



N° 2130

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 mars 2005.

PROPOSITION DE LOI

tendant à favoriser l'aide aux femmes enceintes en difficulté,

(Renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales,
à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus
par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉE

PAR Mme CHRISTINE BOUTIN, M. MANUEL AESCHLIMANN, Mme SYLVIA BASSOT, MM. ETIENNE BLANC, LOÏC BOUVARD, DOMINIQUE CAILLAUD, LOUIS COSYNS, OLIVIER DASSAULT, JEAN-PIERRE DECOOL, PATRICK DELNATTE, JEAN-JACQUES DESCAMPS, MICHEL DIEFENBACHER, DOMINIQUE DORD, PHILIPPE DUBOURG, YANNICK FAVENNEC, Mme CECILE GALLET, MM. JACQUES GODFRAIN, LOUIS GUÉDON, JACQUES KOSSOWSKI, JEAN-MARC LEFRANC, MARC LE FUR, CELESTE LETT, LIONNEL LUCA, CHRISTIAN MÉNARD, JEAN-MARC NESME, DANIEL PRÉVOST, DOMINIQUE RICHARD, ANDRE SANTINI, FRANÇOIS VANNSON et JEAN-SEBASTIEN VIALATTE

Députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Cette proposition de loi veut aborder le problème de l'avortement sans *a priori* ou jugement sur les femmes qui ont avorté ou qui veulent avorter. Son objet est de considérer le drame personnel et collectif que constitue chaque interruption volontaire de grossesse. Elle exprime le souci d'adopter une approche nouvelle pour développer une réelle politique de prévention de l'IVG.

Trente ans après la promulgation de la loi de 1975 sur l'interruption volontaire de grossesse, les sensibilités sont tout aussi à vif. Comment pourrait-il en être autrement sur la question du début de la vie ?

Les divers rapports et bilans de l'application de cette loi tendent tous à constater la persistance d'un fort taux d'avortements, malgré la promotion et l'augmentation de la contraception ⁽¹⁾ : le nombre d'IVG par an, en France métropolitaine est évalué à 206 000, soit une IVG pour trois naissances et un indicateur conjoncturel de 0,55 avortement par femme ⁽²⁾. Aujourd'hui, en France, on peut donc considérer que près d'une femme sur deux a subi un avortement, en tenant compte des femmes qui en ont subi plusieurs. En raison du nombre de personnes concernées par l'avortement et de ses conséquences psychologiques pour la femme et son entourage, le politique est amené à prendre conscience de l'ampleur de cette pratique et à s'interroger sur l'efficacité des mesures en vigueur pour l'éviter.

Ces chiffres sont la preuve d'un échec de la prévention de l'avortement dénoncé tant par le Gouvernement que par les médecins et le monde associatif. Jusqu'à présent, les politiques gouvernementales ont favorisé la promotion de la contraception comme moyen de prévention de l'avortement. Or, « les désirs du législateur de voir la contraception moderne s'imposer comme seule technique de régulation des naissances ne se sont pas réalisés » ⁽³⁾. Trente ans de pratique de l'IVG en France mettent en lumière le paradoxe suivant : la contraception a progressé et le nombre d'IVG n'a pas baissé. Ainsi, en dépit d'une diffusion massive de la contraception médicale, le recours à l'avortement est resté stable depuis 1975 : le taux oscille autour des 14 avortements annuels pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans ⁽⁴⁾. Une utilisation maximale de la contraception ne pourra jamais mettre un terme au recours à l'avortement, « l'avortement ne pallie pas une absence de pratique contraceptive » ⁽⁵⁾. Le recours à l'IVG est donc bien souvent un « rattrapage » de l'échec de la contraception ⁽⁶⁾. « Même s'il existait une politique encore plus volontariste de prévention des grossesses non désirées, il persisterait toujours des demandes d'IVG car les méthodes contraceptives ne sont ni parfaites ni

⁽¹⁾ Israël Nisand : *L'IVG en France*. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Février 1999. Israël Nisand, p. 10 : « la diffusion large d'une contraception médicalisée et efficace n'a pas fait diminuer aussi rapidement qu'on aurait pu l'espérer le nombre d'avortements ».

⁽²⁾ DREES, *Etudes et Résultats* n° 348, octobre 2004. Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale.

