaciens jouent le jeu, remplissent bien leur mission et que, d'autre part, ce produit répond à une demande importante. Il est maintenant connu, il répond à une situation de risque ou à une inquiétude formulée un jour donné. En l'absence d'usage, dans 90 % des cas, l'inquiétude de la femme disparaîtrait avec la réapparition des règles quelques jours plus tard et le problème serait résolu sans médicament, mais au prix d'une certaine anxiété et d'une prise de risque. Le fait de pouvoir dispenser ce produit, dès l'instant où la personne pense avoir pris un risque, élimine celui-ci, mais appelle un comportement modifié de la part des jeunes, qui ne doivent pas systématiquement recourir à ce produit.

Je suis, à cet égard, un peu inquiet de la politique développée par le fabricant, qui voudrait que son produit soit remboursé. J'entends dire qu'il devrait être remboursable pour

que les pharmaciens aient un prix maximum imposé. Je n'ai pas eu connaissance de dérives de prix, même si j'ai entendu dire que certains pharmaciens le vendaient 80 francs. Mais le fait de le rendre remboursable ne va-t-il pas conduire des jeunes à tenter de le faire inscrire sur une ordonnance et à risquer d'en faire un achat de prévention ?

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : Vous considérez que c'est un risque ?

M. Jean Parrot : Je considère que c'est un risque et j'estime que ne pas mettre en œuvre de politique de prévention par des outils normaux, mais prescrire ce produit "*au cas où...*" ne répondrait pas à une bonne politique de santé publique.

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : Une enquête, dont nous parlait Mme Elisabeth Aubény, a été réalisée en Angleterre à partir de deux catégories de femmes, celles ayant le Norlevo à domicile, et celles qui devaient le réclamer en cas de besoin. Les résultats ont montré qu'il n'y avait pas de grande différence comportementale.

M. Jean Parrot : Je juge simplement en termes de santé publique. Je pense qu'il est dommage d'en venir à dispenser une charge hormonale importante, sans mettre en place une véritable politique de prévention à long terme.

Le Norlevo engendre une forte motivation pour l'obtenir dans un temps très réduit, parce qu'il se justifie en cas d'urgence, mais si, ensuite, on ne sécurise pas le comportement de la jeune fille ou de la femme, elle risque de revivre la même situation. Or, je dis à chaque femme qui vient m'en acheter qu'il faut parvenir à mettre en œuvre une vraie contraception.

Là où j'exerce, se trouve un lycée agricole avec un internat, pour garçons et filles. Dès l'instant que tout le monde a su que ce produit était arrivé en pharmacie, j'ai vu régulièrement venir des jeunes de l'internat. Ils savent maintenant que, premièrement, si le jeune homme vient seul, je ne délivre rien, car j'exige que ce soit la jeune fille qui vienne, accompagnée ou non, et que, deuxièmement, je l'envoie systématiquement ensuite chez le médecin. Maintenant, le pli est pris. Elles viennent régulièrement. Mais, parfois ce sont les mêmes qui reviennent ; alors j'essaie d'avoir un rôle éducatif à leur égard.

J'en arrive maintenant au point concernant la gratuité.

Un jour, j'ai reçu le coup de téléphone d'un sénateur, qui m'a dit : "Monsieur le président, on a décidé la gratuité du Norlevo en milieu scolaire. Mais, vous savez comme moi que les heures d'accès en milieu scolaire sont relativement brèves par rapport à la vie. Ne croyez-vous pas qu'il serait bien de décider aussi la gratuité dans les pharmacies ?" Je lui ai répondu que, personnellement, j'y serais favorable, que cela m'aiderait même beaucoup, parce que, dans notre exercice quotidien, nous recevons des mineures, parfois même de très jeunes mineures, ce qui nous pose problème.

Il m'a demandé comment résoudre la question du paiement : je lui ai répondu de ne pas s'inquiéter, que les pharmaciens avaient l'habitude de mener tellement d'opérations compliquées avec les caisses, que nous arriverions bien à trouver une formule pour le Norlevo.

Au cours des débats parlementaires, la ministre a estimé gênant d'étendre cette gratuité aux pharmaciens, parce qu'elle n'exerçait pas de contrôle sur ces derniers. Le sénateur avait alors répondu : "Mais, madame, en avez-vous davantage sur les

infirmières ?" Donc, cette gratuité a été décidée par la loi. Le décret serait actuellement devant le Conseil d'Etat et j'espère qu'il paraîtra avant Noël.

Nous avons assorti le décret d'une convention entre la CNAM et le conseil national de l'Ordre des pharmaciens, par l'intermédiaire du comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française, le CESSPF, créé au sein de l'Ordre il y a maintenant plus de 40 ans. Cette convention prévoit l'élaboration par ce comité d'un livret grand public sur le Norlevo, la contraception, la mise en place de la contraception, la vie sexuelle de la femme, etc. Les pharmaciens doivent s'engager, en remettant gratuitement le Norlevo, à donner des explications et à remettre ce livret à la jeune fille. Cette convention a été soumise aux autorités de tutelle et n'a soulevé aucune objection. Nous allons donc nous y engager et recevoir des subsides pour le faire. Assortir la délivrance en pharmacie de la remise de ce document d'accompagnement devrait permettre d'obtenir une meilleure prise en charge de ces jeunes.

La distribution de la contraception d'urgence en milieu scolaire est complémentaire à l'action des pharmaciens et non une concurrence. Les infirmières scolaires ont distribué quelques milliers de boîtes. C'est à la fois très peu par rapport aux pharmaciens et beaucoup. C'est très peu en quantité, mais c'est beaucoup parce que 4 000 boîtes délivrées peuvent représenter 4000 cas importants. Le travail des infirmières est donc complémentaire de celui des pharmaciens et s'inscrit dans un autre cadre, qui est aussi un cadre sanitaire. Nous ne nous y sommes jamais opposés et nous avons toujours soutenu qu'il fallait agir de concert. Dans le cadre de la convention, nous avons même prévu, si les infirmières s'approvisionnaient en pharmacie - ce qui risque fort d'être le cas, puisqu'elles n'ont pas d'autres sources d'approvisionnement - de leur remettre le livret, pour qu'elles puissent le transmettre, en même temps que le Norlevo, à la jeune personne intéressée.

Reste la question de savoir comment nous ferons la différence entre femmes majeures et mineures. Pour nous, ce sera déclaratif, c'est-à-dire que nous demanderons à la personne, qui se présentera devant nous, si elle est mineure ou majeure. Si elle répond qu'elle est mineure, il y aura gratuité. Sinon, elle paiera. Nous jugeons que les personnes que nous aurons devant nous, dans la situation où elles sont, seront suffisamment honnêtes pour nous dire si elles doivent payer ou non. De toute façon, d'après notre expérience, il n'y aura pas plus du quart des jeunes femmes qui sera concerné par la gratuité. Nous avons déjà étudié avec la sécurité sociale ce que cela pourrait représenter en valeur. Nous l'avons estimé entre 5 et 7 millions de francs, pour un marché global aujourd'hui de 18 millions de francs.

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : En ce qui concerne le contenu du livret, je voudrais attirer votre attention sur un point précis, car nous vérifions, auditions après auditions, qu'une des raisons de l'échec de la contraception est le manque de contraception adaptée. La pilule, par exemple, est prévue pour les jeunes femmes de moins de quarante ans, ayant des relations régulières, mais il y a des accidents, des oublis, liés parfois au mode de vie. On fait beaucoup reposer la contraception sur la pilule. Dans votre livret de présentation, je voudrais savoir si vous avez pensé à présenter une large palette des moyens de contraception.

M. Jean Parrot : Il y a une présentation assez large, mais également succincte, parce que nous renvoyons cette information au médecin. En revanche, nous insistons beaucoup sur l'hygiène et sur la connaissance que la femme doit avoir de son cycle. Nous nous sommes malheureusement aperçus que ce point n'est pas facilement abordé, ni connu des jeunes filles et qu'elles avaient besoin d'une connaissance technique donnée par une documentation succincte. Il fallait donc un petit fascicule, clair et compréhensible, qui

renvoie surtout la jeune fille à une décision de consulter, de manière à être suivie dans sa vie de femme par un médecin.

Mme Martine-Lignièrès-Cassou, présidente : Je trouve que c'est une très bonne initiative. Mais il subsiste un mythe chez les jeunes filles, qui croient n'être vulnérables qu'au 14^e jour de leur cycle. Je n'ai pas relu depuis un certain temps les manuels de sciences de la classe de première, mais c'est une idée qui semble complètement ancrée dans la tête des jeunes filles. Elles ont des accidents de contraception, parce qu'elles croyaient qu'en dehors du 14^e jour, elles ne risquaient rien.

M. Jean Parrot : Il y aurait beaucoup à faire au niveau des manuels scolaires. Mais nous touchons là à un tout autre domaine, celui de l'enseignement des sciences de la vie. Il faudra bien, un jour, y introduire la santé en général, c'est à dire également les médicaments et les pathologies les plus graves. Ce sera plus important que de continuer à étudier la mouche drosophile et ses chromosomes ! Qui pèsera suffisamment fort pour que cette mutation s'opère ? Je ne le sais pas, mais cela me paraît capital. Ce n'est pas à soixante ans, quand nous commençons à développer des pathologies, que l'on éduque les gens. Il faut commencer dès l'école maternelle et l'école primaire.

Nous avons fait des expériences en ce sens, avec les moyens limités qui sont les nôtres. Nous avons conçu des valises pédagogiques d'usage scolaire, adaptées aux âges des enfants, pour leur présenter des points essentiels, tels que les posologies, et de façon très ludique pour les écoles maternelles ; il y avait la présentation d'une gélule, d'un comprimé, d'une cuillère à soupe, à dessert. On expliquait pourquoi un sirop est sucré. Les enseignants qui ont accepté de prendre ces valises et de jouer avec les enfants s'en sont très bien trouvés. Nous avons fait le même travail pour les écoles primaires et pour le secondaire. Les quelques professeurs de sciences de la vie qui ont joué le jeu et accepté ces valises ont été très contents de l'impact sur les jeunes. Mais il faudrait maintenant changer de niveau. Cela ne peut plus rester expérimental. A mon avis, le législateur pourrait tout à fait s'emparer de ce sujet dans le cadre d'une politique de prévention.

Vous m'avez ensuite posé de nombreuses questions sur les procédés contraceptifs et les pilules.

En ce qui concerne les pilules, j'ai essayé de mener une réflexion sur la consommation des pilules de première, deuxième et troisième génération, pour vous donner une photographie de la situation actuelle.

A l'heure actuelle, sont dispensés près de deux millions de pilules de première génération, près de quatre millions de deuxième génération et dix millions de troisième génération, sachant que les pilules de troisième génération ne sont pas prises en charge, mais devraient bientôt l'être.

Mme Martine-Lignièrès-Cassou, présidente : Il y a débat sur ce point, surtout après les dernières analyses de l'ANAES.

M. Jean Parrot : Oui, je fais partie de la commission de la transparence, qui a travaillé sur ce sujet. De deux choses l'une : ou l'on considère comme une valeur ajoutée le fait que ces pilules soient micronisées, sous-dosées par rapport aux autres, avec une exposition hormonale plus faible pour un résultat identique, auquel cas, il y a une valorisation galénique et, si c'est le cas, il n'y a aucune raison que le laboratoire n'en soit pas récompensé ; ou A égale B égale C, et les pilules sont toutes payées le même prix. Les deux politiques sont possibles. Personnellement, je suis pharmacien. A ce titre, je respecte

la galénique et l'investissement galénique qu'a pu faire un laboratoire. Je pense de plus qu'une exposition moins forte à des hormones est toujours préférable. Peut-être faut-il valoriser la pilule de troisième génération, pas forcément au prix où elle est sur le marché mais, en tout cas, il faut qu'elle soit valorisée.

En ce qui concerne les implants, je suis assez réservé parce que, pour le moment, dans les pays développés, nous n'avons pas une grande expérience de la mise en place d'implants. Cette technique me paraît devoir être plutôt réservée à des catégories de population qui n'ont pas la même maîtrise que celle que nous pouvons avoir dans nos sociétés.

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : Dans notre population, je pense notamment aux personnes handicapées mentales.

M. Jean Parrot : Vous avez tout à fait raison, mais, pour le moment, ce n'est pas encore très avancé. En tout cas, je n'ai pas de statistiques sur les implants.

Nous avons essayé de mettre en place le préservatif féminin en pharmacie. Cela n'a pas été très bien accueilli. Il faut dire, tout d'abord, que le prix était dissuasif. Ensuite, son usage n'est pas vraiment pratique, il faut bien le reconnaître. Si vous entrez en discussion avec des jeunes femmes qui peuvent vous donner leur expérience du vécu de cette pratique, les quelques échos que vous en aurez ne sont pas du tout favorables à l'usage des préservatifs féminins.

Pour autant, il existe. Il est certainement bien conçu et répond très bien à ce pourquoi il est fait. Je pense que, dans certaines populations, il faut qu'il soit vulgarisé. Quand ce n'est pas le désir du conjoint de mettre un préservatif, il faut bien trouver une solution et que ce soit l'autre qui se protège.

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : Qui protège les deux.

M. Jean Parrot : Le marché des préservatifs masculins est plutôt en baisse en officine. Mais cette baisse ne signifie pas forcément que le marché global soit en baisse, puisque, comme vous le savez, il n'existe pas de monopole sur ce marché. D'autres circuits que le réseau pharmaceutique - les associations, les grandes surfaces - permettent aussi d'en acquérir. Mais pour nous, globalement, de 2000 à 2001, nous sommes passés de 3,7 millions à 3,4. Sur un an, nous avons perdu près de 10 %.

Les préservatifs sont considérés comme des articles d'hygiène et non comme des médicaments. On peut se poser la question de la qualité de certains dispositifs, qui, normalement, doivent être soumis au marquage CE et correspondre à un cahier des charges précis. Dans les pharmacies, nous avons eu à nous mettre aux normes CE, il y a quelques années, ce qui a entraîné la disparition de tous les stocks que nous avions. Je ne sais pas comment cela se passe dans les autres circuits de distribution, car cela ne fait pas partie de notre champ d'activité.

Le patch est certainement un bon outil pour l'avenir. Il faudra simplement faire très attention à sa diffusion. En effet, la diffusion du produit ne se fait pas de la même façon, selon la qualité de réalisation du patch. Il faudra donc des cahiers des charges très stricts et une conformité absolue, sans cela la diffusion hormonale ne sera pas identique. Selon les procédés de diffusion, selon que ce sera des filets osmotiques, des gels ou simplement un plaquage genre gomme, la diffusion ne s'opérera pas de la même façon. Il faut faire des essais indépendants de chaque sorte de patch, mais encore faut-il qu'ils soient

dosés, non pas en fonction de la quantité d'hormones contenue dans le patch, mais en fonction de celle diffusée par le patch. Les études d'évaluation seront donc très difficiles à réaliser. De plus, son utilisation nécessitera un véritable suivi hormonal des charges hormonales diffusées. Un élément supplémentaire est à prendre en compte : je ne suis pas sûr que la totalité des individus réagissent de la même façon. L'épaisseur de la peau des blonds n'est pas la même que celle des peaux mates et, pour les populations noires et asiatiques, c'est sans doute encore très différent. L'élaboration de ces patches sera donc très délicate.

Ma réflexion sur ce sujet vient du fait que l'on utilise déjà le patch pour les traitements de la ménopause. Beaucoup de produits existent, soit mono-hormonaux, soit bi-hormonaux, chargés soit uniquement en progestérone, soit en progestérone plus œstradiol. Selon la composition du dispositif, les personnes réagissent plus ou moins aux patches hormonaux qu'on leur prescrit. Il faudra donc, dans le cadre de la transposition du patch pour la contraception, que le sujet soit bien étudié.

En ce qui concerne l'IVG médicamenteuse, nous sommes prêts à jouer notre rôle. Pour l'instant, le RU est dispensé par les hôpitaux. Il faudra que les autorités réfléchissent à la question de son accès en ville.

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : Dans le cadre de la nouvelle loi sur l'IVG, à partir du moment où sont mis en place des réseaux de soins et de santé entre médecins de ville et centre hospitalier, cela signifie qu'il faudra modifier le classement du RU.

M. Jean Parrot : Nous n'y sommes absolument pas opposés. Les pharmaciens sauront aussi bien gérer ce produit, qui ne présentera pas plus de risques que d'autres médicaments dispensés aujourd'hui par les pharmaciens, qui jouent très bien leur rôle. De toute façon, nous serons dans le cadre d'un vrai suivi médical, puisqu'il y aura eu prescription avant et qu'il y aura un suivi. Cela ne se fera pas sans équipe médicale.

En ce qui concerne le stérilet, il est vraiment regrettable qu'il n'y ait pas eu davantage de concertation préalable lorsqu'il a été décidé de le mettre d'autorité à 140 francs. Le prix alors demandé - 300 francs - a été jugé excessif. Or, à mon avis, le stérilet était la méthode contraceptive qui coûtait le moins cher, puisqu'il est mis en place pour deux ou trois ans.

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : En moyenne, deux ans. Cela fait 150 francs par an.

M. Jean Parrot : Par ailleurs, les femmes qui l'utilisent ont un confort de vie et une liberté d'esprit qui, s'il est supporté, en fait un outil très intéressant. De plus, il permet de traiter des catégories de femmes parfois difficiles à éduquer. Dans mon quartier, beaucoup de femmes du Maghreb, par exemple, utilisent ce moyen qui leur permet d'avoir une contraception à l'insu de leur mari. Pour elles, c'était une bonne solution qu'elles arrivaient toujours à payer. On trouvait des solutions et, finalement, ce n'était pas cher par rapport à la durée d'utilisation.

Personne ne s'est plié à la décision nous imposant un prix de 140 francs. Pourquoi ?

