

N° 146

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983

Annexe au procès-verbal de la séance du 15 décembre 1982

RAPPORT

F A I T

au nom de la Commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.

Par M. Robert SCHWINT,

Senateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, *président* ; André Rabineau, Victor Robini, Louis Boyer, Jean Chérioux, *vice-présidents* ; Roger Lise, Jacques Bialski, Hubert d'Andigné, Hector Viron, *secrétaires* ; Jean Amelin, Pierre Bastie, Mme Marie-Claude Beaudez, MM. Henri Belcour, Jean Beranger, Noël Berrier, Guy Besse, André Bohl, Charles Bomfay, Pierre Bounceau, Louis Caveau, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Henri Collette, Michel Crucis, Georges Dagoma, Charles Ferrant, Marcel Gargar, Mme Cécile Goldet, MM. Jean Gravier, André Jouany, Louis Jung, Louis Lazuech, Bernard Lemarié, Pierre Louvor, Jean Madelain, André Meric, Mme Monique Midy, MM. Michel Moreigne, Jean Natali, Charles Ornano, Bernard Pellarin, Raymond Poirier, Henri Portier, Paul Robert, Gérard Roujas, Pierre Sallenave, Louis Souvet, Georges Treille, Jean Varlet.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (7^e législ.) : 1273, 1277 et in-8° 281.

Sénat : 140, (1982-1983).

Avortement. — Assurance maladie - Maternité - Femmes - Remboursement - Code de la santé publique - Code de la sécurité sociale.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	3
I. — La reconnaissance législative de l'IVG	4
A. <i>Les prémices</i>	4
B. <i>La loi de 1975</i>	4
C. <i>La loi de 1979</i>	5
II. — Les conséquences : pas d'incidence démographique, mais une application difficile	6
A. <i>IVG et démographie</i>	6
B. <i>Les obstacles mis à l'application de l'IVG</i>	7
C. <i>Une information insuffisante sur la contraception</i>	7
III. — Les arguments en faveur du projet de loi	9
A. <i>Un environnement favorable</i>	9
1. La campagne sur la contraception	9
2. La politique familiale	10
B. <i>Un remboursement quasi généralisé à l'étranger</i>	11
C. <i>Un remboursement qui répond à une demande</i>	12
1. Une demande exprimée	12
2. Une demande potentielle	13
D. <i>Les positions prises en 1974 et en 1979 par la Commission des Affaires sociales du Sénat</i>	14
IV. — Commentaire du dispositif	15
A. <i>Le principe du remboursement</i>	15
1. Le ticket modérateur	15
2. Une « moralisation » des actes remboursés	16
3. Le respect de l'anonymat	16
B. <i>La prise en charge du remboursement par l'Etat</i>	17
1. Le principe	17
2. Les modifications introduites par l'Assemblée nationale	17
Travaux de la Commission : Audition de Mme Yvette Roudy, ministre délégué auprès du Premier ministre, ministre des droits de la Femme	18
Présentation du rapport et conclusion	24
Tableau comparatif	25

INTRODUCTION

Mesdames, Messieurs,

Le Sénat examine aujourd'hui le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale relatif au remboursement de l'interruption volontaire de grossesse.

La nature de ce projet devrait appeler un examen dépourvu de la passion qui avait accompagné la discussion des textes de 1975 et de 1979 ayant autorisé l'interruption volontaire de grossesse ; cet examen ne saurait constituer l'occasion de remettre en cause les principes posés à l'époque.

L'objet de ce projet est donc de tirer les conséquences des principes posés en 1974 et confirmés en 1979, et avec le remboursement de l'I.V.G., de pallier les difficultés et de lever les obstacles qui se dressent encore dans de trop nombreux cas pour son application.

Le Rapporteur de votre Commission rappellera pour mémoire les principales étapes qui ont conduit à la légalisation de l'I.V.G. ; celle-ci s'inscrit dans un mouvement général de reconnaissance du droit des femmes de choisir librement leur maternité, dans le respect de leur dignité retrouvée et dans le cadre d'une politique familiale fondée sur des enfants désirés et accueillis dans des conditions matérielles et morales satisfaisantes au sein des familles.

Le projet de remboursement proposé s'inscrit dans un contexte qui tend à préserver le caractère de solution ultime que doit constituer l'avortement ; toutes les précautions posées par les lois de 1975 et de 1979 sont maintenues ; en outre, le projet proposé a été précédé d'une large campagne concernant la contraception et il s'inscrit dans une politique familiale renouvelée.

I. — LA RECONNAISSANCE LÉGISLATIVE DE L'I.V.G.

A. — Les prémices

Le droit à l'interruption de grossesse a été définitivement reconnu en 1979 alors que l'Institut National des études démographiques évaluait en 1974 à 350 000 le nombre des avortements pratiqués chaque année au mépris de l'interdiction pénale de la contraception et de l'avortement.

Sous la pression de mouvements, tel celui du planning familial, d'initiatives parlementaires, telle celle de M. Neuwirth dont la proposition de loi a abouti à autoriser les méthodes contraceptives, le droit à l'I.V.G. pour des motifs non thérapeutiques a été consacré par la loi du 17 janvier 1975 et confirmé par la loi du 31 décembre 1979.

A ce propos, le Rapporteur de votre Commission voudrait rendre hommage à la détermination du ministre de la Santé de l'époque, Mme Simone Veil, pour parvenir à l'adoption de la loi initiale et noter que ces deux textes fondamentaux ont été adoptés grâce aux voix de l'opposition sous le précédent septennat.