⁽³⁾ DREES, *Etudes et Résultats* n° 348, octobre 2004. Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale.

⁽⁴⁾ INED *Population et sociétés* n° 407 « Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », décembre 2004.

⁽⁵⁾ Annie Bachelot, *Aspects psychologiques de la grossesse non prévue*.

⁽⁶⁾ Dominique Quinio, *La Croix*, 14 décembre 2004.

parfaitement utilisées et il y a toujours une réelle différence entre le désir de grossesse et le désir d'enfant »⁽⁷⁾.

L'enfant qui s'invite sans prévenir est devenu inacceptable. On se refuse à accueillir celui qui s'inscrit hors du « projet d'enfant »⁽⁸⁾. « Sous différentes modalités, c'est bien l'absence de projet parental qui est le plus souvent invoquée, au cours de l'entretien social, pour expliquer l'impossibilité de poursuivre la grossesse, non seulement en fonction de facteurs matériels mais aussi pour des raisons d'ordre moral »⁽⁹⁾. La stabilité des taux d'IVG semble traduire une hausse de la propension à recourir à l'avortement. Alors que quatre grossesses non prévues sur dix se terminaient par un avortement en 1975, c'est le cas de six sur dix aujourd'hui. Les femmes qui utilisent une contraception sont plus enclines à maîtriser leur fécondité, elles auront recours à l'avortement lorsqu'une grossesse est non conforme à leur projet.

Or l'avortement demeure toujours un drame. Le Ministre de la santé et de la protection sociale s'exprimait en ce sens lors de la séance de question au Gouvernement de l'Assemblée nationale du 23 juin 2004 « ...vous conviendrez avec moi que, pour une femme, toute IVG est un drame. »⁽¹⁰⁾. Nous devons envisager une autre approche de ce problème et c'est l'objet même de cette proposition de loi. Il s'agit de prévenir l'interruption de la grossesse elle-même, en donnant à la femme enceinte la réelle possibilité et les moyens de garder son enfant.

Les lois de 1975 et de 1979 relatives à l'IVG prévoyaient un certain nombre de mesures destinées à informer la femme enceinte se posant la question de l'IVG sur les moyens de mener à terme sa grossesse. De nombreux entretiens et enquêtes font apparaître que la consultation avant IVG est de qualité variable⁽¹¹⁾, qu'il est très rapide et qu'il n'informe pas suffisamment la femme enceinte des conditions et conséquences de l'IVG. De manière générale, les femmes enceintes sont très peu informées du soutien qu'elles peuvent obtenir si elles sont en détresse. Le dossier-guide qui devait être actualisé tous les ans ne l'est pas, il est rarement distribué. Les commissions d'aide à la maternité, prévues dans la loi de 1979, ont été supprimées par la loi relative à l'allongement du délai légal de l'IVG de 2001. On peut le regretter d'autant plus que le Comité consultatif national d'éthique s'exprimait ainsi à leur propos : « il conviendrait que soit renforcées les dispositions et les structures d'accueil propres à permettre à une femme enceinte en détresse qui le désirerait de pouvoir mener sa grossesse à son terme. Le manque de considération accordé par notre société aux structures et aux personnes pratiquant l'IVG les confine dans une marginalité dommageable (...) »⁽¹²⁾.

Avant même de formuler de nouvelles propositions pour prévenir efficacement le recours à l'avortement, il est important de prendre conscience des raisons incitant les femmes à avorter. L'avortement est trop souvent la seule issue envisageable par la femme enceinte qui peut subir de fortes pressions économiques ou psychologiques. Le professeur Nisand rapporte que « des grossesses trop rapprochées, un état de santé déficient, un logement trop exigu pour accueillir un enfant de plus, une instabilité du couple ou une instabilité financière (mari ou concubin ou femme elle-même en voie de licenciement, au chômage ou RMI comme seul

⁽⁷⁾ Rapport Nisand, p. 3.

⁽⁸⁾ M. Bydowski, *La dette de vie*, p. 21-22.

⁽⁹⁾ Rapport Nisand, p. 17.

⁽¹⁰⁾ JO Assemblée nationale, 23 juin 2004, p. 5241. Question n° 1468 Muguette Jacquaint à Philippe Douste-Blazy.