Il faut savoir que le pharmacien achète, en général, cet article entre 180 francs et 220 francs, selon les laboratoires. Le prix d'achat par le pharmacien du Nova T, le plus

vendu puisqu'il représente la moitié du marché, est de 220 francs. Après application du taux de TVA à 19 %, et non 5,5 % ou 2,1 % comme pour les médicaments, on obtient un prix de 270 francs. Il faut ensuite que le pharmacien prenne une marge. Qu'il prenne 15 ou 20 %, et nous sommes autour de 300 francs. Comment voulez-vous qu'il puisse le facturer 140 francs ?

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : L'objectif du ministère était de faire baisser le prix de vente par le laboratoire.

M. Jean Parrot : Il faut donc faire baisser le prix du fabricant. J'aurais apprécié que l'on démonte la filière et qu'on la remonte, comme on a pu le faire quand on a mis en place le Stéribox pour les toxicomanes. On a clairement dit que c'était un problème de santé publique : on a donc réduit la marge de tous les intervenants, mais on a aussi donné quelque chose à tous. Les pharmaciens ont accepté d'avoir 1,5 franc par boîte ; les grossistes d'avoir 40 centimes par boîte et les fabricants de le réaliser pour 5 francs. Quand on additionne le tout, on le vend à 7 francs et personne n'est lésé. Tout le monde l'est, en fait, puisque personne n'a de véritable marge, mais chacun a un pourcentage, ce qui fait qu'il n'y a pas de rejet.

Or, pour le stérilet, nous allons encore arriver à un blocage et je sais très bien que, comme c'est une vente anecdotique, certains confrères n'en vendront pas. Car il faut bien reconnaître que nous n'en délivrons pas beaucoup. Pour vous donner des chiffres, nous en délivrons actuellement 320 000 boîtes, contre 350 000 boîtes par an auparavant. Ramené à 23 000 officines, cela fait à peu près une boîte par mois par officine. Il existe de plus une douzaine de marques différentes. Certes, quatre font la quasi-totalité du marché, et les autres sont confidentielles. Donc, les pharmaciens les vendront sur commande, s'ils les vendent.

On a abouti à une impasse, parce que l'on n'a pas mis tous les acteurs autour d'une table. Or, nous avons l'habitude de le faire. Une étude comme celle sur le Stéribox a été initiée par l'Ordre. C'était l'époque où nous avions une ministre, Mme Michèle Barzach, médecin et gynécologue elle-même, qui s'était beaucoup investie pour que l'on passe à un autre système que celui de l'interdiction de vente des seringues en pharmacie.

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : Elle a été très courageuse.

M. Jean Parrot : Oui, elle était très courageuse, mais elle nous avait fait exécuter un virage à 180°. Je puis vous dire qu'à l'époque, je l'avais fait avec bien des difficultés. Dans la profession, nous nous étions fait beaucoup critiquer. Nous avons reçu des volées de bois vert. Mais nous l'avons fait ! Et je crois que les pharmaciens, sur le principe du Stéribox et de la prise en charge du toxicomane, ont bien accepté de jouer le jeu et d'assumer un rôle social.

Pour en revenir au stérilet, il faut recommencer. Ce n'est pas comme cela qu'il faut faire.

Je peux vous adresser le contenu de notre livret sur le Norlevo dès que nous l'aurons validé.

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : J'insiste vraiment sur le mythe du 14^e jour du cycle.

M. Jean Parrot : Je ne sais pas comment ce point a été traité. Nous pouvons peut-être encore agir sur le contenu du livret que nous avons rédigé, bien entendu, avec des gynécologues et des professionnels compétents en ce domaine.

Je voudrais aborder un point supplémentaire, celui de la nécessité d'avoir une meilleure lisibilité en termes de prévention.

Mme Martine-Lignières-Cassou, présidente : Je vous l'accorde. Il faudrait que nous ayons une politique de prévention qui puisse se décliner par sexe et par âge. Je connais moins les problèmes des hommes, mais je vois que, de la contraception à l'IVG en passant par la détection du cancer du sein, l'ostéoporose et la ménopause, une véritable politique de prévention reste à décliner.

**Audition de Mme Annick Fayard-Riffiod, conseillère technique
auprès de M. Jack Lang, ministre de l'Education nationale**

Réunion du 20 novembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Annick Fayard-Riffiod, conseillère technique auprès de M. Jack Lang, ministre de l'Education nationale, accompagnée de Mme Nadine Neulat, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale du ministère de l'Education nationale.

La Délégation aux droits des femmes s'est vu confier une mission de suivi de l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception du 4 juillet 2001. L'article 24 de cette loi reprend, en les inscrivant dans le code de la santé publique, les dispositions de la loi du 13 décembre 2000 et du protocole national du 27 mars 2001, relatif à la contraception d'urgence en milieu scolaire. Ces textes ont permis aux infirmières scolaires d'administrer à nouveau la pilule du lendemain à des élèves en cas d'urgence et de détresse caractérisée et si aucun médecin ou centre de planification n'est immédiatement accessible.

Nous souhaiterions recueillir de votre part un premier aperçu de l'application de la contraception d'urgence dans les collèges et les lycées et évoquer avec vous quelques difficultés signalées par des collègues de la Délégation : réticence de certains médecins scolaires ou chefs d'établissement à l'application du protocole et divergence d'appréciation entre médecins et infirmières scolaires sur les conditions de son application ; difficultés pour les infirmières à contacter en urgence un médecin ou un centre de planification, notamment dans les petites villes ou en milieu rural ; difficulté de sortie des établissements pour les mineures ; problème de formation des infirmières à ces nouvelles pratiques ; problème de crédits pour l'approvisionnement en Norlevo des pharmacies d'établissements.

Par ailleurs, nous souhaiterions avoir des éclaircissements sur la manière dont est traité, en milieu scolaire, le problème des violences et des agressions sexuelles sur les mineures de moins de 15 ans. Quelle attitude doivent adopter les infirmières scolaires vis-à-vis des autorités administratives ou judiciaires, lorsqu'elles ont connaissance de tels faits ?

Mme Annick Fayard-Riffiod : Deux phases doivent être distinguées : d'une part, la période précédant la promulgation et l'application de la loi du 4 juillet 2001, qui a donné lieu à des mises en œuvre diverses du protocole et a soulevé de nombreuses incertitudes ; d'autre part, la période de mise en œuvre de la loi, qui nous a permis de lever un grand nombre des difficultés d'application.

En ce qui concerne le problème de l'information des personnels, je commencerai par souligner que l'Education nationale a fait, ces dernières années, un effort considérable de recrutement de personnels, notamment de santé -particulièrement médecins et infirmières. Voici d'ailleurs quelques chiffres. Entre la rentrée 1997 et la rentrée 2001, le taux d'encadrement est passé d'une infirmière pour 2300 élèves à une infirmière pour 1960 élèves et d'un médecin pour 6550 élèves à un médecin pour 5920 élèves ; il s'est donc considérablement amélioré. Cet effort sera poursuivi, puisqu'au budget 2002, 150 postes d'infirmières et 25 postes de médecins supplémentaires sont inscrits dans le cadre du plan pluriannuel d'éducation. Cet effort est important, car la présence des

personnels conditionne l'accueil que nous réservons aux élèves, notamment aux élèves en situation de détresse. Ce personnel doit être accessible et formé, afin de répondre à sa mission d'éducation affective et sexuelle.

D'octobre 2000 à avril 2001, sept séminaires inter-académiques ont été mis en place. Ils nous ont permis de contribuer à la formation très particulière des infirmières à la délivrance du Norlevo. Cette formation a été organisée et conduite en partenariat avec le Mouvement français pour le planning familial et l'Association française nationale pour la contraception. Cette mesure vient s'agréger à un effort plus global de formation à l'éducation affective et sexuelle, entamé dès 1997.

Nous venons d'effectuer un bilan des actions et formations réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de l'éducation affective et sexuelle, à laquelle, depuis les circulaires de 1998, deux heures doivent être consacrées.

Cette éducation affective et sexuelle concerne non seulement les infirmières et les médecins, mais aussi les enseignants et les autres personnels de la communauté éducative. Elle sert de relais à l'action des infirmières en charge de l'accueil des élèves, en difficulté ou non. Nous souhaitons, en effet, qu'il y ait une meilleure maîtrise de la fécondité en général et des rapports sexuels entre les jeunes.

Ces sept séminaires inter-académiques ont permis de former mille infirmières, et nous souhaitons faire bénéficier de cette formation l'ensemble des infirmières d'ici à deux ans, en s'appuyant sur les services académiques de formation des personnels. Ces mille infirmières formées couvrent l'ensemble des académies et des départements.

Le bilan spécifique de la contraception d'urgence, que je vais dresser, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, porte sur des données relatives aux six premiers mois d'application du protocole. En effet, en raison de l'annulation du protocole et de la parution récente de textes législatifs, il n'y a pas eu de bilan au cours de l'année scolaire 2000/2001 ; en revanche, nous avons prévu un recueil de données, en cours de réalisation, et qui portera sur l'année scolaire 2001/2002, en deux tranches, dont une de septembre à décembre 2001. Nous aurons donc des données pour l'année 2001 à partir du 15 janvier 2002.

Au plan quantitatif, selon la première évaluation faite, il y a eu 7 084 demandes de Norlevo ; 4 720 provenaient d'élèves mineures et 2 364 d'élèves majeures. Le Norlevo a été délivré à 1 618 élèves, soit 23 % d'entre elles.

Comment se répartissent ces 7 084 demandes ?

Dans les 1 158 collèges qui ont appliqué le protocole, il y a eu 1 368 demandes d'élèves, dont 1 313 étaient mineures ; sur ces 1 368 demandes, 316 élèves se sont vu délivrer le Norlevo par l'infirmière, soit 23 % des demandes.

Dans les 585 lycées qui ont appliqué le protocole, il y a eu 4 209 demandes d'élèves, dont 2 602 mineures ; les infirmières ont délivré le Norlevo à 968 élèves, soit 23 % des demandes.

En ce qui concerne les lycées professionnels, 437 d'entre eux ont appliqué le protocole ; 1 497 demandes ont été formulées par des élèves, dont 805 mineures. Le Norlevo a été délivré par les infirmières à 333 élèves, soit 22 % des demandes.

Le taux de délivrance, par rapport au taux des demandes est constant. Cela veut dire que l'approche est conforme à l'esprit du protocole et à l'esprit de la loi ; en effet, le Norlevo doit être délivré à titre exceptionnel, dans des situations de détresse, et lorsque ces élèves ne peuvent pas avoir recours à d'autres modalités - un centre de planning familial ou un médecin.

Bien entendu, dans tous les cas, comme le prévoit le protocole, l'infirmière a orienté toutes les élèves vers un centre de planification - aussi bien celles qui ont bénéficié du Norlevo que les autres. En effet, nous avons le souci d'assurer une meilleure maîtrise de la fécondité et donc de s'assurer d'un suivi éducatif, notamment par le Planning familial. Nous pouvons considérer cette orientation comme une démarche de sensibilisation et d'information sur la contraception en général.

50 % des élèves ont été suivies par un centre de planification, 39 % par l'infirmière, 8% par un médecin et environ 3 % ont fait l'objet d'un suivi par une assistante sociale. Ce suivi, au cas par cas, très personnalisé, est fonction des relations de confiance instaurées entre l'élève et les personnels.

Sur le plan qualitatif, nous pouvons estimer que l'esprit du protocole - écouter les difficultés des élèves, les guider, et, en cas d'extrême urgence, administrer une contraception - a été respecté. En effet, le bilan quantitatif montre qu'il y a deux administrations de cette contraception par l'infirmière pour dix demandes d'élèves.

Voyons maintenant les impacts positifs du dispositif. Il a tout d'abord permis de répondre à des situations d'urgence. Il a également entraîné une augmentation de la fréquentation des centres de planification familiale et du Planning familial par les adolescentes. Par ailleurs, il a permis une extension de la couverture géographique, puisque nous arrivons maintenant à toucher les zones géographiques les plus éloignées, notamment le milieu rural, où nous avons de grandes difficultés à contacter en urgence un médecin ou le Planning familial, en raison des problèmes de transport. La délivrance du Norlevo par les infirmières, en situation de détresse avérée ou de grande urgence, permet de répondre à un certain nombre de ces difficultés et donc d'inégalités de fait entre les jeunes filles.

Avant de revenir sur les difficultés que vous avez abordées, je souhaiterais faire également un bilan des actions de formation en éducation à la sexualité.

Les orientations en matière d'éducation à la sexualité ont été définies par la circulaire du 19 novembre 1998, modifiant la circulaire du 15 avril 1996, annulée par le Conseil d'Etat. Un premier état des lieux, réalisé en 1997, a porté sur la mise en œuvre des actions de 1995 à 1997. En fonction des nouvelles orientations définies par la circulaire de 1998, un nouveau bilan du dispositif a été réalisé.

Tout d'abord, il convient de relever une évolution significative des formations de formateurs, des formations d'équipes d'établissement, mais aussi des actions menées auprès et avec les élèves. On dénombre actuellement 204 formateurs de formateurs - ressource qui nous manquait cruellement pour mettre en œuvre des heures d'éducation à la sexualité - répartis dans seize académies. A terme, notre objectif est que chaque académie dispose d'une équipe de formateurs capables d'organiser les formations des personnels et d'assurer le suivi des équipes d'établissement. 10 260 personnes ont été formées pour organiser et animer les séquences d'éducation à la sexualité auprès des élèves, donc une augmentation très nette des personnes formées, puisqu'en 1997 nous n'en démembrions que 3000. Par ailleurs, il y a eu une implication très importante de l'ensemble des enseignants dans ce dispositif, et pas seulement des enseignants de biologie ou de sciences de la vie. Les axes

transversaux - l'éducation à la santé, la relation affective - ont été renforcés et doivent être intégrés dans l'ensemble des matières. Nous pouvons donc espérer avoir de réelles retombées en termes d'éducation affective et sexuelle.

52 % des collèges ont mis en place ces séances, et, parmi ceux-ci, 50 % les ont inscrites dans leur projet d'établissement. Il s'agit d'une avancée significative, parce que leur inscription dans le projet d'établissement leur confère un statut incontournable. Par ailleurs, la campagne nationale sur la contraception a pu s'intégrer dans ce cadre et bénéficier d'un meilleur accompagnement éducatif par les personnels de l'établissement. Nous pouvons donc penser que la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 sera favorisée par l'ensemble de ces mesures.

Nous notons également des progrès au plan qualitatif. Le bilan des actions menées avec les élèves témoigne de l'intérêt et de la satisfaction des élèves pour ces séances. Il existe une très forte demande de leur part. Ce travail a également modifié l'ambiance de travail des établissements, en ouvrant de nouvelles possibilités d'espace de parole et d'écoute entre adultes et adolescents.

En ce qui concerne les personnels, l'opportunité de travailler à un projet commun autour du projet d'établissement, de travailler en équipe - effet non négligeable - et de travailler à des dynamiques pédagogiques relationnelles et partenariales au sein des établissements, a été ressentie comme positive.

Le précédent bilan de 1997 avait mis l'accent sur les difficultés liées à l'accompagnement pédagogique et aux formations de formateurs académiques. Nous avons donc mis en place des réponses dans ce domaine, avec la réalisation de documents pédagogiques, notamment les fameux repères pour l'éducation à la sexualité, les maquettes "bonheur d'aimer". Nous avons également mis en place une formation universitaire d'une année.

Néanmoins, des difficultés subsistent. En dépit de l'évolution très satisfaisante du dispositif, toutes les académies ne sont pas couvertes. Il nous reste encore beaucoup à faire, et, notamment, à soutenir ce dispositif, afin d'éviter tout essoufflement. Nous avons la volonté d'améliorer les orientations des académies ; déjà nous relayons ces orientations - par exemple, à l'échelon d'un établissement -, et il est important de renforcer le volet santé des projets académiques. Avec des orientations claires, nous devrions alors pouvoir étendre complètement ce dispositif.

Deux axes seront retenus : d'une part, l'inscription de l'éducation à la sexualité dans le cadre de la politique de santé des académies, en tenant compte des orientations définies au niveau national et du contexte local ; d'autre part, le travail en réseau et l'ouverture à un partenariat plus vaste.

J'aborderai maintenant les perspectives.

Selon l'article L. 312-16 du code de l'éducation : "Une information et une éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées, à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âges homogènes". Ces séances peuvent bien entendu associer d'autres personnels que les personnels de l'Education nationale.

Qu'en est-il de la mise en œuvre de cet article ? Tout d'abord, le décret d'application est en cours d'élaboration. Ensuite, en ce qui concerne les modalités horaires

et pédagogiques, il convient de distinguer les trois niveaux d'enseignement - primaire, collège et lycée -, sachant que les contenus et l'approche seront extrêmement différents. Il nous a paru opportun, pour l'école primaire, que cette mesure soit intégrée dans le cadre des nouveaux programmes, actuellement en cours d'élaboration. Elle englobe à la fois le renforcement des compétences psychosociales - le respect de l'autre, de soi-même... -, et les apports plus particuliers sur la connaissance du corps - les aspects relationnels, les aspects de différenciations sexuelles -.

Mme Danielle Bousquet : Les enseignants qui transmettent cette information aux élèves de l'école élémentaire, ont-ils reçu une formation particulière ?

Mme Annick Fayard-Riffiod : Les formations à l'éducation affective et sexuelle, et plus globalement les formations d'éducation à la santé, n'existent pas dans tous les Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). Néanmoins, certains d'entre eux se sont plus particulièrement interrogés à ce sujet : certains IUFM (celui d'Auvergne, notamment) ont réalisé un important travail sur l'éducation à la santé. Nous souhaitons que tous les IUFM disposent de capacités de formation dans ce domaine ; nous y travaillons. Demain, par exemple, je rencontrerai M. Philippe Mérieux, chargé de mettre en place les formations de formateurs dans l'ensemble des IUFM. La formation est actuellement très variable selon les IUFM : parfois, elle n'est que de quelques heures, d'autres fois d'une journée, et avec des partenariats différents selon les ressources locales ; il existe par exemple des modules très spécifiques sur la connaissance de l'enfant et de l'adolescent.