Il convient également de rappeler que l'actuel Président de la République proposait dès 1965 une modification de la loi de 1920 et s'engageait dans son programme de 1981 à proposer au Parlement le remboursement de l'I.V.G.

B. — La loi de 1975

La loi du 17 janvier 1975 a élargi les conditions d'ouverture de l'avortement thérapeutique, mais surtout, a limité les conditions d'accès à l'I.V.G. non thérapeutique à une situation de détresse dont l'appréciation est laissée à la responsabilité de la femme ; elle n'a autorisé l'intervention qu'avant la fin de la 10^e semaine de grossesse et l'acte ne peut être pratiqué que par un médecin. Par ailleurs étaient prévus trois entretiens préalables à l'intervention.

Enfin, celle-ci ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou privé et un quota maximum de 25 % d'I.V.G. par rapport aux actes chirurgicaux et obstétricaux est institué pour éviter une spécialisation des établissements.

Enfin, si l'intervention n'est pas remboursée par la Sécurité sociale, la loi fixait un tarif maximum pour les I.V.G. « légales » et prévoyait une prise en charge totale ou partielle par l'aide médicale en cas d'insuffisance de ressources.

C. — La loi du 31 décembre 1979

La loi du 31 décembre 1979 a confirmé les principes posés en 1975 en éliminant notamment certaines manœuvres dilatoires résultant d'abord d'une extension abusive de la clause de conscience du médecin dans le secteur public hospitalier et en obligeant certains établissements de ce secteur à répondre aux besoins exprimés ; le contenu et le calendrier des entretiens préalables ont été par ailleurs précisés pour éviter le dépassement du délai légal de 10 semaines.

Outre l'élimination de ces entraves non prévues par le législateur, le texte de 1979 mettait en place des mesures de prévention fondées sur le développement de la contraception et des structures d'aide à la maternité.

II. — LES CONSÉQUENCES DE LA LÉGALISATION : PAS D'INCIDENCE DÉMOGRAPHIQUE SIGNIFICATIVE MAIS UNE APPLICATION QUI S'EST HEURTÉE A DES OBSTACLES

A. — I.V.G. et démographie

Les données les plus récentes montrent que la légalisation de la contraception et de l'I.V.G. n'a pas eu d'incidence démographique significative.

En 1981, 180 237 I.V.G. ont été recensées (115 053 en secteur hospitalier public et 65 184 en secteur hospitalier privé) tandis que le nombre de naissances s'élevait à 806 000 soit une proportion de 22 % d'I.V.G. par rapport aux naissances vivantes.

Ce pourcentage révèle une grande stabilité depuis 1976 (19 %) et son augmentation limitée tient surtout à l'amélioration du recensement des avortement.

Les statistiques de l'I.N.E.D. pour 1979 révèlent par ailleurs que les mères qui ont déjà eu deux enfants représentent 34 % des femmes qui interrompent leur grossesse tandis que les femmes sans enfant n'en représentent que 11 %.

Les mineures pour leur part représentent environ 6 % des I.V.G. pratiquées alors que la proportion des mères de quatre enfants est de 8 %.

Par ailleurs, 10,5 % des femmes qui ont interrompu leur grossesse en 1979 avaient subi un avortement antérieur.

Si la loi a influé sur la natalité, déclarait en 1979 le Directeur de l'I.N.E.D., c'est dans une mesure minime et son abrogation ne susciterait pas davantage de naissances qu'elle n'en a empêché.

En effet, le taux de natalité qui avait constamment diminué depuis 1971 pour descendre jusqu'à 13,8 ‰ en 1975, s'est redressé pour atteindre le taux de 14,96 ‰, en 1980 et 1981.

De même, l'indice de fécondité qui baissait depuis 1971 et qui n'était plus que de 1,8 en 1976, était remonté à 1,96 en 1980 et en 1981.

Cet indice, le plus significatif pour juger de la vitalité démographique d'un pays, se trouve désormais proche des 2,1 enfants par femme, théoriquement nécessaires pour renouveler les générations.

La France apparaît ainsi dans une position favorable en matière de fécondité puisqu'elle précède la R.F.A. (1,42), le Royaume-Uni (1,82), l'Italie (1,86) et l'ensemble des pays nordiques. Elle n'est dépassée que de très peu par l'Espagne (1,99) et par quelques pays de l'Est.

B. — Les obstacles mis à l'application de l'I.V.G.

Le rapport remis en janvier 1982 au ministre des droits de la femme sur « les femmes en France dans une société d'inégalités » dénonce certains de ces obstacles et insiste notamment sur l'implantation inégale des centres de planning et d'I.V.G. entre les villes et les régions rurales, sur les résistances manifestées par le milieu médical et même dans l'administration ainsi que sur l'insuffisance des moyens matériels.

C'est ainsi que la non extension de l'obligation de pratiquer l'I.V.G. dans l'ensemble du secteur public, et l'invocation de la clause de conscience ont refoulé les I.V.G. dans des services qui se sont trouvés débordés.

La complexité de la procédure, les refus de certains médecins ou des diagnostics tardifs conduisent ainsi trop de femmes appartenant à des catégories défavorisées à recourir au secteur privé lucratif dont certains établissements ne respectent pas les tarifs légaux. 50 000 I.V.G. non déclarées seraient ainsi pratiquées chaque année.