⁽¹¹⁾ Rapport Nisand, p. 17.

⁽¹²⁾ Réponse du CCNE aux saisines des 4 et 5 octobre 2000 des Présidents du Sénat et de l'Assemblée nationale sur l'allongement du délai d'IVG.

revenu) sont les principales causes de la demande d'IVG ». On ne peut que regretter de constater que dans un pays développé comme la France un grand nombre des causes évoquées sont des causes économiques (chômage, peur du licenciement, logement, crainte de ne pas pouvoir subvenir à long terme aux besoins de l'enfant).

S'y ajoutent les raisons psychologiques, notamment pour les femmes seules qui souffrent du regard porté par la société sur leur grossesse, qui se retrouvent isolées à un moment où elles sont plus faibles et ont besoin d'être entourées. Le sociologue Luc Boltanski évoque ainsi que « de cet acte, accompli avec les plus grandes garanties de discrétion, les personnes concernées ne parlent pas plus aujourd'hui que lorsque, dans un passé récent, il devait être réalisé de façon clandestine, et d'ailleurs peut-être moins encore, sa légalisation ayant eu pour effet de rendre inutile l'entraide, la recherche de conseil et de soutien qui a mené à confier son angoisse à d'autres femmes, amies, parentes, collègues, etc. Les femmes qui avortent n'ont peut-être jamais été aussi seules. »⁽¹³⁾. Ainsi on peut craindre un renforcement du sentiment de solitude perçu par les femmes par la récente adaptation de l'IVG médicamenteuse « hors des établissements de santé »⁽¹⁴⁾.

Les femmes redoutent également de ne pouvoir offrir un avenir stable à leur enfant ou de ne pas être suffisamment disponibles et prêtes pour l'accueillir. Les difficultés qu'elles ont pour concilier leur vie familiale et leur vie professionnelle les rendent hésitantes à mener leur grossesse à terme ; toute initiative visant à harmoniser et mieux équilibrer les conditions de travail des femmes et à changer le regard des entreprises sur les femmes enceintes contribuera à développer une société plus accueillante à la femme enceinte. La pression sociale, conjugale ou familiale peut donc conduire les femmes à se résigner à l'avortement malgré elles.

De plus en plus de femmes font également le témoignage de pressions médicales ou de leur entourage en faveur d'une IVG pour motif thérapeutique en cas de risque de handicap pour l'enfant ; ces pressions s'avèrent particulièrement traumatisantes dans des circonstances déjà extrêmement douloureuses.

La loi doit réaffirmer avec force dans la lettre même du code de la santé publique, qu'aucune pression ne doit être exercée sur la femme enceinte pour l'inciter à avoir recours à l'IVG (*articles 1^{er} et 2*). L'avortement est rarement un choix libre et volontaire ; il apparaît le plus souvent comme la seule issue possible. « L'avortement reste bien l'expression d'une contradiction entre le désir des femmes et les réalités sociales, économiques et familiales »⁽¹⁵⁾. Il existe, d'ailleurs, d'après les enquêtes un décalage entre le nombre d'enfants désirés (2,3) et le nombre d'enfants nés par femme (1,7). Ce décalage confirme qu'il subsiste dans notre pays des obstacles qui empêchent des femmes de mener leur grossesse à terme alors qu'elles le désirent.

Les médias commencent à se faire l'écho des conséquences psychologiques de l'avortement pour la femme et son entourage, conséquences jusqu'à présent trop souvent méconnues, ignorées et dissimulées. A l'image de l'ouvrage de Lorraine Thiboud⁽¹⁶⁾ (préface par Benoîte Groult), la presse fait régulièrement état de nombreux témoignages poignants et douloureux de personnes subissant les conséquences d'une IVG. L'avortement se traduit souvent par une très grande souffrance qui peut se révéler de nombreuses années plus tard. Il

⁽¹³⁾ Luc Boltanski *Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Essai NRF 2004, p. 170.

⁽¹⁴⁾ Décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004.

⁽¹⁵⁾ Rapport Nisand, p. 3.