Mme Danielle Bousquet : J'ai pu constater que cette formation n'était pas intégrée, alors qu'elle est indispensable aux enseignants.

Mme Annick Fayard-Riffiod : C'est la raison pour laquelle j'ai précisé que l'on ne pouvait pas former uniquement les personnels de santé et qu'il fallait élargir ce dispositif aux enseignants.

Nous avons travaillé à la mise en place, - notamment dans le cadre de la prévention des conduites à risque avec la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie - de formations de ce type, ouvertes non seulement aux personnels de santé, mais également aux enseignants ; cela permet de démultiplier les actions, d'avoir une plus grande efficacité, d'avoir plus de relais, d'aller plus en profondeur. Par ailleurs, un député est actuellement chargé d'une mission relative à la mise en œuvre par les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des objectifs relatifs aux conduites à risque. Nous avons donc le même souci que vous, celui d'arriver à des solutions efficaces permettant d'assurer une grande égalité de couverture du territoire.

Au collège, le cadre réglementaire remonte à 1998, ce qui nous permet de nous appuyer sur des expériences. Avec les deux heures déjà consacrées à l'éducation affective et sexuelle, nous pouvons davantage respecter nos obligations.

Pour le lycée, nous avons mis en place un groupe de travail, composé notamment du délégué à la vie lycéenne, en vue de proposer un texte qui définirait les modalités du contenu et de l'accès des lycéens aux séances d'éducation affective et sexuelle. Certains lycées se mobilisent déjà dans ce domaine, notamment pour la lutte contre le sida.

Il est difficile de trouver les modalités pédagogiques adaptées à la fois à l'âge de ces jeunes et à leurs besoins ; ceux-ci changent en fonction du cycle et des personnes auxquelles on s'adresse, ainsi qu'en fonction du contexte ; je pense aux départements d'outre-mer.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je voudrais vous signaler une erreur dans le programme de biologie des premières concernant le 14^e jour du cycle, qui a des effets catastrophiques sur les adolescentes.

Mme Nadine Neulat : On nous a effectivement signalé cette erreur et nous avons déjà saisi l'inspection générale, responsable des programmes. Cependant, la fabrication des manuels est de la responsabilité des éditeurs et non pas de l'Education nationale. Le bureau des programmes de la direction de l'enseignement scolaire a donc saisi l'ensemble des éditeurs pour leur signaler cette erreur.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Ces manuels font une présentation très théorique du cycle féminin, préjudiciable dans la mesure où elle laisse place à des pseudo-méthodes contraceptives. Il convient donc effectivement de disposer d'autres documents ; certaines brochures, extrêmement bien faites, sortent de cette présentation théorique du cycle, qui n'est vraie que pour une "femme statistique" et qui ne correspond pas à la réalité.

Mme Nadine Neulat : Nous pouvons tout de même penser que les professeurs de biologie sont compétents et rétabliront les choses.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Dans les enquêtes effectuées par Mme Janine Mossuz-Lavau, directrice de recherche au CEVIPOF, et par le Planning familial, cet élément est relevé de façon assez marquée.

Mme Danielle Bousquet : Les enseignants ne sont pas forcément aptes à aborder, avec les jeunes, des questions pour lesquelles ils n'ont pas été formés. Ils vont parler de la sexualité en fonction d'eux-mêmes ; la plupart du temps, ils ne vont pas en parler du tout. Et les adolescentes n'auront pour référence que ce qui est écrit dans les manuels.

Mme Nadine Neulat : Dans ces manuels, sont données des connaissances scientifiques sur la reproduction ; ce n'est pas de l'éducation affective et sexuelle.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Je suis d'accord avec vous, mesdames les députées, car j'estime, tout d'abord, que les manuels devraient avoir une autre approche de cette question ; actuellement, elle laisse place à des pseudo-méthodes et leur donne une fausse base scientifique. Ensuite, il est effectivement très gênant que ce soit écrit ; cette approche prend alors une grande force parce que, pour un élève, ce qui est écrit dans un manuel scolaire vaut loi.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons rencontré, la semaine dernière, le président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Il nous a indiqué que, par convention entre l'Ordre des pharmaciens et la CNAMTS, allait être mise au point une brochure d'information sur la contraception d'urgence, qui devra être remise à l'adolescente par les pharmaciens délivrant le Norlevo. Nous leur avons demandé d'évoquer aussi le fameux 14^e jour du cycle. Mais peut-être est-ce une question qui relève également des infirmières scolaires. Avez-vous eu des échos à ce sujet ?

Mme Annick Fayard-Riffiod : Il est souhaitable que les manuels en cours d'élaboration puissent avoir une autre approche de cette problématique. Par ailleurs, il convient de souligner qu'il n'est parfois pas facile, même si l'on est formé, de parler de sexualité, car il convient déjà d'être à l'aise avec sa propre sexualité. Tout le monde n'a pas forcément envie d'animer des séances d'éducation affective et sexuelle. C'est une difficulté :

pouvons-nous contraindre des personnels, parce qu'ils ont la responsabilité d'une classe, d'animer des séances qui touchent à des sujets, pour lesquels ils ne sont pas forcément à l'aise, en dépit d'une formation ? Il est donc important de s'ouvrir vers des partenariats extérieurs, d'autant qu'il est parfois plus facile, pour les élèves, de parler à un tiers qu'à son enseignant. Nous nous sommes également aperçus que les adultes intervenant ne devaient pas être uniquement des femmes et que les élèves étaient désireux d'entendre aussi des hommes parler de ces problèmes.

Mme Danielle Bousquet : Disposez-vous d'une liste de partenaires agréés par l'Education nationale, ce qui permettrait d'exercer une vigilance sur leurs propos ?

Mme Annick Fayard-Riffiod : Nous sommes vigilants. On nous a même parfois reproché de l'être trop, de ne pas être assez ouverts à des partenaires extérieurs. Dans la majorité des cas, nous faisons appel à des réseaux reconnus, tels que le Planning familial ou l'Association française pour la contraception. C'est une sécurité à la fois pour les chefs d'établissement et pour les personnels ; en effet, lorsqu'il s'agit de personnels extérieurs, ils souhaitent souvent qu'il n'y ait pas de personne référente de l'établissement présente aux séances éducatives.

Mme Nadine Neulat : Une commission nationale d'agrément des associations à l'Education nationale donne un agrément aux grandes associations et aux grands réseaux. Nous avons donc des garanties, même si l'on ne peut pas obtenir une garantie totale pour chaque intervenant. Par ailleurs, presque tous les rectorats disposent d'une commission académique d'agrément des associations, qui conseille les chefs d'établissement s'ils le souhaitent.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Je vais maintenant répondre plus précisément aux difficultés que vous avez évoquées. S'agissant des centres de planification familiale, nous avons relevé l'incompatibilité des jours et horaires d'ouverture - deux ou trois jours par semaine, parfois seulement jusqu'à 17 heures -, la difficulté d'obtenir un rendez-vous, notamment en urgence, et les problèmes de transports vers ces centres - particulièrement en milieu rural. Cette situation est encore plus problématique s'il n'y a pas de pharmacie à proximité. C'est la raison pour laquelle il était important que les infirmières scolaires puissent délivrer le Norlevo.

Avant la loi du 4 juillet 2001, nous avons noté certaines difficultés, notamment des refus de chefs d'établissement à appliquer le protocole ; aujourd'hui ces difficultés sont levées.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Un cinquième des collègues seulement appliquait le protocole !

Mme Nadine Neulat : Cette situation était compréhensible, eu égard aux difficultés d'application de la loi.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Certes, mais il me semble que cet élément d'appréciation devrait être pris en compte dans le bilan que vous présenterez le 15 janvier : il faudrait disposer de renseignements sur la proportion de collèges et de lycées appliquant le protocole après le vote de la loi.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Nous avons travaillé sur la définition de postes mixtes, la taille des établissements étant extrêmement variable. Bien entendu, il est nécessaire d'améliorer la couverture et le recrutement des personnels.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pourriez-vous préciser ce que vous appelez postes mixtes ?

Mme Nadine Neulat : Il y a une redéfinition du taux de couverture des infirmières scolaires, suite aux circulaires de janvier 2001, qui attribuent à chaque infirmière un rattachement administratif à un collège - ou deux, quand cela est nécessaire -. Les zones de recrutement ont été redessinées dans la plupart des académies pour que l'ensemble des établissements soit couvert. Bien entendu, il n'y a pas d'infirmière à temps complet dans tous les collèges. Cependant, l'infirmière peut être contactée en cas d'urgence.

Mme Danielle Bousquet : Effectivement, dans la réalité, les petits collèges situés dans les zones rurales, bénéficient d'une infirmière une demi-journée ou deux par semaine ; celle-ci est dans les autres collèges, le reste du temps. Cela peut expliquer certaines difficultés.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé prévoit la création de réseaux entre des établissements de santé, des médecins libéraux, etc. L'article 57 relatif à la mise en place des réseaux de santé ne vise ni les centres de planification, ni le travail en réseau entre infirmières libérales et infirmières des secteurs scolaires. Pourtant, il me semble utile que les centres de planification et les médecins travaillent de concert. Comment mettre en place un système englobant l'Education nationale, des infirmières et des médecins libéraux et les centres de planification ? Avez-vous réfléchi à cette question ?

Mme Annick Fayard-Riffiod : Nous réfléchissons de façon plus globale. Comme vous le savez, il existe aujourd'hui, depuis la mise en place des conférences nationales et régionales de santé, des programmes régionaux de santé. Or, cinq d'entre eux sont consacrés à la santé des enfants et des jeunes. Lorsque ces programmes sont concernés, une consultation des acteurs s'effectue, ce qui favorise leur coordination et leur mise en réseau. Parmi ces acteurs, nous retrouvons les collectivités territoriales, les médecins libéraux, les médecins hospitaliers, les agences régionales de l'hospitalisation, les centres de PMI, etc. Cela leur permet de travailler avec des objectifs communs. Cette problématique pourrait donc peut-être figurer dans l'un des axes de ces programmes régionaux de santé qui allient tous les acteurs. Dans les régions où ces programmes de santé sont mis en œuvre, les recteurs sont incités à y participer.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé prévoit également des conseils régionaux de santé.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Jusqu'à présent, la santé n'était pas de la compétence des régions, mais principalement des départements et de l'Etat. En revanche, au niveau régional, dans un objectif de démocratie sanitaire, étaient organisées des conférences nationales et régionales de santé. Par ailleurs, il existait également des comités politiques régionaux de santé, pilotés et coordonnés par le préfet de région.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ces comités vont être transformés dans le cadre de la loi sur les droits des malades en conseils régionaux de santé. Il conviendrait donc de s'assurer que la part de la prévention et de l'éducation a bien été prise en compte dans leurs missions.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Cela dépend des régions et des priorités qu'elles ont définies. Les programmes régionaux de santé mis en œuvre le sont en fonction des priorités relevées dans les régions en 1996. Par exemple, dans les régions où les jeunes sont

nombreux, on trouvera de façon marquée des programmes régionaux de santé enfants et jeunes : je pense notamment à la région Nord-Pas-de-Calais. Certaines régions souhaitent également renverser des tendances laissant présager de mauvais indicateurs de santé. Ainsi, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie ont mis en œuvre de tels programmes afin d'obtenir de meilleurs indicateurs, grâce à la prévention.

Je pense qu'il convient de travailler dans une perspective d'ouverture. Ces programmes régionaux de santé pourraient être l'occasion de le faire. Nous travaillons, par exemple, sur les projets académiques de santé, en cohérence avec les programmes jeune-santé.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Autre difficulté, le budget de fonctionnement des établissements : les infirmières ne disposent pas d'un budget très important, ce qui ne rend pas facile l'acquisition du Norlevo. Des collègues nous ont également appris que certains conseils d'administration d'établissements s'étaient opposés à l'achat du Norlevo par les infirmières.

Envisagez-vous un protocole national - ou des protocoles académiques - avec l'Ordre des pharmaciens qui permettrait aux infirmières d'être approvisionnées plus facilement en Norlevo ? Cette question des crédits pour l'approvisionnement en Norlevo devrait cependant être réglée, à partir du moment où cette pilule sera remboursée aux mineures par la Sécurité sociale.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Nous sommes tout à fait prêts à étudier la mise en place d'un tel protocole. Cela serait effectivement très intéressant.

En ce qui concerne les difficultés que vous venez d'évoquer, nous n'avons pas eu beaucoup d'échos en ce sens. En effet, le budget de fonctionnement de l'infirmier est inscrit au compte 6066 des établissements et peut être abondé pour le financement du Norlevo. Cela n'est donc pas laissé à la libre appréciation des chefs d'établissement.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Cette difficulté existait avant la loi du 4 juillet 2001, lorsqu'il n'y avait que le protocole.

Mme Nadine Neulat : Avec le nouveau bilan, nous verrons ce qu'il en est depuis l'adoption de la loi.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Vous avez également évoqué les réticences de certains médecins et chefs d'établissement. Là encore, c'était avant la loi du 4 juillet 2001 ; nous étudierons donc cette question dans le prochain bilan.

Mme Danielle Bousquet : Je voudrais revenir sur la question de la formation. Je suis tout à fait d'accord lorsque vous dites que ce n'est pas parce que l'on a été formé que l'on est capable d'enseigner l'éducation affective et sexuelle ; cependant, c'est une condition nécessaire. J'aimerais donc savoir si cette question est abordée dans la formation continue. Quelle est votre évaluation des premiers plans académiques de formation ?

Mme Nadine Neulat : Nous avons déjà engagé cette politique de formation depuis plusieurs années. Un socle de 10 000 personnes a déjà été formé, qui comprend des infirmières, des médecins et des enseignants (40 % d'entre elles).

Mme Danielle Bousquet : Il y a 800 000 enseignants !

Mme Nadine Neulat : Certes, mais nous jouons beaucoup sur le volontariat et la motivation personnelle. Bien entendu, il y a également des injonctions, mais il faut une véritable motivation pour s'inscrire à ce type de stage. Nous avons mené une politique très volontariste en termes de formation. Une formation très structurée et très complète envisage tous les aspects de l'éducation à la sexualité - éthiques, sociaux, etc. Nous pourrions d'ailleurs vous faire parvenir les contenus des modules. Cependant, je suis tout à fait d'accord avec vous : il n'y a jamais assez d'enseignants formés.

En termes de formation continue, des orientations sont données au niveau national - pour les plans académiques -, puis chaque recteur organise dans son académie son plan de formation. Il faut donc, là aussi, que les personnels, dont c'est la mission, s'inscrivent à ces stages.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Lors de l'examen de la proposition de loi sur le Norlevo, l'année dernière, nous avons reçu des lycéens ; certains nous ont dit qu'ils souhaitaient être formés afin de diffuser l'information ; en effet, une grande partie de l'information passe par les jeunes eux-mêmes.

Mme Annick Fayard-Riffiod : C'est ce que nous appelons l'éducation par les pairs, qui peut être effectivement très efficace. Des jeunes qui s'adressent à des jeunes : l'idée est intéressante. Pour l'instant, nous avons souhaité avoir des adultes référents - cela nous paraît important - qui sont une garantie pour les élèves. Si nous envisageons des formations de lycéens, nous devrions mettre en place des formations d'une grande qualité, parce que certains effets peuvent être induits au cours de ces formations, je pense notamment aux effets leaders. Il conviendrait donc d'assurer une aussi grande qualité - une aussi grande écoute - que celle proposée aux adultes référents.

Cette solution peut-être intéressante pour tout ce qui est transmission des connaissances et des informations, si les jeunes concernés sont partie prenante de l'ensemble du dispositif. Nous devons travailler non pas pour, mais avec les jeunes. Cependant, l'accompagnement de l'adulte est nécessaire dans le processus éducatif - il n'y a pas d'auto-éducation. C'est notre mission d'adulte d'accompagner les jeunes. Une éducation, c'est construire un projet pédagogique, et être responsable de l'accompagnement du jeune dans son cheminement vers l'objectif pédagogique que nous nous sommes fixé. Nous ne pouvons pas tout déléguer. Les jeunes doivent être acteurs, participer à des processus pédagogiques actifs ; il est intéressant de ne pas se priver de la culture jeune, par exemple et de toutes ses richesses ; mais nous devons aussi être conscients et garder nos responsabilités d'adultes face à un processus éducatif.

Mme Odette Casanova : C'est aussi la raison pour laquelle je pense qu'un enseignant ne peut pas toujours déléguer à un intervenant extérieur ; il doit, s'il délègue, être partie prenante. L'enseignant ne doit pas se décharger complètement ; les élèves doivent sentir qu'il participe à ce projet.

Par ailleurs, lorsque vous évoquiez les problèmes de contraception, j'ai pensé, malgré moi, à la violence. Il me semble que le jeune enseignant sortant de l'IUFM doit être à l'écoute de tous ces problèmes ; non pas forcément être formateur, mais les prendre en compte.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Je partage votre souci d'efficacité et de qualité. C'est la raison pour laquelle je faisais la différence entre la transmission de l'information et l'éducation. Lorsque je vous parle d'éducation affective et sexuelle, cela implique un projet sur six mois ou une année, à construire avec une équipe - état des lieux, âge de l'enfant, etc.

Il est important d'avoir des intervenants extérieurs, mais nous devons avoir des exigences de qualité. Nous devons renforcer la formation des personnels, afin qu'ils soient capables de choisir les intervenants et de construire des projets pédagogiques. Il y a un problème de qualité à la fois de la demande et de l'offre. Du côté de l'offre, des personnes qui veulent vraiment une éducation à la santé de qualité vont essayer d'étudier cette demande - faire un véritable diagnostic et transformer la demande. Du côté de la demande, certaines personnes proposent des projets avec de véritables états des lieux, dégagent des priorités, travaillent sur les méthodes qui seront utilisées et les relais qui seront proposés, travaillent avec les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, l'assistante sociale, l'infirmière, etc. C'est contraignant.

Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté sont importants, car ils permettent de constituer des équipes et de travailler autour d'un projet pédagogique, non seulement ponctuellement, mais également dans le cadre d'une année, et d'enchaîner d'une année sur l'autre..