Enfin, la possibilité de prise en charge de l'I.V.G. par l'aide médicale pour les femmes défavorisées est encore plus mal connue et la procédure prévue ne respecte à la fois ni l'anonymat de celles qui y ont recours ni leur dignité.

C. — Une information insuffisante sur la contraception

Cette situation apparaît d'autant moins acceptable que la contraception est encore loin de faire l'objet d'une information satisfaisante.

Même si le nombre d'utilisatrices de la pilule a été presque multiplié par trois entre 1971 et 1978, une enquête effectuée par l'INED en 1978 indique que si 68 % des femmes de 20 à 44 ans pratiquent une méthode contraceptive, la moitié d'entre elles seulement pratiquent une méthode « moderne » ; il convient de noter que ce sont les femmes des régions rurales, ayant la formation la moins élevée ou appartenant aux catégories socio-professionnelles les plus défavorisées qui recourent le moins aux méthodes contraceptives modernes.

La pression sociale et l'inégalité dans la répartition de l'information des centres et établissements de planification familiale ont ainsi apparaître des inégalités choquantes dans l'information des femmes aux méthodes contraceptives.



Ainsi en dépit de la légalisation de la contraception et de l'I.V.G., 80 000 à 100 000 femmes par an ont encore recours à l'avortement clandestin, faute d'une information satisfaisante sur les méthodes contraceptives et aussi du fait d'un accueil insuffisant dans des établissements hospitaliers.

Ceci est d'autant plus choquant que ces avortements clandestins sont le plus fréquemment le fait de femmes défavorisées sur le plan économique et culturel.

Le coût pour la collectivité de ces avortements légaux, qu'ils se déroulent à l'étranger, qu'ils soient non déclarés ou clandestins, conduit donc à proposer une solution simple et générale, le remboursement de l'I.V.G., qui devrait remédier aux inégalités constatées entre les femmes dans ce domaine.

III. — LES ARGUMENTS EN FAVEUR DU PROJET DE LOI

Certains considèrent que le remboursement de l'I.V.G. aurait pour conséquence de banaliser cette intervention grave qui serait ainsi assimilée à une simple méthode de contraception.

Les exemples tirés de l'étranger démontrent que le remboursement ne banalise pas pour autant un acte qui jamais n'est demanué à la légère par les femmes. En outre, le remboursement prévu est précédé d'une campagne d'information en matière de contraception et s'accompagne d'une politique familiale renouée.

A. — Un environnement favorable

1. — *La poursuite de la campagne d'information sur la contraception actuellement menée*

La loi de 1975 avait prévu la plus large information possible sur la régulation des naissances mais cette disposition a été négligée.

En revanche est menée depuis 18 mois une large campagne d'information qui mobilise les moyens de communication les plus adaptés : spots télévisés, affiches, documents dans les postes et les mairies, distribution gratuite d'un million de brochures, expositions...

A ces moyens destinés à toucher le plus grand nombre, notamment les jeunes, s'est ajoutée une action interministérielle tendant à informer voire à recycler les enseignants, les infirmières, les médecins, ainsi que dans l'armée, le personnel d'active et le contingent.

Une information satisfaisante sur la contraception apparaît ainsi comme le moyen privilégié de réduire le nombre des avortements et de permettre aux femmes d'accéder à une maternité volontaire. Il faut ainsi relever, comme le faisait le ministre délégué aux droits de la femme à l'Assemblée nationale, que si les avortements ont été réduits d'un ordre de grandeur de 400 à 500 000 en 1974 à 260 000 (dont 180 000 déclarés) en 1979, dans le même temps le pourcentage des femmes usant d'un moyen contraceptif passait de 28 à 35 %.

2. — *Une politique familiale renouvelée*

a) **Les prestations familiales** ont d'abord été l'objet de relèvements importants depuis 18 mois : elles ont été augmentées de 25 % au 1^{er} juillet 1981 soit une progression de pouvoir d'achat pour les familles de 3,1 milliards de francs et de 25 % au 1^{er} février 1982 pour les familles de deux enfants qui perçoivent aujourd'hui 455 F à ce titre contre 251 F en mai 1981 soit 3,3 milliards de francs supplémentaires en pouvoir d'achat.

En outre les allocations de logements ont été relevées de 50 % soit un gain de 3,3 milliards de francs en pouvoir d'achat et les prêts aux jeunes ménages ont fait l'objet d'aménagements.

En dépit de la politique de blocage décidée par le gouvernement, un nouvel effort intervenait en juillet 1982 avec un relèvement de l'ensemble des prestations familiales de 6,2 % et le complément familial était revalorisé de 14,1 % pour les familles nombreuses et les familles comptant un enfant en bas âge.

En janvier 1983 devrait encore intervenir une augmentation de 7,5 % permettant aux familles de maintenir leur pouvoir d'achat, et une autre augmentation de 4 % est encore prévue pour le 1^{er} juillet 1983.

Les dépenses des caisses d'allocations familiales devraient ainsi augmenter de 12 % en 1983 soit une progression supérieure au taux d'inflation attendu.

b) **Des mesures nouvelles** devaient en outre être proposées : institution d'un mécanisme de revalorisation semestrielle, création d'une allocation au dernier enfant, réforme de l'allocation d'orphelin et enfin, après la conférence nationale de la famille qui doit se réunir le 16 décembre 1982, dépôt d'un projet de loi portant réforme des prestations familiales. Ces mesures feront par ailleurs suite à des dispositions fiscales, telles la déduction pour frais de garde et la budgétisation de l'allocation aux adultes handicapés.