⁽¹⁶⁾ *L'avortement vingt ans après, des hommes et des femmes témoignent*, Albin Michel, 1995.

peut être à l'origine de divers troubles ou conflits psychologiques, tels que le chagrin, l'anxiété, l'agressivité, la colère contre soi, le médecin ou les autres, la culpabilité, la peur, la perte de confiance en soi ou le désespoir. Cette souffrance demeure trop souvent un sujet tabou. Les femmes n'en sont pas prévenues et il n'existe aucun service pour les soutenir après leur avortement. Il est nécessaire que soit créé un service de consultation pour le suivi psychologique post-abortif (*article 6*) à proximité de chaque établissement pratiquant des IVG et que toute femme enceinte en situation de détresse reçoive une information complète sur l'IVG et ses conséquences psychologiques.

La mauvaise information des femmes enceintes sur leurs droits et l'aide qu'elles peuvent obtenir ne contribue pas à modérer cette pression, à les tranquilliser et à leur faciliter la conduite d'une grossesse à terme. Une femme enceinte a besoin d'être rassurée sur les moyens financiers, matériels et psychologiques dont elle dispose pour mener à terme sa grossesse et créer un foyer accueillant pour son enfant. La loi doit remédier à cette absence d'information. Toute femme enceinte en situation de détresse doit recevoir une information complète sur l'IVG et ses conséquences (notamment psychologiques) ainsi que sur toutes les solutions proposées : aide matérielle, hébergement d'urgence, suivi psychologique, aide éducative à l'accueil de l'enfant, possibilité de confier son enfant à l'adoption, sans qu'aucune pression en faveur de l'adoption ne soit exercée pendant la grossesse (*article 1^{er}*). De même, toute femme enceinte en difficulté doit pouvoir être orientée vers des services d'aide, des lieux d'accueil et des centres d'hébergement d'urgence. Pour faciliter la bonne information des femmes, la présente proposition de loi suggère qu'un répertoire des aides économiques, des lieux d'accueil et d'hébergement, des associations et organismes dédiés à l'accompagnement des grossesses difficiles soit créé dans chaque département (*article 3*).

L'*article 4* a pour objectif d'apporter quelques précisions à l'article L. 2212-4 du code de la santé publique sur les informations qui doivent être comprises dans le dossier-guide remis par le médecin à la femme qui vient le consulter en vue d'une IVG. Ces précisions concernent notamment la liste des associations susceptibles de la soutenir, la remise du répertoire départemental mentionné à l'article 3 ainsi qu'un tableau lui permettant de calculer facilement le montant des aides financières dont la femme enceinte pourra bénéficier.

Afin de rendre cette politique de prévention de l'IVG réaliste et de l'ancrer dans les besoins concrets des femmes enceintes, il serait nécessaire de créer un Fonds de prévention de l'IVG destiné à subvenir aux besoins des associations et organismes d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté afin de les aider à mener leur grossesse à terme et après la naissance de l'enfant (*article 5*). Les pertes de recettes fiscales pouvant résulter des dispositions prévues par les articles 4 à 7 ci-dessus sont compensées par la création d'une taxe additionnelle aux droits de consommation visés par les articles 575 et suivants du code général des impôts.

La création d'un Observatoire public sur la prévention de l'IVG (*article 6*) permettrait de faire un bilan annuel sur l'évolution du nombre d'IVG, sur les raisons qui ont conduit les femmes à avorter, sur le suivi psychologique post-abortif, sur les conséquences psychologiques de l'avortement, d'évaluer les ressources publiques accordées aux associations et organismes d'aide aux femmes enceintes et de vérifier le contenu des publications faisant référence à l'IVG.

La détresse situe la réalité de l'avortement hors des débats d'idées. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse ne voit pas d'espoir de réduction dans une meilleure

politique de contraception mais dans l'amélioration des conditions d'accueil de l'enfant. Cela relève d'une vision globale de la politique de la famille et de la perception de la dignité de toute personne.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

L'article L. 2212-1, du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le droit de toute femme enceinte à mener à terme sa grossesse doit être respecté.

« Aucune femme ne doit avoir à recourir à une interruption volontaire de grossesse pour des raisons économiques ou professionnelles.