Pour construire un projet pédagogique, nous avons besoin d'adultes référents, et il faut, dans ces domaines transversaux, que ces projets soient portés par des équipes. Cela ne peut pas reposer sur une personne seule, quelle que soit sa compétence. Il s'agit d'une méthode d'intervention assez complexe, qui demande à la fois formation et qualité.

En ce qui concerne les violences et les agressions sexuelles...

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Cette question a été soulevée par l'une de nos collègues. Des infirmières scolaires de sa circonscription, qui ont eu à connaître ce type de violences sur des mineures de moins de 15 ans, se demandaient quelle attitude avoir par rapport aux autorités administratives et judiciaires.

Mme Nadine Neulat : Il existe déjà des instructions claires relatives aux violences sexuelles : la circulaire de 1997. Il est inquiétant que se pose ce type de question ! Le code pénal prévoit la majorité sexuelle à 15 ans et précise que l'infirmière doit signaler les violences sexuelles au procureur. Toute infirmière qui a connaissance d'une violence sexuelle avérée doit appliquer la loi.

Le problème vient peut-être de la relation entre la confidentialité et la manière dont la mineure vient se confier à une infirmière, et le fait de signaler une violence sexuelle. Mais il n'y a pas d'état d'âme à avoir, l'infirmière doit la signaler directement au procureur, comme tout fonctionnaire.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Nous nous efforçons de mieux repérer les violences sexuelles et les situations de risque de danger, notamment en informant et en rendant vigilants les adultes de la communauté scolaire. Un certain nombre de conventions ont été signées pour la prise en charge des victimes et de leurs familles, notamment entre l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) et l'Education nationale. Par ailleurs, des centres de ressources départementaux ont été mis en place - je pense à celui du Pas-de-Calais. De nouvelles mesures ont été annoncées par le ministre de l'Education nationale à la suite du rapport de Mme Nicole Belloubet-Frier, rectrice de l'Académie de Toulouse.

Mme Nadine Neulat : Une première circulaire a déjà été signée par le ministre au mois de mars 2001 : elle rappelle aux académies et aux départements les obligations découlant des dispositions de la circulaire de 1997 sur le signalement des violences sexuelles et elle déroule un programme d'actions qui fait suite au rapport de Mme Nicole

Belloubet-Frier. Ce programme, que nous sommes en train de mettre en œuvre, comporte notamment la formation et la sensibilisation de tous les inspecteurs de l'Education nationale. Ce rapport vient d'être rendu public, à la suite du lancement de la campagne sur l'école du respect.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Ce rapport a formulé un certain nombre de propositions pour lutter contre les violences sexuelles dans les établissements scolaires. A la suite de ce rapport, le ministre de l'Education nationale a lui-même proposé cinq mesures : un projet de décret sur la maltraitance, qui institue une information à tous les niveaux de la scolarité sur la maltraitance ; une formation de tous les inspecteurs de l'Education nationale sur le repérage et le traitement des situations de violence sexuelles - cinq séminaires, d'octobre à décembre, sont prévus-, ...

Mme Nadine Neulat : Nous en avons déjà tenu quatre, et le dernier aura lieu en décembre.

Mme Annick Fayard-Riffiod : ... la diffusion d'un guide de repères pour la prévention des violences sexuelles à l'ensemble des personnels, la mise en ligne sur le site www.eduscol.education.fr, ainsi que la généralisation des centres de ressources départementaux.

Mme Nadine Neulat : Nous avons tenu deux séminaires de relance de ces centres départementaux, qui avaient été instaurés par la circulaire de 1997, mais qui étaient inégalement mis en place jusqu'à présent.

Mme Annick Fayard-Riffiod : L'idée est d'inciter fortement les adultes à signaler les actes de violence.

Mme Nadine Neulat : En tout cas, lorsqu'il y a violences avérées. Dans ce cas, il n'y a aucun doute, un signalement doit être fait au parquet. Par ailleurs, un rapport national du médiateur de l'Education nationale, M. Jacky Simon, été rendu public, le 21 mai 2001. Il a trait notamment aux problèmes de violence concernant des personnels et des parents d'élèves.

Mme Annick Fayard-Riffiod : Récemment, le ministre a tenu une conférence de presse sur ce problème de violence à l'école. Je vous propose de vous communiquer un dossier complet sur ce problème et nous vous indiquerons tous les contacts dont vous pourriez avoir besoin.

**Audition de Mmes Brigitte Le Chevert, secrétaire générale,
et Jacqueline Le Roux, secrétaire générale adjointe,
du syndicat national des infirmières et conseillères de santé – FSU (SNICS-FSU)**

Réunion du 27 novembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous accueillons aujourd'hui Mme Brigitte Le Chevert, secrétaire générale du SNICS-FSU, accompagnée de Mme Jacqueline Le Roux, secrétaire générale adjointe.

Le président de la commission des affaires, culturelles, familiales et sociales a confié à la Délégation aux droits des femmes une mission de suivi de l'application de la loi du 4 juillet 2001 sur l'IVG et la contraception, dont l'article 24 reprend les termes de la loi du 13 juillet 2000 et du protocole national du 27 mars 2001, relatifs à la contraception d'urgence.

Ces deux textes ont permis à nouveau aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain, à titre exceptionnel, à des élèves en situation de détresse caractérisée, et si aucun médecin ou centre de planification n'est immédiatement accessible, selon les termes du protocole.

Nous souhaiterions recueillir de votre part un aperçu de l'application de la contraception d'urgence et évoquer avec vous des difficultés qui nous ont été signalées par des collègues de la Délégation, à savoir :

- réticences de certains médecins scolaires ou de chefs d'établissement à l'application du protocole ;

- difficultés pour les infirmières à contacter en urgence un médecin ou un centre de planification, en particulier dans les petites villes ou en milieu rural et, pour les mineures, difficultés de sortie de l'établissement ;

- problème de formation des infirmières à ces nouvelles pratiques ;

- insuffisance du nombre des infirmières scolaires dans les établissements pour assurer convenablement cette tâche, sachant que le taux d'encadrement est aujourd'hui dans les établissements, d'une infirmière pour 2 200 élèves environ ;

- problèmes de crédits pour l'approvisionnement en Norlevo des pharmacies d'établissement.

Par ailleurs, nous souhaiterions avoir des éclaircissements sur la manière dont est traité le problème des violences et des agressions sexuelles en milieu scolaire, notamment sur les mineures de moins de 15 ans, et sur l'attitude que doivent adopter les infirmières quand elles ont connaissance de tels faits, en application de la circulaire de 1997 concernant

les violences sexuelles. La délivrance de la contraception d'urgence a-t-elle mis en lumière un certain nombre de ces faits ?

Mme Brigitte Le Chevert : J'aborderai, en premier lieu, les difficultés que nous pouvons rencontrer avec les médecins et quelques chefs d'établissement. Il serait important que les infirmières, ainsi que les chefs d'établissement, sachent que ce sont les conseils d'administration qui décident des protocoles et que le chef d'établissement, de son propre chef, ne peut interdire l'application de la loi.

S'agissant des médecins, nous ne rencontrons pas de problèmes particuliers avec les médecins de ville ou hospitaliers, mais nous en rencontrons avec ceux de l'Éducation nationale. Ce ne sont jamais des écrits que l'on peut prouver, mais plutôt des pressions insupportables exercées sur les infirmières, par le rappel de la responsabilité qu'elles prennent, si jamais un parent d'élève l'apprenait, etc., qui conduisent certaines infirmières à prendre peur. C'est un élément très prégnant.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Le vivez-vous au quotidien ?

Mme Brigitte Le Chevert : Tout à fait. Nous sommes fatiguées de cet état de fait. Il y a eu un débat avant l'adoption de la loi et il continue depuis. Nous nous demandons où est l'intérêt des jeunes.

Les difficultés rencontrées par les infirmières sont aussi d'ordre financier, mais ce n'est jamais un problème majeur. Quand les infirmières évoquent un problème financier, comme il y a peu de demandes de pilules du lendemain, on peut supposer que c'est l'arbre qui cache la forêt, c'est-à-dire qu'il existe un autre problème.

En ce qui concerne la sortie des mineures de l'établissement, ce n'est plus aujourd'hui une difficulté. Cela l'a été pendant six mois, pendant la période où nous n'avions plus le droit de donner la pilule du lendemain. Nous avons alors rencontré de vrais problèmes, lorsque Jack Lang avait autorisé les jeunes à sortir de l'établissement. La situation n'est d'ailleurs pas la même pour les lycées et les collèges. Dans les lycées, les jeunes peuvent rentrer et sortir de l'établissement sans autorisation, tandis que dans les collèges, dès lors qu'une jeune fille était autorisée à sortir, tout le monde savait que c'était parce qu'il lui fallait la pilule du lendemain. Il convenait de trouver un autre système afin de protéger l'intimité de cette jeune fille.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : C'est une difficulté qui est levée depuis la promulgation de la loi du 4 juillet 2001.

Mme Brigitte Le Chevert : Oui. Mais ce qui nous pose maintenant problème, c'est la rédaction du protocole d'application sur les infirmières. Lorsqu'il a été soumis au Conseil supérieur de l'éducation, il indiquait que l'infirmière administre la contraception d'urgence en cas de détresse caractérisée ou en cas d'impossibilité d'accessibilité du médecin. Cette rédaction était bonne, car chaque minute compte dans cette situation. Or, quand ce protocole est revenu de Matignon, ce "ou" avait été transformé en "et".

Selon notre syndicat, la profession d'infirmière est une profession de santé à part entière. L'infirmière est responsable de ses actes et doit prendre ses responsabilités. Si la jeune fille a parlé de sa situation à l'infirmière et non pas à sa mère, à sa sœur ou à une autre personne, c'est qu'elle a confiance en l'infirmière et, comme elle est en situation de détresse, c'est à l'infirmière qu'il revient d'agir.

Lorsqu'il est dit "en cas d'absence du médecin", il n'y a pas un endroit en France où il y a absence de médecin. Partout, un médecin peut immédiatement intervenir. Le fait d'avoir changé le "ou" en "et" a comme conséquence directe qu'une infirmière, qui ne voudrait pas appliquer la loi, ne l'applique pas. Elle peut botter en touche, dire qu'un médecin est disponible et ne pas délivrer la contraception d'urgence.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Cela dit, celles qui veulent botter en touche le feront, quel que soit le texte.

Mme Brigitte Le Chevert : Avant la sortie du protocole, nous avons organisé une formation syndicale de nos collègues dans toutes les académies, en leur indiquant que la loi s'appliquait et qu'elles étaient responsables. Par exemple, si une jeune fille sort de l'infirmierie et que l'infirmière lui a dit qu'il y a des médecins disponibles, si jamais elle va se jeter à l'eau, l'infirmière en sera en partie responsable. Nous mettions nos collègues face à leurs responsabilités d'infirmière. Le "et" a tout fait basculé. Cela a jeté le doute dans les esprits.

Les syndicats qui sont opposés à la délivrance par les infirmières de la pilule du lendemain font une "intox" auprès des collègues en leur indiquant que si elles ne veulent pas donner la pilule du lendemain à une élève, elles ont toujours la possibilité de dire qu'il y a un médecin disponible. Nous avons été déçues par cette modification. Nous n'avons pas voulu communiquer sur ce point pour ne pas faire empirer la situation.

De ce fait, le problème des sorties d'établissement des mineures se pose à nouveau. Une infirmière, qui ne veut pas donner la pilule du lendemain, qui a peur ou qui a subi des pressions de la part des médecins scolaires, doit faire sortir la jeune fille de l'établissement pendant les heures de classe.

En ce qui concerne la formation des infirmières à ces nouvelles pratiques, nous sommes satisfaites qu'il y en ait une. Toutefois, nous souhaiterions qu'elle corresponde au niveau que nous avons nous-mêmes acquis dans le cadre de notre diplôme d'infirmière. Nous demandons une formation par des psychologues ou des gynécologues, sur la relation et le suivi, et non pas une formation en anatomie, physiologie et pathologie, disciplines que nous avons déjà étudié dans le cadre de notre diplôme. En gynécologie et allaitement, nous avons déjà reçu une bonne formation. Il n'est pas nécessaire de nous faire "l'offense" de nous donner des formations dans des domaines que nous avons déjà étudiés. Nous voulons bien former d'autres collègues, mais nous ne voulons pas être formées par des personnes que nous pourrions nous-mêmes former.

En ce qui concerne l'insuffisance des infirmières scolaires, le bât blesse plus que jamais. Le taux d'encadrement est d'une infirmière pour 2200 élèves. Le taux souvent requis est une infirmière pour un complexe scolaire de 1500 élèves. La situation est différente en milieu rural, où l'infirmière pourra avoir la charge de trois établissements de 500 élèves. Cela signifie que les élèves ont à peine une infirmière pendant une journée et demie. Nous vous demandons, en tant que femme et mère, de revoir le nombre d'infirmières en termes d'établissement. Ce serait beaucoup plus équitable.

La répartition des infirmières scolaires a été organisée sur le même schéma que celle des médecins et des assistantes sociales. Nous avons rencontré M. Jean-Paul de Gaudemar il y a environ un an, et lui avons expliqué combien nous trouvions anormale cette répartition par rapport au nombre d'élèves et non d'établissements. Il nous a répondu que nous avons raison. Dont acte. En effet, la différence, c'est que la présence des assistantes sociales est liée aux dysfonctionnements sociaux, qui sont plus ou moins

fréquents d'un établissement à un autre. En revanche, les jeunes ont partout besoin d'une infirmière pour les questions de sexualité, de violences au quotidien, de mal-être, d'éducation à la santé.

La tâche d'une assistante sociale est de remédier à un dysfonctionnement social. Elle doit être présente en priorité dans les établissements qui connaissent des dysfonctionnements sociaux. En l'absence de dysfonctionnement social, l'élève n'a en général pas besoin de rencontrer une assistante sociale. De même, les médecins de l'Education nationale doivent être présents dans les établissements où il y a un manque flagrant de suivi médical. Souvent, les jeunes sont bien suivis médicalement et ils ont besoin d'une infirmière, mais pas forcément d'un médecin.

Mme Jacqueline Le Roux : Les obligations légales des médecins de l'Education nationale concernent surtout le primaire.

Mme Brigitte Le Chevert : Le code de la santé publique détermine les obligations des médecins scolaires : la visite d'admission des élèves en CP, la surveillance des élèves qui travaillent sur machines dangereuses et les orientations.

En ce qui concerne les violences sexuelles en dessous de 15 ans, nous en découvrons, mais les enseignants, les assistantes sociales et les conseillers d'éducation en découvrent également. Il semble exister une contradiction entre la loi sur la contraception d'urgence et les dispositions du code pénal, selon lesquels la majorité sexuelle se situe à l'âge de 15 ans. Les infirmières ont-elles le droit de donner une contraception d'urgence dans les collèges, où la majorité des élèves ont moins de 15 ans ?

Que doit faire une infirmière quand une élève de 14 ans vient la solliciter pour la contraception d'urgence, compte tenu qu'une circulaire de l'Education nationale de 1997 stipule que tout acte sexuel en dessous de 15 ans doit être considéré comme un viol. Cela pose un vrai problème.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Le problème, c'est que les articles du code pénal ne sont pas aussi systématiques que l'affirme la circulaire. Il n'y a pas correspondance totale entre les termes de la circulaire et ceux du code pénal.

Le code pénal ne dit absolument rien en ce qui concerne le viol ou les atteintes sexuelles entre mineurs. Si une mineure a eu une relation sexuelle avec son petit copain du même âge, ce n'est pas du tout considéré comme un viol ou une agression. En revanche, les atteintes sexuelles sans violences provoquées par un majeur sont passibles des sanctions prévues par le code pénal.

Mme Jacqueline Le Roux : Il y a aussi la réalité de la vie et de la société actuelle. On rencontre des jeunes filles qui sont mûres et qui prennent la décision d'avoir des relations sexuelles avec leur petit copain. L'infirmière ne va pas, chaque fois qu'une mineure de moins de 15 ans vient la trouver et en fonction de ce que l'élève lui aura raconté, faire une déclaration. Ce n'est pas possible. On ne peut pas se mettre dans une telle situation. Une telle indication dans une circulaire ne peut que faire peur à la profession et l'empêcher de faire son travail.

Mme Brigitte Le Chevert : Des infirmières se sont trouvées confrontées à des situations où des jeunes filles de moins de 15 ans sont venues les voir, soit parce qu'elles avaient eu des relations sexuelles avec un garçon, soit parce qu'elles voulaient une contraception, soit parce qu'elles avaient peur du sida, soit parce qu'elles souhaitaient une

contraception d'urgence, soit tout simplement pour parler, parce qu'elles leur font confiance. Ce n'est pas une situation fréquente. L'âge des relations sexuelles n'a pas baissé. Mais certaines jeunes filles ont leurs règles à 9 ans et, à 14 ans, sont tout à fait mûres.

Quand une jeune fille vient voir l'infirmière pour lui parler, l'infirmière regarde comment elle se comporte et si elle est détendue. Si l'infirmière lui demande si elle a eu envie de ces relations sexuelles et si elle a eu du plaisir, la jeune fille répond oui. Si elle lui demande si son partenaire se protège, elle répond oui. Mais son souhait est quand même d'avoir une contraception. On ne peut pas obligatoirement demander à cette jeune fille si elle l'a dit à ses parents, et sinon lui dire que l'on est dans l'obligation de prévenir le procureur. Si elle vient nous voir, c'est qu'elle a confiance en nous. Nous sommes l'adulte en qui elle a confiance. Cela signifie qu'elle ne le dit à personne d'autre. Pour nous, c'est une élève qu'il va falloir suivre.

Par ailleurs, nous nous posons beaucoup de questions. Si elle a moins de 15 ans, compte tenu de ce qui est précisé dans la circulaire, que doit faire l'infirmière ? Nous sommes ravies que vous vous posiez cette question, car c'est une préoccupation pour notre profession.

Mme Jacqueline Le Roux : Pour nous, la sexualité n'est pas une maladie, c'est la vie. Il n'y a pas d'âge.