Des « contrats-famille » ont été ou seront conclus entre le Secrétariat d'Etat à la famille et les collectivités locales.

Enfin, l'accueil des enfants devrait être notablement amélioré notamment avec la création dans le budget pour 1983 de 10 000 places dans les crèches.

c) Des revalorisations différenciées

Au total, entre mai 1981 et janvier 1983, les allocations familiales seront passées de 1 120 francs à 1 600 francs par mois pour une famille de quatre enfants, soit une hausse de **42,8 %**, de 710 francs à 1 024 francs pour trois enfants, soit **44,2 %** de hausse et enfin de 251 francs à 455 francs pour deux enfants, soit une hausse de **81 %**.

Cette politique vise certes les familles nombreuses mais aussi en priorité les familles de deux enfants qui doivent faire l'objet d'aides spécifiques. Ces aides sont nécessaires pour conforter la démographie de notre pays et permettre aux familles d'avoir ensuite, dans des conditions satisfaisantes, le troisième enfant qui assure le renouvellement des générations.

Il importe sans doute de privilégier l'accueil satisfaisant d'un nombre d'enfants désirés dans les familles plutôt que d'inciter artificiellement celles-ci à avoir un enfant de rang supérieur. A cet égard, l'échec du « million » accordé au troisième enfant a été révélateur.

Cependant la politique d'économies proposée en matière sociale pour 1983 se traduira notamment — et votre Commission le regrette — par les mesures suivantes :

- report d'un mois du versement des prestations familiales ;
- blocage des allocations pré et postnatales ;
- suppression de la majoration de l'allocation postnatale au troisième enfant ;
- suppression des prêts d'accession à la propriété versés par les caisses d'allocations familiales sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale.

B. — La prise en charge financière de l'I.V.G. par la collectivité dans les Etats de l'Europe occidentale

La plupart des Etats d'Europe occidentale ont mis en place des systèmes tendant à faire supporter par la collectivité le coût financier des I.V.G.

C'est ainsi que l'acte fait l'objet d'un remboursement en RFA, aux Pays-Bas, en Autriche, en Norvège et en Grèce, tandis que l'avortement est gratuit en Grande-Bretagne, en Italie, au Luxembourg, au Danemark et en Suède.

Il convient d'indiquer que le remboursement ou la gratuité de l'acte ne se sont pas traduits dans ces pays, représentant toutes les traditions et tous les courants de pensée, par une augmentation du taux des avortements. Il faut noter également que cette prise en charge intervient dans la plupart des pays pour des avortements effectués dans des conditions moins strictes qu'en France, notamment en ce qui concerne la durée limite de la gestation.

La France était ainsi l'un des derniers Etats d'Europe occidentale à refuser une prise en charge de l'I.V.G. par la collectivité nationale. Le projet de loi aligne donc notre pays sur la règle générale observée chez nos voisins.

C. — Un remboursement qui répond à une demande

Celle-ci émane d'abord des femmes les plus défavorisées qui demandent le bénéfice de l'aide médicale et s'exprime également d'une manière générale dans la population.

1. — *Une demande de remboursement exprimée concrètement : l'aide sociale*

En dépit de l'information insuffisante dispensée en ce qui concerne **l'aide sociale**, 15 % des femmes qui veulent recourir à l'I.V.G. demandent le bénéfice de l'aide médicale.

Dans certains départements, ce pourcentage est encore plus important et peut atteindre 30 à 40 % ; cependant si 15 % des I.V.G. pratiquées ont donné lieu à une demande de prise en charge, seulement 10,5 % l'ont été totalement, 3,5 % partiellement et 1 % des demandes n'ont pas abouti.

Les sommes consacrées par l'aide sociale à cette prise en charge ont été de 12,4 millions de francs en 1980 dont 8 millions à la charge de l'Etat, 3,5 millions à la charge des départements et 900 000 francs à la charge des communes.

Sur ce dernier point, il ne semble pas, qu'au titre des impôts locaux ou nationaux, des contribuables opposés en conscience à l'avortement ou à son remboursement se soient élevés contre la prise en charge des I.V.G. demandées par les femmes les plus démunies au titre de l'aide sociale. Il reste que cette procédure n'est pas satisfaisante : le plafond de ressources varie selon les départements, elle est mal connue et elle respecte mal l'anonymat des femmes qui y ont recours.

A côté de l'aide médicale strictement accordée, les **mutuelles** ont la possibilité de rembourser les I.V.G. effectuées dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 3 décembre 1980 le précise expressément dans la mesure où le « remboursement entre dans le cadre de l'action de prévoyance, de solidarité et d'entraide » qui doit inspirer les buts d'une mutuelle.

Il convient de noter, à titre d'exemple, que la mutuelle générale de l'éducation nationale, qui rembourse l'I.V.G. depuis plusieurs années, n'a pas vu augmenter le nombre des remboursements demandés : 4 400 en 1978 et 4 300 en 1981.

Le remboursement de l'I.V.G. connaît ainsi des précédents, qu'il s'agisse des remboursements effectués au titre de l'aide médicale ou par des mutuelles.

A cette demande existante s'ajoute une demande potentielle révélée par un sondage récent.

2. — *Une demande potentielle de remboursement*

Un sondage effectué en septembre 1982 révèle ainsi que 58 % des personnes interrogées étaient favorables au remboursement de l'I.V.G. par la Sécurité sociale, au même titre que les autres actes médicaux (1).