« Aucune pression psychologique ou financière ne doit être exercée sur une femme enceinte pour l'inciter à recourir à une interruption volontaire de grossesse, y compris en cas d'une forte probabilité de maladie grave et incurable pour l'enfant à naître. »

Article 2

Le même article est complété par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Toute femme enceinte en situation de détresse, qui demande l'interruption de sa grossesse, doit recevoir une information complète sur l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences médicales et psychologiques, ainsi que sur toutes les solutions proposées concernant :

« – les aides matérielles précises auxquelles elle aura droit compte tenu de sa situation ;

« – l'hébergement d'urgence ;

« – la possibilité d'un suivi psychologique pendant la grossesse, après un avortement ou après la naissance ;

« – la possibilité de confier son enfant à l'adoption, sans toutefois qu'aucune pression en faveur de l'adoption ne soit exercée pendant la grossesse ».

Article 3

L'article L. 2212-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un répertoire départemental des aides économiques, des lieux d'accueil et d'hébergement et des associations et organismes dédiés à l'accompagnement des grossesses difficiles est créé dans chaque département, à l'initiative du service d'aide sociale du conseil général. Il est mis à jour au moins une fois par an. Il doit être disponible dans tous les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions volontaires de grossesse, dans les centres de consultation ou de conseil familial et dans les centres de planification ou d'éducation familiale. Il fait partie du dossier-guide grossesse, prévu aux deux alinéas précédents remis par le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse. »

Article 4

L'article L. 2212-4 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il est systématiquement proposé la liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 2212-3, ainsi que des lieux d'accueil et des centres d'hébergement d'urgence, des associations et organismes d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté afin d'aider la femme qui choisit de mener sa grossesse à terme et après la naissance de l'enfant.

« Il est systématiquement proposé un tableau permettant de calculer le montant des aides financières dont la femme pourra bénéficier si elle choisit de mener sa grossesse à terme ».

Article 5

Il est créé un Fonds de prévention de l'interruption volontaire de grossesse destiné à subvenir aux besoins des associations et organismes agréés d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté pour mener leur grossesse à terme et pour les aider à la naissance de l'enfant. Les conditions d'agrément de ces associations et organismes seront précisées par décret.

Pour l'exercice de ses missions, le Fonds de prévention de l'interruption volontaire de grossesse peut recruter des agents non titulaires sur des contrats à durée indéterminée.

Le Fonds est doté de la personnalité civile.

Cette charge est financée par la création d'une taxe additionnelle aux droits de consommation visés par les articles 575 et suivants du code général des impôts calculée annuellement compte tenu du nombre de femmes bénéficiant des services des associations mentionnées au premier alinéa.

Article 6

Sous l'égide du Premier ministre, il est créé un Observatoire public sur la prévention de l'interruption volontaire de grossesse composé de membres d'associations et d'organismes d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté pour mener leur grossesse à terme et pour les aider après la naissance de l'enfant.

Ses objectifs seront :

– de faire un bilan annuel sur l'évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, sur les raisons qui ont conduit les femmes à avorter, sur le suivi psychologique post-abortif et sur les conséquences psychologiques de l'avortement ;

– d'évaluer les ressources publiques accordées aux associations et organismes d'aide aux femmes enceintes ;

– de veiller à ce que le dossier-guide prévu à l'article L. 2212-3 du code de la santé publique soit actualisé annuellement et effectivement remis par les médecins aux femmes les sollicitant en vue d'une interruption volontaire de grossesse ;

– de vérifier le contenu des publications faisant référence à l'interruption volontaire de grossesse.

Les conditions de la création et de la composition de cet observatoire seront précisées par décret.

Article 7

L'article L. 2212-9 du code de la santé publique est complété, par un alinéa ainsi rédigé :

« A proximité de chaque établissement pratiquant des interruptions volontaires de grossesse, il est créé un service de consultations pour le suivi psychologique post-abortif. »

Article 8

Les charges éventuelles qui résulteraient pour les régimes sociaux de l'application de la présente loi sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux tarifs visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts et par une augmentation de ces mêmes tarifs.

Composé et imprimé pour l'Assemblée nationale par JOUVE
11, bd de Sébastopol, 75001 PARIS

Prix de vente : 0,75 €
ISBN : 2-11-119006-3
ISSN : 1240 – 8468

En vente à la Boutique de l'Assemblée nationale
4, rue Aristide Briand - 75007 Paris - Tél : 01 40 63 61 21

N° 2130 – Proposition de loi tendant à favoriser l'aide aux femmes enceintes en difficulté (Christine Boutin)