Mme Brigitte Le Chevert : Il faut mener aujourd'hui une réflexion sur le métier d'infirmière, que l'on sache que c'est une profession de santé à part entière, avec des responsabilités importantes, et que cette profession veut faire son travail dans le système de l'Education nationale.

Toutefois, cette profession est en danger parce que trop de pressions s'exercent sur nous de part et d'autre, parce que les élèves aiment les infirmières et que cela génère des attitudes négatives à leur égard. Lors des colloques, certains des participants nous rapportent que les gens se demandent ce qui se passe ou se dit dans l'infirmierie.

Mme Jacqueline Le Roux : Nous vivons cela tous les jours, et de plus en plus, ce qui nous étonne d'ailleurs.

Mme Brigitte Le Chevert : Par exemple, il arrive qu'un chef d'établissement vienne dans la salle d'attente. Il est 12 heures 30, il y voit cinq ou six élèves. Il rentre, leur demande ce qu'ils font là. Nous ne voulons pas qu'il agisse ainsi. Alors, nous sortons pour le saluer et dire que ces élèves sont malades. Nous venons à leur rescousse. Les élèves sont désarçonnés par les questions. Nous leur suggérons ensuite de répondre qu'ils sont malades. Nous voulons qu'ils se protègent.

Les élèves viennent à l'infirmierie pour un mal au doigt, un mal au dos, ou un mal au ventre. Ils viennent pour que l'on s'occupe d'eux, parce que nous sommes des infirmières et que nous nous occupons du corps. Les élèves comprennent notre métier, ce que beaucoup d'adultes ne comprennent pas. Ils savent que nous sommes là pour leur bien-être, pour qu'ils soient bien dans leur vie. Nous prenons soin d'eux, et c'est pourquoi ils viennent nous parler. Notre travail n'interfère pas avec celui du psychologue et de l'assistante sociale, car le lien entre l'élève et l'infirmière, c'est le corps.

Mme Jacqueline Le Roux : Cette attitude vaut pour le chef d'établissement, mais aussi pour le médecin scolaire qui passe dans l'établissement. Moi qui entretenais de bonnes relations avec le médecin avec qui je travaillais, j'ai observé cette même réaction.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je n'ai pas souvenir qu'il y a un an et demi, vous ayez exprimé des comportements de cette nature. Ce que vous dites est nouveau.

Mme Brigitte Le Chevert : Avec les médecins scolaires, cela s'est exacerbé.

Avec les enseignants, cela va mieux. Avant, ils se demandaient pourquoi nous gardions autant de temps les élèves. Nous le leur avons expliqué, lors de colloques, par exemple. Nous avons des élèves qui viennent pour un mal de tête, et cela prend du temps à passer. En plus les élèves somatisent.

Mme Conchita Lacuey : Cela peut être révélateur.

Mme Brigitte Le Chevert : Cela peut être un élève qui a peur d'un autre élève, qui est racketté. Cela peut être un enfant dont la maman est malade. Il a entendu que sa mère était atteinte d'un cancer, il sait que sa tante en est morte, et cela le mine. Cette situation lui provoque des maux de tête et il porte cela comme un fardeau. Nous lui expliquons alors ce qu'est le cancer, nous lui demandons s'il veut que l'on prenne contact avec sa maman. Nous parlons et ensuite cela va beaucoup mieux. Nous communiquons beaucoup avec les parents. L'infirmier est un lieu de parole, dont le fil conducteur est le corps.

Mme Jacqueline Le Roux : A l'extérieur de l'école, les enfants n'ont pas ce type de professionnels de la santé. Lorsque l'on est malade, on va voir le médecin de famille, mais pas forcément une infirmière, dont le rôle est spécifique.

Dans l'acte éducatif, nous sommes là pour aider les enfants et les accompagner tout au long de la scolarité. Nous pensons notamment avoir un rôle très important à l'âge de l'adolescence, où les enfants sont fragiles. Quelquefois, il suffit de notre empathie professionnelle ou de nos compétences pour parler de ce dont ils n'osent pas toujours parler avec les parents ; ainsi nous remettons les choses en place. Quand ils rencontrent des difficultés en cours avec un professeur, cela influe sur leur santé, cela parasite leur temps scolaire. C'est pourquoi nous avons un rôle très important.

Mme Martine Lignières-Cassou : Y a-t-il l'équivalent de votre profession dans d'autres pays d'Europe ?

Mme Brigitte Le Chevert : Non, dans les autres pays, le métier dans les établissements scolaires tient plus de la santé publique, des vaccinations, du dépistage. D'ailleurs, les infirmières ne suivent pas les mêmes études. En Allemagne, par exemple, elles ne font pas de prise de sang. Ce sont plutôt des aides-soignantes.

Notre métier est une spécificité du système français. Dans les autres pays, les infirmières convoquent les élèves. Nous, nous ne les convoquons pas : il y a une infirmerie avec une infirmière, et les élèves viennent sans arrêt.

Claude Allègre, alors ministre de l'Education nationale, nous avait indiqué, lors d'une audience, pourquoi il souhaitait qu'il y ait des infirmières, même s'il ne parvenait pas à obtenir tous les postes d'infirmières voulus. En effet, contrairement aux assistantes sociales, que l'on trouve en secteur ou en territorial, on ne trouve pas à l'extérieur de l'école de structure infirmière comme la vôtre, nous avait-il dit. Les infirmières libérales ne font pas du tout le même travail.

Mme Jacqueline Le Roux : Nous sommes là pour les enfants malades et les enfants bien portants, pour les aider à être bien dans leur corps.

Mme Brigitte Le Chevert : La semaine dernière, lors d'un colloque à Marseille, le docteur Rufo a indiqué qu'il n'y avait aucun déterminant social dans le suicide et que les jeunes qui tentent de se suicider ont surtout besoin de personnes qui s'occupent de leur corps.

Mme Jacqueline Le Roux : Vous nous avez demandé si le fait de pouvoir donner la contraception d'urgence nous permettait de repérer davantage de cas d'agressions sexuelles. Nous ne disposons pas de statistiques, mais dans notre pratique journalière, nous ne relevons pas plus de cas qu'avant.

Mme Brigitte Le Chevert : Il est important de mentionner que nous sommes aussi les infirmières des personnels. Par exemple, les agents de service viennent régulièrement faire prendre leur tension. Cela leur évite d'aller chez le médecin. Des enseignants qui craquent viennent souvent se reposer à l'infirmerie. Comme avec les élèves, nous avons un rôle d'éducateur à leur égard. Nous y tenons beaucoup.

Audition de Mmes Anne-Marie Gibergues, secrétaire générale, et Brigitte Accart, secrétaire générale adjointe, du syndicat national des infirmiers, infirmières, éducateurs de santé (SNIES UNSA-Education)

Réunion du 27 novembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Anne-Marie Gibergues, secrétaire générale du syndicat national des infirmiers, infirmières et éducateurs de santé (SNIES UNSA-Education), accompagnée de Mme Brigitte Accart, secrétaire générale adjointe.

Nous souhaiterions évoquer avec vous, comme nous venons de le faire avec Mme Brigitte Le Chevert, les difficultés qui nous ont été signalées par des collègues de la Délégation, à savoir :

- réticences de certains médecins scolaires ou de chefs d'établissement à l'application du protocole ;

- difficultés pour des infirmières à contacter en urgence un médecin ou un centre de planification, a fortiori dans des petites villes ou en milieu rural et, pour les mineures, difficultés de sortie de l'établissement ;

- problème de formation des infirmières à ces nouvelles pratiques ;

- insuffisance du nombre d'infirmières scolaires dans les établissements ;

- problèmes de crédits pour l'approvisionnement en Norlevo des pharmacies d'établissement.

Par ailleurs, nous aimerions avoir des éclaircissements sur la manière dont est traité le problème des violences et des agressions sexuelles en milieu scolaire, notamment sur les mineures de moins de 15 ans. Quelle attitude doivent adopter les infirmières scolaires, lorsqu'elles ont connaissance de tels faits, en application de la circulaire de 1997 concernant les violences sexuelles ? La délivrance de la contraception d'urgence a-t-elle mis en évidence un certain nombre de ces faits ?

S'il nous reste un peu de temps, vous pourrez évoquer très brièvement la situation actuelle des infirmières dans le système scolaire.

Mme Anne-Marie Gibergues : Je souhaiterais aborder au préalable un autre point qui concerne l'éducation à la vie affective et sexuelle à l'Education nationale et vous transmettre la lettre que le Groupe national d'information et d'éducation sexuelle (GNIES) a adressée à M. Jack Lang, ministre de l'Education nationale, sur l'insuffisance des postes, des formations et des moyens. C'est un problème prégnant, parce que l'on nous attribue de plus en plus de tâches à remplir, sans nous donner les moyens adéquats, qu'ils soient humains ou matériels.

En ce qui concerne les moyens en personnel, de nombreux collègues ont en charge trois collèges et cinquante écoles primaires. Ils ne peuvent donc pas faire toutes les tâches qu'ils devraient. De plus, les infirmières n'étant pas en permanence dans les collèges, il leur est pratiquement impossible de répondre à l'urgence. J'imagine mal une élève aller demander à son chef d'établissement ou à son conseiller principal d'éducation d'appeler l'infirmière, car elle a un besoin urgent. Où serait la confidentialité dans ce cas ?

S'agissant des moyens matériels, les infirmières qui sont sur un secteur - ce que l'on appelle les postes mixtes - n'ont pas suffisamment de frais de déplacement dans l'année pour remplir toute leur charge de travail.

En ce qui concerne la formation, il ne s'agit pas simplement de la formation à la contraception d'urgence, mais aussi à l'éducation sexuelle. Dans certaines académies, il existe, dans le planning de formation de l'année, des formations à la vie affective et sexuelle, mais elles ne sont pas institutionnalisées et se font sur la base du volontariat. Nous souhaiterions que cette formation fasse partie de l'accueil de toutes les infirmières à l'Education nationale. Notre projet serait un an de formation avec des stages et parfois des formations de groupe, pour travailler avec les professeurs et les maîtres d'école. Cela nous permettrait de parler tous d'une même voix sur ce sujet. Nous essayons d'établir le programme de cette année de formation, parce que l'infirmière scolaire a un travail particulier, qui n'est pas celui de l'infirmière hospitalière.

Nous sommes de très bonnes techniciennes. Nous avons une ouverture sur la santé publique, mais il faudrait que nous ayons une obligation à la formation, lors de l'entrée dans le corps de l'Education nationale, en raison de ses particularités. Ensuite, nous devons apprendre à travailler avec les autres et les autres doivent apprendre à travailler avec nous, à nous reconnaître et à former des projets avec nous. L'éducation sexuelle fait partie de la formation que nous aimerions recevoir.

Je vais maintenant aborder les problèmes que nous avons rencontrés dans l'application de la circulaire sur la contraception d'urgence.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Avant le vote de la loi du 4 juillet 2001 ?

Mme Anne-Marie Gibergues : Non, depuis cette rentrée scolaire.

Dans la loi sur la contraception d'urgence, confortée par la loi sur l'IVG, il est fait référence à un médecin directement accessible. Or, cela a posé un énorme problème de responsabilité à l'infirmière, lorsqu'elle est confrontée à une élève qui ne veut pas rencontrer un médecin.

D'un point de vue pénal, nous nous sommes demandées comment faire, puisque la loi précise qu'il convient d'avoir un contact avec un médecin. Nous avons donc interrogé sur ce point une assurance professionnelle. Sa réponse a été très explicite :

L'idée générale est que l'intervention de l'infirmier n'est légitime que si celle d'un médecin est effectivement impossible. Ceci doit donc, comme vous le faites justement remarquer, être limité à un nombre très réduit de cas, l'accès rapide à un médecin étant en général possible en France, ne serait-ce qu'au service d'accueil des urgences du centre hospitalier le plus proche."

Quand l'établissement se situe à vingt kilomètres du centre hospitalier ou du centre de planification le plus proche, comment faire ?

Je continue : *"Je pense donc que l'attitude des infirmiers scolaires, au moins en l'état actuel de cette réglementation, doit être de s'impliquer le moins possible dans l'administration de ces contraceptions d'urgence et réserver cette activité aux médecins. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de l'administration d'un produit médicamenteux nécessitant une indication médicale, même si ce produit est en vente libre."*

Nous nous attendions à une telle réponse, mais nous sommes très inquiets de la responsabilité qu'elle suppose. Dans chaque établissement, nous pouvons contacter le 15, qui nous enverra un médecin en urgence. Mais il se pose le problème de confidentialité. De plus, si un médecin se déplace, qui va payer les frais ?

Mme Brigitte Accart : Même si nous pouvons imputer ces frais au fonds social, nous devons expliquer la dépense.

Mme Anne-Marie Gibergues : Notre préoccupation principale porte sur la confidentialité. Nous essayons de régler les problèmes au cas par cas, mais ce n'est pas toujours facile. Certaines collègues sont réticentes à appliquer la loi, peut-être parce qu'elles se sentent prises en défaut dans leur fonctionnement. Par ailleurs, nous nous étions posé la question de la responsabilité de l'infirmière, dans l'éventualité où cette contraception d'urgence serait inefficace, ce qui arrive parfois.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je ne vois pas pourquoi la responsabilité de l'infirmière serait davantage engagée.

Mme Anne-Marie Gibergues : Si l'enfant ne veut pas faire une IVG, la famille peut se retourner contre l'infirmière qui a commencé à délivrer une contraception d'urgence. Certaines de nos collègues se sont posé la question, plus particulièrement dans le cas de familles maghrébines. Quelle va être la réaction de ces familles lorsqu'elles vont constater la grossesse de leur fille qui, ne voulant pas faire d'IVG, leur dit qu'elle a commencé une contraception d'urgence auprès de l'infirmière du collège ou du lycée ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : La question de l'efficacité du Norlevo peut se poser pour les mineures, quelle que soit leur ethnie d'origine. Cela dit, il me semble aussi que vous êtes tenues au secret professionnel.

Mme Anne-Marie Gibergues : Ce n'est pas vis-à-vis de notre secret professionnel, mais vis-à-vis de la famille à laquelle la mineure va raconter que l'infirmière lui a donné la pilule du lendemain.

Nous devons tenir des registres pour ces pilules et en faire un bilan. Or, dans le cas d'un dépôt de plainte contre l'infirmière ou d'une commission rogatoire, la justice aura accès au registre infirmier.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Mais ce ne sont pas des rapports nominatifs.

Mme Anne-Marie Gibergues : Si, dans notre registre infirmier, c'est nominatif. Toute une partie n'est pas divulguée, mais en cas d'enquête ou de commission rogatoire, le secret professionnel est levé. C'est ce qui nous a causé du souci, parce que le droit parental n'est pas levé.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Si, il est levé. Depuis la loi relative à l'IVG et à la contraception du 4 juillet 2001, toute mineure a le droit de prendre une contraception en toute confidentialité et de recourir à une IVG.

Mme Anne-Marie Gibergues : Un autre problème concerne la confidentialité. Il est bien précisé, dans le décret d'application, que nous devons disposer de locaux pour aider à cette confidentialité. Or, si nous faisons un bilan de la situation des collèges où nous passons de temps en temps, vous seriez surprises de constater que nous travaillons souvent dans des conditions déplorables. Syndicalement, notre vœu est que l'on puisse refuser les établissements où il n'existe aucun lieu permettant de pratiquer un accueil dans la confidentialité. Toutefois, les rectorats et les inspecteurs d'académie ne le comprennent pas. Pour eux, nous devons passer dans tous les établissements.

Nous travaillons parfois dans des conditions lamentables. Une de nos collègues, dans l'académie de Créteil, était installée au fond d'un couloir avec une table.

Mme Conchita Lacuey : Que font les conseils généraux? Vous devriez agir auprès d'eux.

Mme Anne-Marie Gibergues : Il y a deux ans, dans un département, j'ai entrepris une action en ce sens. Deux ans après, il n'y a toujours aucun résultat au niveau des conseils généraux. Ils ont d'autres priorités que de construire des infirmeries.

Mme Conchita Lacuey : C'est une obligation.

Mme Anne-Marie Gibergues : Je suis ravie de vous l'entendre dire, mais vous ne savez pas ce que nous vivons.

Mme Conchita Lacuey : Si, dans un établissement, certains lieux ne sont pas conformes à la législation, cela doit être rapporté lors du conseil d'administration, où siègent le représentant du conseil général, les parents d'élèves et l'administration.

Mme Anne-Marie Gibergues : Nous avons fait un travail en amont, puisque nous sommes allées dans les conseils départementaux de l'Education Nationale (CDEN), mais franchement, cela n'avance pas beaucoup.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Les CDEN ne sont pas forcément les bons lieux.

Mme Anne-Marie Gibergues : Si, car dans un CDEN par an, nous sommes en contact avec le conseil général. Nous dénonçons aussi cette situation au conseil d'administration, quand nous pouvons y participer. En effet, comme nous naviguons entre plusieurs établissements, nous ne sommes pas obligatoirement dans un conseil d'administration.

Mme Conchita Lacuey : Vous avez toujours un conseiller général ou des élus de la commune qui y siègent.

Mme Brigitte Accart : Ce n'est pas pour cela que nous sommes entendues ou qu'ils débloquent des fonds pour les infirmeries. D'ailleurs, dans des collèges déjà anciens, il n'y a pas toujours de lieu disponible pour installer une infirmerie. Une telle structure peut se concevoir quand il s'agit d'un nouvel établissement, mais dans des établissements

scolaires plus anciens, aménager un local qui n'était pas prévu au départ pose des problèmes.

Nous ne pouvons pas délivrer une contraception d'urgence, installées à une table au bout d'un couloir. Les élèves passent, nous demandent une serviette hygiénique, la pilule du lendemain, un Doliprane, un Spasfon. Si nous ne pouvons pas nous isoler avec l'élève pour avoir un entretien, il nous est difficile de travailler.