Les femmes en âge de procréer se prononçaient pour le remboursement à 69 % et les hommes, dans les mêmes tranches d'âges, à 68 %.

Sept femmes sur dix directement concernées sont donc favorables au principe du remboursement mais cette revendication n'apparaît pas seulement féminine comme le montre le pourcentage des hommes qui y sont favorables.

On ne peut donc dire que le remboursement de l'IVG heurte la conscience de la majorité du pays ; il apparaît donc comme une mesure largement souhaitée et destinée à supprimer les inégalités entre les femmes.

*
* * *

(1) Sur un échantillon de 1 853 personnes des deux sexes et de tous âges

Le présent projet de loi répond donc à une demande, il aligne notre pays sur la situation de la plupart des pays européens, il s'inscrit dans un contexte de prévention de l'avortement enserré dans des conditions plus strictes qu'à l'étranger, et coexiste avec une politique familiale complétée par un développement des campagnes en faveur de la contraception.

D. — Les positions prises en 1974 et en 1979 par la Commission des affaires sociales du Sénat

— Au cours de l'examen en 1974 du projet de loi relatif à l'I.V.G., votre Commission des Affaires sociales avait suivi son rapporteur M. Jean Mézard et adopté un amendement tendant à inclure les frais de soin et d'hospitalisation afférents à l'avortement légal parmi les frais couverts par l'assurance-maladie dans les différents régimes de Sécurité sociale.

Votre Commission avait en effet estimé que l'aide sociale prévue pour les femmes démunies ne constituait pas une solution et que peu de femmes auraient le courage de s'adresser à la mairie de leur commune pour un avortement alors que leur anonymat ne serait pas préservé.

Votre Commission avait observé que le refus du remboursement par la Sécurité sociale allait créer de nouvelles discriminations entre les femmes en fonction de leur niveau de revenus et risquait peut-être de rejeter les femmes les moins favorisées vers l'avortement clandestin.

En conséquence, elle proposait un amendement prévoyant le remboursement de l'acte qui allait être déclaré irrecevable en séance publique, interdisant ainsi au Sénat de se prononcer par un vote.

— Au cours de l'examen en 1979 du projet de loi qui tendait à reconduire et à confirmer les principes de la loi de 1975, votre Commission des affaires sociales adoptait dans un premier temps une question préalable présentée par M. Jean Chérioux, qui se trouvait repoussée par le Sénat.

Dans un deuxième rapport, M. Jean Mézard proposait au Sénat d'adopter le projet de loi.

IV. — COMMENTAIRE DU DISPOSITIF

Le dispositif du projet de loi n'appelle pas de longs commentaires si l'on s'en tient à l'examen des articles mais nécessite cependant quelques précisions.

A. — Le principe de la couverture

Le principe de la couverture des frais afférents à l'I.V.G. non thérapeutique est fixé par les quatre premiers articles du projet.

L'article premier institue cette couverture pour le régime général des salariés, l'article 2 pour le régime agricole, l'article 3 pour le régime des professions non salariées non agricoles et l'article 4 pour les régimes spéciaux de salariés.

1. — *Un ticket modérateur*

Un ticket modérateur de 30 % reste cependant à la charge de l'assuré, sauf si ce dernier se trouve couvert par une mutuelle qui rembourse cette part non remboursée par l'assurance-maladie.

Il convient de rappeler les tarifs maximum fixés par l'arrêté du 29 avril 1982 :

— 256 francs pour les honoraires du médecin pratiquant l'I.V.G. ;

— 153 francs pour une anesthésie générale ;

— 360 francs de forfait pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures ;

— 510 francs de forfait pour une durée d'hospitalisation comprise entre 12 et 24 heures ;

— 150 francs pour 24 heures supplémentaires d'hospitalisation.

Notons que les cliniques privées dépassent souvent ces prix limites ; un contrôle efficace s'imposerait donc sur les tarifs qui y sont pratiqués.

Enfin, le coût « prévu » pour le remboursement de l'I.V.G. est de 200 millions de francs pour une année.

2. — *Une « moralisation » des actes remboursés*

Le remboursement prévu par le projet a pour objet de mettre fin à l'absurdité des pratiques actuelles pour lesquelles l'I.V.G. « médicale » n'était pas remboursée, alors que les complications médicales d'avortements clandestins faisaient au contraire l'objet d'un remboursement.

De même, devrait-il supprimer la cotation frauduleuse de certains avortements actuellement pratiqués risquant d'attenter à l'avenir obstétrical de la femme.

Enfin, il convient de dénoncer le risque d'une médicalisation excessive de l'acte dans le souci d'offrir les meilleures conditions médicales.

La légalisation de l'I.V.G. a permis de réduire dans des proportions considérables les complications et les incidents liés à l'acte et le nombre de décès consécutifs à une I.V.G. est tombé entre 2 et 5 pour 100 000 avortements.

Cependant, les quelques accidents survenus ont parfois entraîné des suites médico-légales et judiciaires (2) ; à cet égard, il ne faudrait pas que le juge transforme pour le médecin qui pratique une I.V.G., une obligation de moyen en une obligation de résultat ; le médecin pourrait alors être tenté de multiplier les examens médicaux pour dégager sa responsabilité et le coût de l'acte pourrait ainsi augmenter considérablement.

3. — *Le respect de l'anonymat des femmes recourant à l'I.V.G.*

Les procédures de prise en charge par la Sécurité sociale devraient garantir l'anonymat des femmes recourant à l'I.V.G..

(2) Colloque sur la responsabilité médico-légale en gynécologie obstétrique (Paris, dec. 1982).

A cet égard, le personnel médical ou non qui aura connaissance de l'acte sera tenu au secret ; cette procédure est inspirée de celle qui fonctionne déjà pour 25 maladies (dont le cancer) et paraît de nature à garantir l'anonymat de la femme.

B. — La prise en charge du remboursement par l'Etat

1. — *Le principe*

L'article 5 du projet prévoit que l'Etat prendra en charge, par des versements globaux aux organismes de Sécurité sociale, les dépenses entraînées par le remboursement de l'I.V.G.

Considérant que l'I.V.G. n'est pas un acte médical ordinaire, le Gouvernement a ainsi décidé que son remboursement ne serait pas à la charge des assurés sociaux mais serait supporté par l'ensemble des contribuables.

2. — *Les modifications introduites par l'Assemblée nationale*

Sur proposition de sa Commission, l'Assemblée nationale a modifié l'article 5 pour éviter toute ambiguïté sur l'intention de l'Etat de rembourser intégralement aux régimes de Sécurité sociale les dépenses d'I.V.G. et d'éviter que par le biais d'une enveloppe préalable les crédits ne correspondent plus à l'ensemble des dépenses.

*
* * *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Mercredi 8 décembre 1982. — *Présidence de M. Robert Schwint, président.* — La Commission a procédé à l'**audition de Mme Yvette Roudy, ministre délégué** auprès du Premier ministre, ministre des **droits de la femme.**

Mme Yvette Roudy a indiqué en préambule que la portée de ce projet allait au-delà de son titre et que les mesures proposées tendaient à aménager la législation en vigueur dans un esprit de compréhension et d'humanité tenant compte de l'expérience accumulée.

Elle a constaté que l'absence d'une véritable politique d'information sur la contraception n'avait pas permis de réduire le nombre des I.V.G. ; la campagne menée sur ce point depuis un an et qui sera poursuivie correspond ainsi, selon elle, à un besoin.

Elle a estimé que le non-remboursement de l'I.V.G. non thérapeutique introduit une discrimination entre les femmes selon leurs revenus et a noté que les mécanismes de l'aide sociale ne correspondent pas à la nécessité de l'anonymat et ont été de ce fait peu utilisés.

Elle a indiqué que le remboursement de l'I.V.G. constituait le complément de la législation intervenue en 1975 et en 1979 et tirait toutes les conséquences des principes posés.

Ce texte devrait permettre en outre de mettre un terme à certains trafics financiers et de moraliser certaines pratiques.

Elle a rappelé que le remboursement des I.V.G. pratiquées dans nombre de pays européens ne s'était pas traduit par une augmentation des avortements.

Après avoir analysé les principales dispositions du projet, elle a enfin précisé que l'Etat rembourserait à la Sécurité sociale les dépenses résultant du remboursement.

M. Jean Chérioux a souhaité ne pas reprendre le débat de fond sur l'avortement mais a rappelé que celui-ci ne devait constituer qu'un recours ultime ; il a observé que le principe du remboursement s'oppo-

sait à l'esprit de la législation en vigueur qui tend à éviter la banalisation de l'acte. Il a ainsi estimé que l'adoption de ce projet devrait conduire logiquement à une modification des textes de 1975 et de 1979. Alors qu'il est proposé par ailleurs d'instituer un forfait hospitalier pour les hospitalisés de longue durée, il a jugé choquant d'imposer à l'ensemble des contribuables une contribution destinée à financer le remboursement de l'I.V.G. Il a en outre insisté sur le caractère psychologiquement incitatif du remboursement qui renforce par ailleurs l'aspect déculpabilisant de la législation déjà intervenue. Il a rappelé, enfin, que s'il était opposé à titre personnel à la légalisation et au remboursement de l'avortement, le courant de pensée dont il se réclame avait beaucoup fait et depuis longtemps sous l'impulsion du général de Gaulle pour l'émancipation de la femme, en lui permettant notamment d'obtenir le droit de vote.

M. Robert Schwint, président, a rappelé, pour sa part, que la Commission des Affaires sociales avait, en 1974, adopté un amendement favorable au remboursement et a souhaité que ce projet ne soit pas l'occasion de revenir sur la légalisation de l'avortement.

M. Michel Moreigne s'est interrogé sur la possibilité d'assurer l'anonymat de la femme qui demandera le remboursement de cet acte.

M. Pierre Louvot a estimé que ce projet ne pouvait que faire renaître les débats de 1974 et de 1975 car il s'agit d'un problème qui interpelle le pays tout entier et qui ne correspond pas à la volonté d'une immense majorité de Français.

Il a indiqué que la délégation aux problèmes démographiques a laquelle il appartient attend toujours des statistiques fiables sur l'I.V.G. qui lui paraissent nécessaires pour aller plus avant. Il a estimé que ce projet ne respecte pas la conscience d'un certain nombre de citoyens hostiles à l'avortement mais qui seront cependant appelés à financer son remboursement. Il a considéré que l'aide sociale permettait de résoudre les cas les plus douloureux posés en ce domaine et a insisté sur les conséquences non matérielles d'un tel acte.

Mme Marie-Claude Beaudeau a approuvé au nom de son groupe l'ensemble du projet, mais a souhaité que le développement de la contraception et de l'éducation sexuelle permette de freiner la progression de l'I.V.G., qui reste un drame pour femme. Elle a estimé que la maternité devait par ailleurs être encouragée et a exprimé enfin le souhait que le financement ne soit pas remis en cause chaque année lors de l'examen d'une loi de finances.