Mme Anne-Marie Gibergues : Pour nous, la question des locaux est très importante au regard de la confidentialité. Nous sommes souvent très gênées, notamment pour les questions d'IVG ou de pilule du lendemain.

Les problèmes de la ruralité se rencontrent tous les jours dans les petits établissements de moins de cent élèves. En revanche, aucune difficulté ne nous est remontée concernant des violences et agressions sexuelles sur mineurs depuis le texte de la circulaire de 1997. Aucune de nos collègues ne nous a contactées pour nous informer que cela lui posait problème, peut-être aussi parce qu'elles ne veulent pas se poser le problème.

Nous sommes auprès des enfants et pas auprès de l'administration. Nous sommes là pour aider les enfants. En général, il ne s'agit pas d'un majeur qui aura eu des relations avec une mineure, mais de couples qui se forment à l'intérieur de l'établissement.

Mme Conchita Lacuey : On ne vous a donc signalé aucun cas avec des violences.

Mme Anne-Marie Gibergues : Si, des violences, cela peut arriver. C'est alors une agression sexuelle, que nous déclarons. Il y a des circuits bien établis de déclaration selon les départements.

Mme Conchita Lacuey : A travers la contraception d'urgence, avez-vous rencontré de tels cas ?

Mme Anne-Marie Gibergues : Non, nous n'avons eu aucun signalement d'agression sexuelle. C'est peut-être arrivé, mais nos collègues ne l'ont pas signalé.

Nous voulions également aborder le problème de la sortie pour l'IVG et de l'adulte référent. Le mieux, c'est qu'un membre de la famille soit l'adulte référent. Mais, parfois, seule l'infirmière peut l'être. D'autres agents de l'administration, comme le médecin ou l'assistante sociale, pourraient également l'être, mais leurs secteurs étant très étendus, nous les voyons rarement.

Pour nous, il est très difficile de quitter l'infirmierie, où nous avons des permanences à faire, puisque nous sommes tenues de traiter l'urgence. Il peut arriver une urgence quand nous sommes à l'hôpital pour accompagner la jeune fille. Nous nous posons beaucoup de questions à ce sujet.

D'autre part, je voudrais vous raconter ce qui est arrivé à une de nos collègues. Elle a eu à traiter le cas d'une élève enceinte, qui voulait recourir à une IVG, sans qu'aucun membre de sa famille n'en soit informé. L'infirmière, qui s'est proposée comme adulte référent, a été refusée par le centre d'IVG. Les problèmes viennent principalement des médecins anesthésistes qui exigent que la famille signe les décharges.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Vous confortez les informations que nous avons eues d'un certain nombre de nos collègues, voire des médecins anesthésistes que nous avons rencontrés. Nous avons voté une loi pour qu'elle soit appliquée. Or, on s'aperçoit qu'elle ne l'est pas et qu'il y a vraiment un travail à faire.

Mme Anne-Marie Gibergues : Que faire dans ce cas ? Que dire à nos collègues qui nous contactent ? La plupart du temps, ce sont les anesthésistes qui bloquent.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Notamment s'ils doivent pratiquer une anesthésie générale.

Mme Anne-Marie Gibergues : Entre la dixième et la douzième semaine, il est difficile de pratiquer une IVG autrement que sous anesthésie générale.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ce sont des discussions que nous menons actuellement avec les anesthésistes, ainsi qu'avec le ministère. Mais cette situation n'est pas générale.

Mme Anne-Marie Gibergues : Le problème est que l'IVG reste le dernier recours et ne peut souffrir de délai. Ne pouvant plus attendre, on se retrouve confrontées à des grossesses non désirées.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons reçu le président de la Société française d'anesthésie et de réanimation, qui nous a tenu un discours certes prudent, mais moins abrupt que ce que vous venez de nous décrire. Toutefois, je sais que, dans mon département, certaines femmes viennent de départements voisins, en raison de l'attitude des anesthésistes. C'est pourquoi nous nous mobilisons sur le suivi de l'application de la loi, car nous constatons que certains blocages ne sont absolument pas levés.

**Audition de M. Guy-Marie Cousin, secrétaire général du syndicat national
des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF)**

Réunion du 27 novembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir M. Guy-Marie Cousin, secrétaire général du syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France, qui rassemble 2 400 gynécologues et obstétriciens.

La Délégation aux droits des femmes a été chargée par le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale du suivi de l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception. Dans le cadre de cette mission, elle déjà reçu M. Bruno Carbonne, secrétaire général du collège national des gynécologues-obstétriciens français, qui a fait part d'un certain nombre de difficultés de mise en œuvre de la loi, notamment un manque de formation des médecins, et des réticences d'ordre à la fois médicales et éthiques.

Nous souhaitons recueillir votre appréciation sur la situation actuelle de l'IVG et sur l'attitude des gynécologues-obstétriciens devant l'allongement des délais et vis-à-vis des mineures accompagnées d'un adulte qui n'est pas leur parent. Vos adhérents sont-ils confrontés à de nombreux cas d'IVG tardives ? Comment ces cas sont-ils traités ? En cas de dépassement des nouveaux délais, quelles sont les solutions proposées ? Selon vous, existe-t-il des différences de pratiques entre les secteurs public et privé ? Quels sont les obstacles au développement de la médecine ambulatoire ? L'ouverture de la pratique de l'IVG médicamenteuse à la médecine de ville, va-t-elle offrir de nouvelles perspectives ?

Nous souhaiterions également aborder le problème de la revalorisation des frais de soins et d'hospitalisation afférant à l'IVG, connaître votre sentiment quant à l'inscription de l'acte d'IVG dans la nomenclature de la Sécurité sociale et aborder le statut des services et des personnels affectés à l'IVG ?

M. Guy-Marie Cousin : Dès l'annonce des modifications envisagées de la loi Veil, au mois de juillet 2000, nous avons, au nom de notre syndicat, qui représente les gynécologues et les obstétriciens aussi bien hospitaliers publics que privés, réagi, en soulevant trois problèmes : tout d'abord, celui de la réticence des professionnels, sur le plan technique, en matière de délais ; ensuite, la question des jeunes filles mineures, notamment en cas de complications ; enfin, le problème des femmes qui, malgré l'allongement des délais, devraient aller avorter à l'étranger. Nous avons publié un communiqué, interpellant Mme Martine Aubry, alors ministre de l'emploi et de la solidarité. Dans son intervention au conseil des ministres le 4 octobre 2000, soit quinze jours plus tard, elle avait affirmé que l'augmentation du délai ne posait pas de problèmes techniques. Le rapport de l'ANAES, selon lequel une IVG à 13 ou 14 semaines posait des problèmes techniques, est paru ultérieurement.

Or, il s'agit pour nous d'un réel souci, puisqu'une IVG pratiquée dans ces délais nécessite un environnement particulier, un environnement hospitalier, avec possibilité d'anesthésie, une surveillance post-intervention, voire une hospitalisation. Voilà la raison pour laquelle certains médecins sont réticents à de telles pratiques ; plusieurs de nos

collègues, qui acceptent de pratiquer les IVG jusqu'à douze semaines, estiment ne pas avoir la formation adéquate pour les pratiquer au-delà.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Sont-ils prêts à se former ?

M. Guy-Marie Cousin : Il faut savoir comment les former, et quelles seront les mesures incitatives à une telle formation. Dans la réalité, les centres d'IVG fonctionnent assez souvent en marge des services hospitaliers, grâce à la participation de médecins en voie de disparition — les médecins militants —, qui étaient soit des médecins généralistes soit des gynécologues médicaux. A partir du moment où existe un problème technique chirurgical — ce qui est le cas entre 12 et 14 semaines —, les médecins généralistes sont très réticents à pratiquer des IVG, notamment dans les centres d'IVG qui ne font pas partie d'un service hospitalier. Par ailleurs, la spécialité de gynécologie médicale n'existe plus depuis 14 ans, et la formation ne comprenait pas l'apprentissage de la technique chirurgicale, surtout entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée ; certes, il a été décidé de former à nouveau les gynécologues médicaux, mais il faudra attendre 4 ou 5 ans avant d'avoir des jeunes médecins formés.

Nous sommes donc dans une période d'autant plus difficile que le nombre de gynécologues-obstétriciens diminue et que ceux-ci sont de plus en plus sollicités par le suivi des grossesses, par les problèmes chirurgicaux et par les stérilités. Il faut avouer de plus que dans le secteur hospitalier public comme privé, l'IVG n'est pas "la tasse de thé" des médecins, et qu'elle l'est d'autant moins qu'il s'agit d'une activité souvent gérée dans un service annexe, que les médecins volontaires ne disposent pas des moyens de la pratiquer dans de bonnes conditions et qu'un grand nombre de chefs de service refuse la pratique des IVG dans leur service.

Je pense qu'il convient de reprendre les choses à la base. On assiste à la disparition des médecins militants, qui avaient participé aux luttes pour l'adoption de la loi Veil, mais en contrepartie les médecins ont aujourd'hui des positions moins marquées, moralement, pour ou contre l'IVG. Il convient simplement de leur donner les moyens de les pratiquer dans des conditions correctes.

Au niveau du secteur hospitalier public, il faut que l'on donne la possibilité aux médecins qui le souhaitent, de pratiquer des IVG dans les services d'IVG au sein des services hospitaliers. Cette charge de travail, comme n'importe quelle autre, devrait être partagée par tous et ne pas reposer sur une seule personne. C'est pour cette raison qu'en été, faute de personnels, certains services doivent fermer et que l'on assiste, de ce fait, à une augmentation insupportable des délais.

Dans le monde hospitalier privé, je crains que les médecins ne se déchargent un peu de la pratique des IVG, du fait, notamment, de l'accroissement de l'activité et de la demande forte sur d'autres activités...

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : ... vécues comme plus nobles !

M. Guy-Marie Cousin : Vécues comme plus nobles, oui, il faut dire les choses comme elles sont. Cependant, il y a aujourd'hui un changement de comportement de la part des médecins. Ils savent que la pratique de l'IVG fait partie de leur métier et que la détresse des femmes dans cette situation doit être prise en compte : la jeune génération est beaucoup moins réticente que les médecins plus âgés.

Malheureusement, ces jeunes médecins ne sont pas incités à pratiquer les IVG, parce qu'ils sont trop sollicités par ailleurs et qu'ils n'y sont pas incités financièrement, puisque le tarif des actes d'IVG, fixés par arrêté en janvier 1991, n'a jamais été réévalué depuis. Par conséquent, aujourd'hui, un médecin gynécologue-obstétricien a tout intérêt à réaliser une aspiration pour une fausse couche plutôt qu'une aspiration pour une IVG ; bien que l'investissement, en ce qui concerne le temps médical de prise en charge, soit moins lourd, l'acte est mieux payé. L'anesthésiste est lui aussi mieux rémunéré en cas d'aspiration pour grossesse spontanément interrompue que pour une IVG. Et la situation dans les établissements privés est encore pire puisque, par rapport à une activité comparable, le forfait prive l'établissement d'environ 1 000 francs de revenus par intervention (correspondant aux frais de salle d'opération).

Il est donc clair que les choix des directions d'établissement — qui progressivement échappent aux médecins — ne se portent plus aujourd'hui sur l'ouverture ou le maintien d'une activité d'IVG ; il est beaucoup plus rentable d'exercer d'autres activités. Cette situation est inquiétante, notamment en Ile-de-France, où l'on peut penser que, dans les années qui viennent, le secteur hospitalier public va devoir s'investir beaucoup plus dans la pratique des IVG.

Je ne reviendrai pas sur le rapport de l'ANAES, mais il explique clairement que la méthode recommandée, entre 13 et 14 semaines, est la méthode chirurgicale.

Il existe, à l'évidence, un problème de formation des personnels médicaux. Les gynécologues-obstétriciens sont formés à la technique — puisqu'ils réalisent tous des interruptions médicales de grossesse, même bien au-delà de 14 semaines —, mais ne savent pas bien, en revanche, manier les produits médicamenteux, notamment à 13 ou 14 semaines de grossesse. Nous savons qu'ils peuvent être utilisés avec succès, mais avec des effets secondaires douloureux ; par ailleurs, nous ne disposons pas de protocole évalué concernant la gestion de la douleur. Le rapport de l'ANAES précise d'ailleurs que les femmes qui ont déjà subi une IVG chirurgicale choisiraient, si le cas se présentait, à nouveau une IVG chirurgicale, et que les femmes qui ont subi une IVG médicamenteuse choisiraient, elles aussi, une IVG chirurgicale, car elles ont trop souffert. Ce problème pourrait peut-être se régler par la mise au point d'un protocole anti-douleur, mais il y a vraiment du travail à faire dans ce sens.

Il convient également de réfléchir à l'accès au plateau technique, car les IVG doivent être pratiquées dans un service hospitalier, avec l'environnement adéquat.

S'agissant des mineures, le problème n'est absolument pas réglé. Nous sommes tout à fait disposés à appliquer la loi, mais notre souci est de savoir ce que nous devons faire en cas de complication. Si l'hospitalisation est nécessaire, comment devons-nous prévenir la famille ? Je n'imagine pas une seconde ne pas prévenir les parents. Quelles sont les responsabilités respectives du médecin et de l'adulte référent ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Il s'agit pour l'adulte référent d'une responsabilité non pas pénale, mais morale.

M. Guy-Marie Cousin : Bien entendu, mais le problème, pour nous, n'est pas réglé.

Par ailleurs, j'estime que la loi a été trop timide par rapport à la proposition formulée par M. Israël Nisand, et que nous avons soutenue, relative aux centres régionaux

spécialisés dans les IVG tardives, d'autant qu'aujourd'hui, nous pouvons nous appuyer sur le réseau maternité.

Aujourd'hui, les maternités — publiques comme privées — sont obligées de s'organiser de façon régionale en réseaux interdépendants les uns des autres, pour une meilleure prise en charge des grossesses à risque et des nouveau-nés à problème. Les praticiens vont se connaître par l'intermédiaire de ces réseaux. Nous pouvons donc très bien imaginer qu'au sein de ces derniers vienne se superposer un centre régional prenant en charge les IVG à problème, y compris les IVG pratiquées au-delà de 14 semaines. Nous comprenons, en effet, assez mal pourquoi on laisse sur le bord de la route 2 000 à 2 500 femmes qui, ayant dépassé les délais légaux, iront de toute façon à l'étranger.

A partir du travail réalisé par l'ANAES, il conviendrait de solliciter les sociétés savantes correspondantes, que ce soit celles de gynécologie-obstétrique ou celles d'anesthésie-réanimation, pour élaborer des guides de bonnes pratiques, que toutes les organisations professionnelles pourraient diffuser aux médecins. Cela est notamment vrai pour l'utilisation des produits médicamenteux et pour les protocoles anti-douleur.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Cela pourrait être également l'une des fonctions du groupe national d'appui.

M. Guy-Marie Cousin : Oui, tout à fait. Enfin, je crois que de nombreux professionnels sont prêts à s'engager dans la participation à l'information des adolescents. Nous sommes, en effet, assez troublés de constater, que le nombre d'IVG ne baisse pas par rapport au nombre de naissances en France ; certains pays savent faire bien mieux que nous.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Pourtant, nous sommes l'un des pays dont les femmes ont le plus recours aux méthodes contraceptives.

M. Guy-Marie Cousin : Nous nous rendons compte aujourd'hui que les IVG les plus difficiles concernent des femmes de plus en plus jeunes : alors que la moyenne d'âge était de 25/29 ans, elle est actuellement de 20/24 ans. Cela signifie que la prise en charge contraceptive n'a pas été faite correctement et qu'il faut donc diffuser une information. Mais, lorsque j'en parle avec des responsables du monde éducatif, je sens une grande réticence de leur part à introduire les professionnels de santé dans l'information à la sexualité. C'est regrettable, car un gynécologue pourrait se rendre dans plusieurs classes et donner une information d'une manière différente de celle de l'éducateur. Ce message pourrait marquer les adolescents. Nous pourrions par ailleurs leur préciser qu'ils peuvent avoir accès à l'information médicale en poussant simplement la porte de n'importe quel cabinet médical. Les adolescents qui connaissent des problèmes sont démunis, surtout s'ils ne peuvent pas en parler à leurs parents.

Nous sommes donc tout à fait disposés à appliquer la loi, nous avons seulement soulevé un certain nombre de problèmes, aujourd'hui, non résolus. Par ailleurs, nous craignons que la diminution des effectifs dans notre spécialité ne rende les choses plus difficiles dans les années qui viennent.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous pourrions penser que la relève pourrait être prise par l'IVG médicamenteuse et par la création de réseaux entre médecins de ville et établissements de santé.

M. Guy-Marie Cousin : Certainement, notamment pour ce qui concerne la délivrance elle-même, mais l'IVG médicamenteuse après 12 semaines de grossesse pose des problèmes de douleur importants qui ne peuvent pas être gérés en libéral.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Tout à fait, d'ailleurs l'ANAES ne la recommande pas pour les IVG tardives, mais seulement pour les grossesses jusqu'à sept semaines. Mais, pour ces grossesses, le développement de l'IVG médicamenteuse, en médecine de ville, conventionnée, et dans le cadre des réseaux de santé, pourrait être une réponse.

M. Guy-Marie Cousin : Les réseaux de santé restent pour le moment théoriques. En revanche, le réseau de maternité existe. Pourquoi les médecins de ville ne pourraient-ils adhérer au réseau, sachant qu'ils trouveraient là facilement des interlocuteurs qui pourraient prendre en charge les problèmes qu'ils sont susceptibles de rencontrer lors des IVG ?

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Le texte relatif aux réseaux de santé ne l'interdit pas.

M. Guy-Marie Cousin : Il ne l'interdit pas, mais ne l'organise pas non plus. Par ailleurs, les professionnels de santé du monde libéral pensent qu'effectivement la mise en place de ces réseaux est une bonne idée, mais qu'il convient avant tout de déterminer les responsabilités et le financement du temps passé au sein des réseaux. Car ceux-ci ne peuvent pas fonctionner uniquement avec des bonnes volontés. Nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'en parler avec le ministre de la santé, pour ce qui concerne les réseaux de périnatalité. Il a prévu d'en financer le fonctionnement, car il a bien conscience que, sinon, ils ne fonctionneront pas.