Répondant à ces interventions, Mme Yvette Roudy a dénié le caractère incitatif du projet en insistant sur le fait que le remboursement de l'acte ne s'était pas traduit par une augmentation des I.V.G. dans les nombreux pays où il est assuré et en rappelant que cet acte grave ne constituait pour les femmes qu'un recours ultime ; elle a jugé offensant de refuser l'I.V.G. aux femmes les plus défavorisées. Elle a en outre indiqué que l'expérience acquise depuis cinq ans permettait de dénier le caractère incitatif qu'aurait constitué la légalisation de l'I.V.G. Elle a précisé que le personnel qui aura connaissance de l'acte et de la demande de remboursement sera tenu au secret. Elle a considéré que ce projet répond à la demande du plus grand nombre et correspond à l'évolution des mœurs et à la volonté irréversible d'émancipation des femmes.

Elle a également rappelé que 100 000 avortements se déroulaient encore clandestinement et qu'il fallait en réduire le nombre. Elle a enfin indiqué qu'il n'était pas question de remettre en cause chaque année le principe du remboursement puisque l'Etat devrait rembourser chaque année les régimes de Sécurité sociale concernés.

Mercredi 15 décembre 1982. — *Présidence de M. Robert Schwint, président.* — La Commission a procédé à l'examen du projet de loi n° 140 (1982-1983) adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.

Après avoir été confirmé dans ses fonctions de Rapporteur, M. Robert Schwint a rappelé les prémices de la reconnaissance législative de l'I.V.G. et les principales dispositions des lois de 1975 et de 1979.

Il a indiqué que la légalisation n'avait pas eu de conséquences démographiques significatives mais que sa mise en œuvre s'était heurtée à des obstacles. Il a par ailleurs rappelé qu'une information insuffisante sur la contraception n'avait pas permis de réduire sensiblement le nombre des avortements.

Le rapporteur a présenté les arguments en faveur de ce projet qui devrait s'inscrire dans une politique familiale rénovée et être mis en œuvre après une vigoureuse campagne d'information sur la contraception.

Il a ensuite rappelé que la prise en charge de l'avortement par la collectivité était désormais pratiquement généralisée à l'étranger et a indiqué que le remboursement correspondait à une demande exprimée par les femmes et aussi potentielle.

Il a rappelé enfin les positions prises par la Commission des affaires sociales du Sénat en 1974 à l'égard de l'I.V.G. et de son remboursement.

M. Jean Chérioux a souhaité que le fond du rapport ne soit pas en contradiction avec les conclusions de la Commission. Il a ensuite estimé que les indications fournies par le rapporteur sur la politique familiale devraient être complétées par les mesures d'austérité envisagées pour 1983.

Il a rappelé que la Commission avait adopté en 1979, dans un premier temps, une question préalable sur le deuxième projet de loi reconduisant l'I.V.G.

Il a indiqué qu'il n'était pas favorable au remboursement proposé et a estimé pour sa part que la législation intervenue avait présenté pour certaines femmes un caractère incitatif qui devrait être encore renforcé lorsque cet acte fera l'objet d'un remboursement.

Même si l'I.V.G. n'est pas un acte médical, le remboursement prévu entraînera pour les Français une banalisation de l'acte.

Il a admis que la prise en charge de l'I.V.G. par l'aide sociale pour les femmes les plus défavorisées présentait des inconvénients mais que cette formule tendait à éviter la banalisation de l'acte dans les situations les plus difficiles.

Il a établi un parallèle avec le forfait hospitalier pris en charge pour les plus démunis par l'aide sociale.

Il a rappelé que la Sécurité sociale avait des finalités bien précises et a trouvé regrettable que l'I.V.G., qui justifiait un traitement particulier, soit introduite dans la nomenclature des actes remboursés par la Sécurité sociale.

M. Louis Souvet s'est étonné auprès du rapporteur, qui lui a aussitôt apporté les éclaircissements nécessaires, de certains qualificatifs utilisés par celui-ci au début de son rapport au sujet de l'I.V.G. et a relativisé le caractère novateur de la politique familiale suivie actuellement, notamment pour les prêts aux jeunes ménages.

Il s'est demandé si les mesures prises dans le passé en faveur du troisième enfant correspondaient exclusivement à une politique nataliste.

Enfin, il a estimé que les législations européennes en matière d'avortement devaient être appréciées en fonction des caractéristiques de chaque pays.

M. Pierre Louvot a admis que le projet de loi proposé ne remettait pas en cause la législation existante mais il serait utile selon lui d'en vérifier les conditions d'application et leur conformité à l'esprit de la loi.

Il a constaté que les demandes d'I.V.G. devenaient une formalité et a estimé que leur remboursement contribuerait à une banalisation de l'acte, même si le phénomène ne se constatait pas statistiquement.

Il a déclaré attendre une autre politique familiale pour 1983 et a observé que les familles nombreuses restaient marginalisées.

Il s'est étonné que ce projet de loi soit discuté en urgence à un moment où la nouvelle politique de rigueur menée se traduit par une régression sociale des Français (non remboursement ou moindre remboursement de certaines prestations, situation des veuves...); il a estimé que ce projet heurte la conscience d'un grand nombre de citoyens opposés à cette mesure mais qui devront contribuer à son financement.