Ce que nous regrettons, dans cette démarche, c'est que nous n'ayons pas participé au travail important réalisé par M. Israël Nisand l'année dernière ; la consultation a eu lieu après que les décisions importantes aient été prises. Or, le fonctionnement n'est pas satisfaisant, et l'on se demande maintenant comment résoudre le problème.

Globalement, tous les professionnels sont d'accord sur la prise en charge qu'il avait proposée et sur la création de centres régionaux. Lorsque nous sommes confrontés à une IVG difficile à 13 ou 14 semaines de grossesse, ce n'est pas facile à gérer, même pour un spécialiste ayant de l'expérience. Il serait donc intéressant, à ce moment-là, de pouvoir faire appel à un centre régional, où l'on sait que la décision et l'acte vont être portés par un collègue de médecins.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Je ne voudrais pas revenir sur les discussions que nous avons eues l'année dernière avec M. Israël Nisand, notamment sur la personne qui prend la décision de l'acte d'IVG. Il y a eu un malentendu à ce sujet et le débat a changé de nature, notamment en ce qui concerne l'allongement des délais légaux d'IVG et les examens de diagnostic prénatal.

M. Guy-Marie Cousin : La création de centres régionaux serait justement un bon moyen de limiter les risques de dérive eugénique.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Personnellement, en ce qui concerne la détermination du sexe, je ne crois pas à ce risque.

M. Guy-Marie Cousin : Aujourd'hui, à 12 semaines de grossesse, nous pouvons déceler un certain nombre de malformations. Nous sommes à la veille d'une décision de la Cour de cassation : si elle confirme l'arrêt Perruche, cela va poser un énorme problème. Un grand nombre d'échographistes vont ouvrir un parapluie et dire à leur patiente, s'ils dépistent une malformation, qu'ils sont incapables d'en estimer la portée et qu'il lui appartient — puisqu'elle est dans les délais d'une IVG — de prendre ses responsabilités. Ce qui est un discours effrayant à entendre, lorsqu'on est enceinte de trois mois. C'est la raison pour laquelle un centre régional, couplé à un centre de diagnostic prénatal, permettrait de dégonfler le problème : il y aurait confirmation par un expert échographiste et discussion collégiale du dossier. Tous les professionnels concernés — dont les chirurgiens néonataux — seront capables de dire, pratiquement en temps réel, comment ils envisagent le traitement de la malformation, quels sont les risques de handicap, etc. Un couple qui se retrouve dans cette situation a besoin d'information, et c'est justement l'absence de cette information qui conduit des couples à décider d'une IVG non motivée.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ce n'est pas l'arrêt Perruche qui crée l'indemnisation ; la nouveauté de cet arrêt, c'est l'indemnisation de l'enfant.

M. Guy-Marie Cousin : Tout à fait, mais pour nos assureurs, cette indemnisation risque de leur coûter cher et ils répercuteront le surcoût sur les assurances en responsabilité civile professionnelle ! C'est un vrai problème. A titre d'exemple, je viens d'être informé des tarifs applicables en 2002 pour l'assurance de groupe gérée par le syndicat : gynécologie médicale sans échographie et sans IVG : 4 200 F par an, gynécologie médicale avec échographie et avec IVG : 28 000 F par an !

Audition de Mme Carine Favier, responsable de la commission Sida du Mouvement français pour le planning familial (MFPPF.)

Réunion du 4 décembre 2001

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Carine Favier, responsable de la commission Sida du Mouvement français pour le planning familial, accompagnée de Mme Maïté Albagly, secrétaire générale.

Chargée par la commission des affaires sociales du suivi de l'application de la loi relative à l'IVG et à la contraception, la Délégation a déjà reçu, le 16 octobre dernier, Mmes Françoise Laurant, présidente, Danièle Gaudry, Fatima Lalem et Maïté Albagly, membres du bureau exécutif du Planning familial.

Au fil des auditions auxquelles nous procédons depuis un mois et demi, au-delà des difficultés soulignées dans l'application de la loi, tant par les associations que par les professionnels de santé, nous découvrons de nouveaux problèmes concernant la prévention en matière de contraception, liés la recrudescence du sida et des maladies sexuellement transmissibles.

Ainsi, en région parisienne, il y aurait une forte augmentation du sida chez les femmes, ces trois dernières années. Le relâchement de la vigilance parmi les populations dites à risque - homosexuels, hommes et femmes, mais aussi femmes hétérosexuelles - ainsi que l'abandon progressif, en raison du succès des trithérapies, d'une indispensable protection, nécessitent de la part des professionnels de santé, des associations, des pouvoirs publics un effort accru de prévention auprès des hommes comme auprès des femmes les plus vulnérables.

Pouvez-vous nous donner des informations sur cette population de femmes particulièrement exposée, sur la progression de la contamination ces dernières années et sur les moyens alternatifs de prévention ? On fonde beaucoup d'espoirs sur le développement de l'utilisation du préservatif féminin, malheureusement encore coûteux et peu disponible en France.

Qu'en est-il des récentes campagnes de prévention contre le sida, notamment de celle lancée en mars dernier en direction des femmes par le ministère délégué à la santé et le Comité français d'éducation à la santé, avec le soutien des associations.

Mme Carine Favier : Je suis une militante des droits des femmes, qui travaille au Planning familial depuis longtemps. Je suis également médecin consultant de personnes infectées par le VIH dans un service de maladies infectieuses à Montpellier.

J'anime la commission Sida du Planning familial et je coordonne un programme national de prévention en direction des femmes - programme conjoint du ministère de la santé et du Planning familial-. Dans le cadre de ce programme, qui m'a permis de rencontrer de nombreuses femmes, j'ai pu constater un certain nombre de défauts dans la manière d'aborder aujourd'hui la prévention en direction des femmes.

La situation des femmes a changé depuis le début de l'épidémie. Aujourd'hui, environ 30 000 femmes seraient concernées. Ce chiffre n'est qu'une évaluation, puisqu'il n'y a pas de déclaration obligatoire de séropositivité. L'infection à VIH a été modifiée par l'arrivée des traitements antirétroviraux efficaces (les trithérapies), qui entraînent une apparition beaucoup plus tardive du sida. La féminisation de l'épidémie existait depuis un certain temps déjà, mais n'avait pas encore été clairement perçue. Auparavant, le ratio était d'une femme pour sept hommes ; il est actuellement, d'une femme pour 2,7 hommes ; il y a donc une féminisation clairement établie. Les dépistages menés dans les laboratoires permettent d'évaluer à 40 % le nombre de femmes séropositives aujourd'hui, ce qui est un changement radical.

La question du sida chez les femmes pose des problèmes particuliers. Or, rien n'est programmé dans les services médicaux pour les femmes ; notamment il n'y a généralement pas de consultation gynécologique. A Marseille, il y en a une dans le service de maladies infectieuses, ce qui est important car ces personnes sont souvent en difficulté sociale et n'ont pas forcément l'énergie nécessaire pour venir en consultation de maladies infectieuses, être suivies, prendre des traitements et faire en plus un suivi gynécologique. Or, ce suivi est pourtant très important pour les femmes séropositives, qui ont des risques accrus de cancer du col utérin.

Il y a très peu d'essais cliniques ; or, nous avons beaucoup de problèmes d'effets secondaires des traitements, généralement des problèmes hormonaux et endocriniens. Il y a donc certainement un travail à faire en ce domaine.

Aujourd'hui, les femmes ayant des pratiques hétérosexuelles sont contaminées, alors qu'au début de l'épidémie, cette contamination n'a été vue qu'à travers les femmes toxicomanes et les partenaires d'hommes bisexuels.

Actuellement, dans les relations hétérosexuelles, on se rend compte qu'il y a une contamination des femmes ayant des relations avec des hommes multi-partenaires, ou des femmes, elles-mêmes multi-partenaires. On note également qu'un nombre important de femmes d'origine africaine est touché. Cela explique la contamination hétérosexuelle très importante de l'Ile-de-France, notamment en Seine-St-Denis et dans les Hauts-de-Seine, où la contamination hétérosexuelle se rapproche beaucoup de celle que l'on trouve dans les départements d'outre-mer.

Au mois d'octobre, nous avons fait une formation de prévention auprès des femmes en Guyane. Il y avait une vingtaine d'animatrices d'associations travaillant avec des femmes d'origines différentes - haïtiennes, dominicaines, guyanaises -, qui faisaient état d'une prévalence importante du sida.

Ce problème de santé publique très important n'a été découvert, y compris au Planning, qu'avec retard. C'est en 1997 que le ministère a organisé un colloque sur femmes et sida en Europe, qui a été le point de départ d'une prise de conscience collective. On s'est rendu compte que la question économique était importante, c'est-à-dire que la dépendance économique venait renforcer la difficulté des femmes à être autonomes et à imposer des moyens de prévention à leurs partenaires. C'est également à ce moment que sont apparus les problèmes des femmes africaines.

Nous avons donc développé un programme de prévention sur proposition du ministère. Au départ, c'était un programme d'accompagnement du préservatif féminin, mais, rapidement, c'est devenu un programme de prévention des risques sexuels.

Le travail de prévention du sida en direction des femmes doit aborder les problèmes de façon globale. En effet, les femmes ne se vivent pas comme étant un groupe à risque ; elles n'ont pas le sentiment d'être en situation de risque, parce que souvent leur contamination est due à leur partenaire. Elles peuvent être fidèles, ne pas prendre de risques, et avoir quand même un risque de contamination. Il faut donc aborder le problème de façon globale, c'est-à-dire ne pas séparer les questions de contraception, de l'IVG, du sida et des MST.

La majorité des contaminations en Europe se trouvent en Europe du Sud - Espagne, Portugal, Italie et France - et la conception des rapports homme/femme n'est pas étrangère à cette situation. Entrent en jeu à la fois des questions économiques, la conception des rapports homme/femme, la place sociale des femmes, la capacité qu'elles ont à s'exprimer et à pouvoir revendiquer de façon légitime.

Aujourd'hui, après avoir créé 250 groupes et rencontré plus de 2 500 femmes sur tout le territoire et dans les DOM, nous commençons à avoir une certaine expérience et à nous rendre compte que la prévention en direction des femmes était jusqu'à maintenant très masculine, mettant en avant l'utilisation du préservatif masculin et sa facilité d'utilisation. Beaucoup de femmes dans les groupes de parole nous ont dit que ce n'était pas toujours facile, quand les hommes ne veulent pas l'utiliser. Nous devons donc avoir une approche différente en matière de prévention.

Vous avez dû être destinataires du document paru, au cours de l'année 2000, en direction des femmes, sur la prévention du sida. Alors que l'épidémie se développe depuis 15 ans, c'est le premier document élaboré par le ministère de la santé qui aborde l'aspect interactif et relationnel, plus proche du vécu des femmes. Il reste toutefois encore très peu diffusé.

Le 1^{er} décembre 2001, des campagnes de prévention ont été menées par les associations, mais j'ai ressenti de façon cruelle le manque de place faite aux femmes. Un seul document présentait la vision différente des femmes en matière de prévention. Aujourd'hui, aucune association ne représente spécifiquement les femmes, car les femmes ne se considèrent pas comme concernées. Certaines associations interviennent auprès des femmes usagères de drogues ; AIDES est une association reconnue pour son travail, surtout dans le monde gay, mais les femmes ne sont pas présentes, même symboliquement, dans leurs documents.

Nous avons travaillé avec des groupes d'une dizaine de femmes de tous les milieux sociaux, mais principalement des femmes en difficulté sociale, qui ont exposé leur besoin de lieux où s'exprimer et poser des questions en matière de sexualité. A l'issue de ces réunions, les femmes disaient : "C'est bien ce que l'on a fait. On se sent beaucoup plus fortes."

Mme Jeannine Mossuz-Lavau, directrice de recherche au CEVIPOF, a évalué ce programme de réduction des risques sexuels. Ce qui l'a frappé, c'est que les femmes, à la fin de ce programme, la regardaient en face et disaient : "On a appris des choses. On nous a accordé du temps. On a été importantes pour un certain nombre de gens." Certaines femmes nous ont dit qu'elles n'avaient jamais eu le temps, ni l'espace pour pouvoir parler d'elles-mêmes, de leurs préoccupations, de leurs difficultés à parler de sexualité à leurs enfants, etc. Surtout, pour elles, le plus important, c'était d'avoir pu se « redresser » et décider de faire autrement désormais, y compris dans les négociations avec leurs partenaires. Dans certaines cultures, il n'est pas possible de parler directement de sexualité

avec les enfants. Les femmes ne peuvent peut-être pas affronter les traditions frontalement, mais elles ont décidé de faire bouger les choses.

Le travail doit continuer en direction des femmes, mais également avec les hommes, pour discuter de leur représentation des femmes et de la sexualité des femmes. A la fin du programme, certaines femmes disaient : "Il faut dire aux hommes la même chose, car ils font les intéressants, mais ils sont aussi trouillards." Ensuite, les femmes ont organisé des réunions dans les centres sociaux et elles ont dit : "On va expliquer aux hommes tout ce que l'on a appris, on va leur montrer, ils vont nous écouter et ils vont voir que nous aussi avons des choses à dire." Le travail sur la prévention du sida en direction des femmes doit donc aussi passer par un travail en direction des hommes sur le thème : "Réfléchissez aux rapports entre hommes et femmes, réfléchissez à la place que vous devez laisser à votre partenaire."

Ce programme a été quelque chose de très enrichissant, mais il ne représente qu'une goutte d'eau dans la lutte contre le sida. Il sert d'expérimentation et donne des orientations sur la manière la plus pertinente de travailler, mais il est très important qu'une formation et une sensibilisation soient données à toutes les personnes qui reçoivent des femmes dans des endroits non spécifiques. En effet, les femmes, y compris les femmes usagères de drogues, vont très peu dans les lieux de prévention, car ce sont des lieux d'accueil extrêmement masculins. Quand il y a un accueil spécifique pour les femmes, celles-ci peuvent s'exprimer sur les questions de sexualité et de prévention. Mais il y en a encore très peu. Compte tenu des particularités de l'épidémie, qui touche les femmes africaines en particulier, il semble très important que ces questions soient abordées dans d'autres lieux que des lieux spécifiques "sida", comme les PMI ou les lieux traitant des questions de violence, et par les médecins, les gynécologues, et les assistantes sociales.

En tant que médecin des maladies infectieuses, je m'aperçois que la question du sida n'est pas perçue dans la population générale comme un risque sexuel que la femme peut avoir par l'intermédiaire de son partenaire et qui peut être difficile à gérer pour elle. Cette question est laissée à des spécialistes du sida, alors que, si l'on veut travailler en direction des femmes, il faut absolument que ce soit l'ensemble des personnes qui reçoivent les femmes qui soient sensibilisées à cette question.

Ensuite, s'il faut une prise en charge plus spécifique du VIH, il faut avoir recours à des personnes formées plus spécifiquement à la question du sida. Mais, on ne fera pas de prévention et on ne donnera pas aux femmes la possibilité d'en discuter et de s'en approprier les outils, si ce n'est pas fait là où sont les femmes et où vont les femmes.

Certaines responsables de Plannings, dans les départements les plus touchés, reçoivent aujourd'hui des jeunes de 17 ou 18 ans, séropositives. Les chiffres sont alarmants : 47 % des personnes qui ont eu un diagnostic de séropositivité au VIH sont en phase de maladie, c'est-à-dire qu'il s'est passé un temps infini – peut-être 10 ans – pendant lequel elles ont pris des risques et n'ont jamais rencontré sur leur chemin, y compris auprès des médecins ou des centres de Planning, des personnes pensant qu'elles pouvaient être concernées. Chez les femmes africaines, le chiffre est encore plus important : 63 %. Il y a donc vraiment un problème de santé global.

Mme Maïté Albagly : Ce programme a permis de faire le lien entre contraception et sida. C'est très important. Notre association est sollicitée sur ces deux thèmes et fait passer des messages pour que la campagne contraception n'oublie pas le sida et, inversement, que la campagne contre le sida n'oublie pas la contraception. Il ne faut pas séparer ces deux notions.

Mme Martine Lignières-Cassou, présidente : Ce que vous dites me paraît essentiel. Vous proposez que l'on forme des acteurs généralistes et qu'on les sensibilise à la dimension sida. On avait d'ailleurs évoqué, lors d'une précédente rencontre, la possibilité d'une articulation entre les campagnes contre le sida et celles en faveur de la contraception. Le Fémidon, le préservatif féminin, peut faire cette articulation entre sida et contraception.

Mme Carine Favier : Au départ, le programme portait sur le Fémidon, puis il a été élargi. On constate une forte méconnaissance, même chez des éducateurs spécialisés, de l'anatomie et du fonctionnement du corps.

Dans un premier temps, nous avons donc formé une cinquantaine d'animatrices du Planning, puis des personnes appartenant à d'autres associations. Nous avons été très étonnées de constater que les animatrices de prévention, qui s'occupent, sur le terrain, de toxicomanie ou de sida, ne connaissaient pas bien les moyens de contraception.

Au ministère de l'emploi et de la solidarité, ce n'est que depuis peu que les responsables en matière de contraception ont des réunions communes avec les responsables du sida au ministère. Ce n'est pas encore habituel, même si le VIH touche de plus en plus de femmes. Certains pensent encore : les femmes, c'est la contraception ; le sida, ce sont les hommes et les toxicomanes. Dans le dépliant réalisé pour la campagne nationale de contraception, on ne parlait pas du Fémidon, le préservatif féminin, alors qu'il est pourtant un important outil dans la prévention du sida. De même, quand sont lancées des campagnes de prévention du sida, la contraception est passée sous silence.

Nous essayons donc de faire le lien entre contraception et sida.

Nous cherchons à développer l'utilisation du Fémidon, qui permet d'aborder la question de la relation homme/femme et de la négociation entre eux. Même si l'on n'est pas persuadé que beaucoup de femmes vont utiliser le Fémidon - mais parfois les acteurs de santé ont plus d'a priori que les femmes - c'est un outil qui permet de discuter. Il y a celles qui n'en ont pas besoin, ou qui trouvent que c'est dégoûtant, mais les femmes, dans les groupes de parole, l'ont trouvé extrêmement intéressant, car cela leur permettait de dire à leur partenaire : "Tu as des problèmes avec le préservatif masculin, tu ne le supportes pas, tu as des problèmes d'érection ; pas de difficulté, j'ai le mien. Si tu ne veux pas mettre le tien, je mets le mien. Nous avons pu constater dans l'évaluation des campagnes portant sur le Fémidon, que c'est un excellent outil de discussion sur la responsabilité partagée du risque.

Mme Yvette Roudy : Les femmes acceptent donc bien le Fémidon ?

Mme Carine Favier : C'est très surprenant. Les populations africaines l'utilisent bien, d'après les informations transmises par les associations communautaires. Quand les hommes refusent le préservatif, la femme a quand même une protection. Mais, ce n'est pas encore largement diffusé, c'est cher, et sur le plan esthétique, cela ne plaît pas vraiment. La pose n'est pas compliquée quand on s'est exercé. Ce qui pose question, c'est que cela plaît beaucoup aux hommes, car c'est moins contraignant pour eux. En revanche, ce qui plaît aux femmes, c'est qu'il n'y a pas de retrait intempestif et que l'on peut rester ensemble longtemps.

Mme Danielle Bousquet : Les femmes à risques sont-elles essentiellement des populations en difficulté, vivant dans la marginalité sociale, avec de tout petits moyens d'existence, et des femmes prostituées ?

Mme Carine Favier : Dans nos groupes de parole, nous avons rencontré beaucoup de femmes en difficulté sociale, mais aussi beaucoup de femmes en difficulté affective : ayant 40, 45 ans, elles ont connu une rupture familiale et traversent une période de solitude. Dans notre service, nous avons fait une étude sur la situation sociale et historique des personnes nouvellement contaminées. Lorsque les femmes, qui vivent difficilement la solitude et qui ont un besoin affectif, rencontrent des hommes autour de la cinquantaine qui n'ont pas la culture du préservatif, l'enjeu affectif l'emporte. Il y a aussi un nombre non négligeable d'hommes seuls qui ont eu des relations non protégées.

Mme Yvette Roudy : Peut-on évaluer les dommages chez les prostituées ?

Mme Carine Favier : Pour les prostituées dépistées, il n'y a pas de taux important de contamination. Le problème, c'est qu'aujourd'hui il y a une prostitution clandestine très importante, en provenance des pays de l'Est et des pays africains. Ces personnes n'ont pas de suivi et ne se font pas dépister. Pour les prostituées ayant un problème de toxicomanie, il y a eu un effort de prévention qui a entraîné une chute importante de la contamination. Mais la population en marge du circuit sanitaire est d'une grande fragilité. Les personnes qui s'occupent de prévention de la prostitution, disent que, quand elles arrivent pour discuter avec les filles, celles-ci disparaissent aussitôt. Elles changent de ville. C'est une source de préoccupation. Lorsqu'elles viennent nous voir au Planning pour des problèmes de contraception et d'IVG, on essaie de les orienter vers la prévention, mais elles ont très peu de relations avec les réseaux sanitaires et sociaux. Avec la population de prostituées plus traditionnelle ou repérée dans des réseaux de toxicomanie, le travail de prévention se fait plus facilement.

Mme Odette Casanova : Dans nos sorties sur le terrain, avec la mission d'information sur l'esclavage moderne, les policiers nous ont dit que les prostituées clandestines des pays de l'Est utilisent toutes des préservatifs, parce qu'elles ne peuvent pas se permettre d'être malades. Si elles sont malades, elles se font tuer immédiatement.

Mme Carine Favier : Nous menons des enquêtes auprès de ces femmes. Mais nous avons beaucoup de difficultés à les aborder et à discuter avec elles. Les souteneurs craignent qu'elles ne prennent contact avec des travailleurs sanitaires et sociaux pour sortir de la prostitution et s'échapper. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas d'informations précises sur la prévalence du sida dans ces populations. Nous ne sommes pas dans la situation des pays africains, où les prostituées ont un taux de séropositivité extrêmement élevé : de 40 à 60 %.

Mme Danielle Bousquet : En matière de prévention, je pense que les populations habituées à être suivies socialement toléreront parfaitement bien qu'on leur pose des questions à la PMI ou chez le gynécologue. En revanche, des femmes de la classe moyenne ne vont pas comprendre la prévention.

Mme Carine Favier : On a le même problème pour le retard de dépistage. Certains médecins généralistes n'osent pas poser la question du test aux personnes qu'ils ont l'habitude de suivre dans leur clientèle.

En formation médicale continue, il faudrait former les médecins à parler de sexualité et à aborder les questions de prévention.

Nous avons initié une formation avec une trentaine de médecins autour du thème : parler de sexualité. Ils nous ont fait part de leurs difficultés à aborder ces questions. Quand on parle dans un milieu scolaire de contraception, de sida, on montre que cela existe,

que c'est possible : le fait d'intervenir dans l'institution scolaire donne une légitimité au discours.

Après, ce sont les acteurs de santé qui vont pouvoir jouer un rôle auprès de ces populations qui ne se sentent pas à risque. Les gynécologues sont très peu mobilisés sur la question du sida, car ils pensent qu'ils ne voient pas des " femmes à risque " : ni prostituées, ni toxicomanes, ni africaines.

Les médecins généralistes et les gynécologues pourraient jouer un rôle vis-à-vis de cette population qui se sent peu concernée par le sida et qui pense que cela concerne les autres.

Mme Maïté Albagly : Dans le programme triennal contre le sida présenté par M. Bernard Kouchner, la semaine dernière, les femmes ne sont pas une cible prioritaire. Nous ne comprenons pas pourquoi.

Mme Carine Favier : Nous avons participé, avec Maïté Albagly, à l'élaboration de ce programme et nous avons souligné ces carences. Les militantes d'associations ou les responsables d'institutions de PMI que l'on a formées en Guyane travaillent dans les lieux où les femmes viennent consulter : c'est en formant ces femmes de " premier recours " que l'on sera le plus efficace.

Dans cinq ans, le chiffre des personnes atteintes par le sida sera encore supérieur ; or, on n'arrive pas à inverser le modèle de prévention du sida, qui est celui d'un début d'épidémie. On est sur une lancée, on va faire des campagnes, on a fait un petit livret pour les femmes ; malheureusement cela ne peut pas suffire.

Les populations ont des modes de représentation et des rapports à la sexualité différents et il faut faire des campagnes de prévention différenciées.

Mme Danielle Bousquet : Je suis allée en Afrique, au mois de juillet dernier, et j'ai vu beaucoup de documents émanant d'associations. Ils concernaient exclusivement les hommes, alors que le nombre de femmes prostituées est très important. Beaucoup sont contaminées et transmettent le sida. Les dépliants étaient fort bien faits au demeurant, mais ne s'adressaient qu'à des hommes.

Mme Carine Favier : Je vais me rendre, la semaine prochaine, à la conférence sur le sida à Ouagadougou, pour développer un partenariat avec les associations de femmes africaines et pour essayer aussi de soutenir nos sœurs africaines, qui sont dans une situation assez dramatique.

ANNEXES

- ◆ Liste des membres de la Délégation aux droits des femmes
- ◆ Liste des rapports de la Délégation
- ◆ Lettre de l'Association départementale du Calvados du MFPP à Mme Yvette Roudy sur les difficultés d'application de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse
- ◆ Brochure sur la contraception d'urgence à l'attention des mineures, élaborée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESSPF)

DELEGATION AUX DROITS DES FEMMES ET A L'EGALITE DES CHANCES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES

Groupe Socialiste (16) MM. Patrick BLOCHE, Mmes Danielle BOUSQUET,
Nicole BRICQ, Odette CASANOVA, Marie-
Françoise CLERGEAU, CECILE HELLE, FRANÇOISE
IMBERT, Conchita LACUEY, M. PATRICK LEMASLE,
Mmes Martine LIGNIERES-CASSOU, Hélène MIGNON,
Catherine PICARD, M. Bernard ROMAN,
Mme Yvette ROUDY, MM. André VALLINI,
Kofi YAMGNANE.

Groupe R.P.R. (9) M. Pierre AUBRY, Mme Roselyne BACHELOT-
NARQUIN, M. Philippe BRIAND, Mme Nicole CATALA,
MM. Richard CAZENAVE, Henry CHABERT, PATRICK
DELNATTE, Patrice MARTIN-LALANDE, Mme Marie-
Jo ZIMMERMANN.

Groupe U.D.F. (4) M. Pierre ALBERTINI, Mme Marie-Thérèse BOISSEAU,
M. Patrick HERR, Mme Anne-Marie IDRAC.

Groupe D.L. (3) Mme Nicole AMELINE, MM. Claude GOASGUEN,
Michel HERBILLON.

Groupe Communiste (2) Mme Muguette JACQUAINT, M. Patrick MALAVIEILLE.

Groupe R.C.V. (2) M. Jean-Pierre DEFONTAINE, Mme Chantal ROBIN-
RODRIGO.



Présidente : Mme Martine LIGNIÈRES-CASSOU

Vice-présidentes : Mmes Muguette JACQUAINT
Chantal ROBIN-RODRIGO
Yvette ROUDY
Marie-Jo ZIMMERMANN

Secrétaires : Mme Marie-Thérèse BOISSEAU
M. Michel HERBILLON

LISTE DES RAPPORTS DE LA DÉLÉGATION

- Rapport d'information de Mme Nicole Bricq (n° 2071) du 11 janvier 2000 sur le projet de loi (n° 1867) adopté par le Sénat, relatif aux *volontariats civils* institués par l'article L. 111-2 du code du service national ;
- Rapport d'information de Mme Odette Casanova (n° 2074) du 12 janvier 2000 sur le projet de loi tendant à favoriser *l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats de membre des assemblées de province et du congrès de Nouvelle-Calédonie, de l'assemblée de la Polynésie française et de l'assemblée territoriale des Iles Wallis-et-Futuna* ainsi que sur le projet de loi (n° 2012) tendant à favoriser *l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives* ;
- Rapport d'information de Mme Catherine Picard (n° 2101) du 19 janvier 2000 sur le projet de loi (n° 1821) modifiant la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 relative à *l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives* ;
- Rapport d'information de Mme Marie-Françoise Clergeau (n° 2109) du 25 janvier 2000 sur la proposition de loi (n° 735), adoptée par le Sénat, relative à *la prestation compensatoire en matière de divorce* ;
- Rapport d'information de M. André Vallini (n° 2226) du 1^{er} mars 2000 sur la proposition de loi (n° 2132) de Mme Catherine Génisson et plusieurs de ses collègues, relative à *l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes* ;
- Actes du colloque "Contraception, IVG : mieux respecter les droits des femmes" du 30 mai 2000 – DIAN 45/2000 ;
- Rapport d'information de Mme Marie-Françoise Clergeau (n° 2593) du 25 septembre 2000 sur la proposition de loi (n° 2567) de Mme Danielle Bousquet et plusieurs de ses collègues, sur *la contraception d'urgence* ;

- Rapport d'information de Mme Danielle Bousquet (n° 2702) du 15 novembre 2000 sur le projet de loi (n° 2605) relatif à *l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* ;
- Rapport d'information de Mme Nicole Bricq (n° 2703) du 15 novembre 2000 sur la proposition de loi (n° 2604), modifiée par le Sénat, relative à *l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes* ;
- Rapport d'information de Mme Hélène Mignon (n° 2798) du 13 décembre 2000 sur le projet de loi (n° 2415) de *modernisation sociale* ;
- Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou (n° 2800) sur *l'activité de la Délégation aux droits des femmes pour l'année 2000* ;
- Rapport d'information de Mme Yvette Roudy (n° 2901) du 31 janvier 2001 sur la proposition de loi (n° 2709) relative au *nom patronymique* ;
- Rapport d'information de Mme Marie-Françoise Clergeau (n° 2902) du 31 janvier 2001 sur la proposition de loi (n° 2867) relative aux *droits du conjoint survivant* ;
- Actes du colloque "Femmes et bioéthique : l'assistance médicale à la procréation – L'AMP en question" du 5 avril 2001 – DIAN 22/2001 ;
- Rapport d'information de Mme Danielle Bousquet (n° 3087) du 30 mai 2001 sur le projet de loi (n° 2870) relatif à *l'accès aux origines personnelles* ;
- Rapport d'information de Mme Chantal Robin-Rodrigo (n° 3111) du 6 juin 2001 sur la proposition de loi (n° 3074) relative à *l'autorité parentale* ;
- Rapport d'information de Mme Marie-Françoise Clergeau (n° 3294) du 3 octobre 2001 sur la proposition de loi (n° 3189) relative à *la réforme du divorce* ;
- Rapport d'information de Mme Yvette Roudy (n° 3525) du 9 janvier 2002 sur le projet de loi (n° 3166) relatif à la bioéthique.



Mouvement Français pour le Planning Familial
Association Départementale du Calvados
11, Place de la Demi Lune
14000 CAEN

A MADAME ROUDY
DEPUTEE DU CALVADOS

Madame,

Le Mouvement Français pour le Planning Familial, Association du Calvados, tient à vous informer des difficultés rencontrées depuis le mois de septembre, a propos de l'application de la loi du 4 juillet 2001, relative aux nouvelles dispositions concernant l'Interruption Volontaire de Grossesse.

Nous avons recensé un certain nombre de situations qui nous semblent préoccupantes :

Le 10 septembre 2001 :

- Une femme de Cherbourg ayant trois enfants, est enceinte de 12 semaines (grossesse sous pilule). L'hôpital ne veut pas la prendre en charge et l'envoi au Planning familial en ambulance, afin que nous lui trouvions une solution. Le CHR de Caen refuse de la prendre en charge, car elle n'est pas de l'agglomération.

Le 11 septembre 2001:

- Une jeune fille du Havre nous contacte par téléphone, car elle ne parvient pas à trouver un centre au Havre qui accepte de pratiquer une IVG à 12 semaines de grossesse.
- Une femme de Cherbourg étant à 10 semaines et demi de grossesse, ne trouve pas de centre, dans la Manche pour pratiquer une IVG. Nous l'orientons vers l'hôpital de Falaise, qui est le seul centre où un gynécologue accepte de la recevoir en rendez-vous, afin d'étudier sa situation.

Le 12 septembre 2001 :

Un jeune homme de la région rouennaise appelle pour son amie qui est enceinte de 12 semaines. Il ne trouve pas de centre qui accepte de pratiquer une IVG à 12 semaines, à Rouen. Ils trouveront une solution à Paris.

Le 13 septembre 2001 :

Une femme de Dieppe nous contacte. Elle ne trouve pas de centre qui accepte de pratiquer une IVG à 12 semaines de grossesse.

Le 17 septembre 2001 :

- Une femme de Rouen appelle pour que nous l'aidions à trouver un centre acceptant de pratiquer une IVG à 12 semaines de grossesse. Tous les établissements qu'elle a contactés en Seine Maritime ont refusé.

Le 16 octobre 2001 :

- Un médecin de Coutances nous contacte, car elle a eu un refus de tous les hôpitaux du département de la Manche de pratiquer une IVG pour une femme enceinte de 12 semaines.

Le 22 octobre 2001 :

- Un médecin de PMI de la Manche nous contacte pour une femme enceinte de 11 semaines de grossesse. L'hôpital d'Avranches ne pratique pas d'IVG après 10 semaines et demi d'aménorrhée.
- Une femme du Havre nous contacte car tous les centres IVG de Seine Maritime lui opposent un refus d'intervention. Elle souhaite que nous l'aidions à trouver une solution dans le Calvados.

Le 23 octobre 2001 :

- Une jeune femme à 12 semaines de grossesse s'est vu refusé l'IVG sur Rouen et le Havre. Après ces deux rendez-vous, elle se trouve finalement hors des délais légaux.
Faute de moyens financiers, elle ne pourra pas aller à l'étranger pour pratiquer une IVG.
- Une femme de la Manche enceinte de moins de 12 semaines se voit refuser une IVG à Coutances et à Avranches. Elle nous appelle pour que nous l'aidions. Aucun centre de la Manche n'accepte de la recevoir.

Le 21 novembre 2001 :

- Une jeune fille du Havre âgée de 16 ans a eu un refus de l'hôpital du Havre de pratiquer une IVG à 13 semaines d'aménorrhée. Elle a obtenu un rendez-vous à Honfleur, quelques jours plus tard. Mais le délai était dépassé.

Le 5 décembre 2001 :

- Une femme de 26 ans ayant quatre enfants s'est adressée à l'hôpital de Cherbourg, le 20 novembre alors qu'elle était enceinte de 10 semaines, afin de demander une IVG. Le gynécologue lui a fait savoir qu'il ne pratiquait pas d'IVG au-delà de 10 semaines. L'hôpital la renvoie le lendemain vers une conseillère conjugale qui fixe des rendez-vous. Elle est reçue le 28 novembre par l'anesthésiste. Le 29 novembre, elle est reçue par un gynécologue qui lui

fait savoir, après une échographie, que le délai est désormais dépassé, sans explication. Elle rencontre à nouveau la conseillère conjugale qui lui donne notre adresse.

Le 12 décembre 2001

- Une jeune femme majeure de Bernay s'est vu opposer un refus à sa demande d'IVG alors qu'elle est à 11 semaines de grossesse. Elle trouvera une solution dans le Calvados

Le 19 décembre 2001

- Une femme à 11 semaines de grossesse s'est vu refusé une IVG sous prétexte que le bloc opératoire était complet pour les prochains jours. Elle s'est ensuite adressée à l'hôpital de Louviers et de Vernon où on lui a fait des réponses similaires. Avant de nous contacter, elle a tenté de trouver une solution à Rouen et à Paris sans succès.

Nous vous prions de recevoir, Madame, nos sincères salutations.

Les membres de l'association du Calvados