Il a estimé que le système de remboursement actuel assuré par l'aide sociale et les mutuelles répondait aux situations les plus difficiles.

Il a enfin exprimé son hostilité au projet en jugeant que le remboursement détournait la législation en vigueur de son esprit.

M. André Rabineau a rappelé qu'il était co-signataire de l'amendement proposant le remboursement de l'I.V.G. en 1974 et qu'à titre personnel, sa position n'avait pas changé.

Il a toutefois considéré que la politique familiale actuellement menée n'était pas bonne et que la mesure proposée tendait à grever le budget social de la Nation.

Il a par ailleurs précisé que le taux de fécondité relativement satisfaisant constaté en France, tenait compte des familles d'origine étrangère.

M. André Bohl a indiqué que sa position sur l'I.V.G. s'était modifiée entre 1975 et 1979 et a estimé que la procédure de prise en charge par l'aide sociale permettait de respecter l'anonymat des femmes.

Sur ce point, **M. Louis Souvet** a observé qu'il fallait distinguer dans cette procédure l'identité de la bénéficiaire du motif d'hospitalisation.

M. Jean Chérioux a indiqué que l'anonymat était mieux assuré dans les grandes villes.

M. Paul Robert est convenu que le respect de l'anonymat était difficile notamment en milieu rural.

M. André Rabineau a également estimé que l'enquête menée auprès des familles permettait difficilement de préserver le secret du recours à l'aide sociale pour une I.V.G.

Mme Cécile Goldet a exprimé son accord avec l'analyse développée par le rapporteur. Elle a estimé qu'une politique familiale ne pouvait être réduite à la seule dimension financière.

M. Michel Moreigne, rappelant qu'il avait participé aux débats de 1974 et de 1975, s'est félicité de voir certaines options enfin consacrées.

S'appuyant sur son expérience de médecin rural, il a estimé que dans ces affaires difficiles, le choix de la mère en dernier lieu l'emportait sur tout le reste, même si cette nécessité absolue n'était pas obligatoirement un bien...

Répondant à ces interventions, **M. Robert Schwint**, rapporteur, a précisé que son rapport correspondait évidemment au fond de sa pensée mais que celui-ci tiendrait, bien entendu, compte des observations formulées par les membres de la Commission et, a fortiori, des décisions de celle-ci.

Il a indiqué que le coût du remboursement de l'I.V.G. représentait 200 millions de francs pour une année et a signalé que l'ensemble des contribuables n'étaient pas nécessairement favorables à toutes les dépenses publiques qu'ils contribuaient à financer.

S'appuyant sur son expérience de maire, il a également admis que l'anonymat, en matière d'I.V.G. prise en charge par l'aide sociale, n'était pas garanti de la même façon dans une commune de 10 000 habitants et dans une grande ville.

M. Jean Chérioux, présumant à la lumière des déclarations entendues l'hostilité d'une majorité de la Commission au remboursement de l'I.V.G., a alors proposé d'opposer la question préalable au projet de loi.

Par onze voix contre huit, deux commissaires s'abstenant, la Commission a **adopté une motion tendant à opposer la question préalable** en application de l'article 44, troisième alinéa du règlement, au projet de loi relatif à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.

MOTION

**présentée par la Commission des Affaires sociales
et tendant à opposer la question préalable**

En application de l'article 44, troisième alinéa, du Règlement, le Sénat décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Proposition de la commission
Code de la Sécurité sociale			Adoption de la question préalable.
LIVRE III			
ASSURANCES SOCIALES			
TITRE II			
PRESTATIONS			
CHAPITRE II			
Assurance maladie.			
	Article premier.	Article premier.	
	Il est ajouté à l'article L. 283 <i>a)</i> du Code de la Sécurité sociale un II ainsi rédigé :	Il est inséré, après l'alinéa <i>a) 1</i> de l'article L. 283 du Code de la Sécurité sociale, un alinéa <i>a) II</i> ainsi rédigé :	
<i>Art. L. 283.</i> — L'assurance maladie comporte :			
<i>a)</i> La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèse dentaire, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examen de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de cure, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle et des frais de transport, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 285, y compris la			

**Texte
en vigueur**

couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives.

a-I) La couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

b) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

**Texte
du projet de loi**

« a-II) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III *bis* du titre premier du Livre II du Code de la santé publique. »

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

(Alinéa sans modification).

**Proposition
de la commission**

Texte
en vigueur

Texte
du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture

Proposition
de la commission

LIVRE II

PROTECTION
SANITAIRE
DE LA FAMILLE
ET DE L'ENFANCE

TITRE PREMIER

PROTECTION
MATERNELLE
ET INFANTILE

CHAPITRE III *bis*

**Interruption volontaire
de grossesse.**

Section I. — *Interruption
volontaire de grossesse pra-
tiquée avant la fin de la
dixième semaine.*

Art. L. 162-1. — La
femme enceinte que son état
place dans une situation de
détresse peut demander à un
médecin l'interruption de sa
grossesse. Cette interrup-
tion ne peut être pratiquée
qu'avant la fin de la dixième
semaine de grossesse.

Art. L. 162-2. — L'inter-
ruption volontaire d'une
grossesse ne peut être prati-
quée que par un médecin.

Elle ne peut avoir lieu que
dans un établissement
d'hospitalisation public ou
dans un établissement
d'hospitalisation privé satis-
faisant aux dispositions de
l'article L. 176.

Art. L. 162-3. — Le
médecin sollicité par une
femme en vue de l'interrup-
tion de sa grossesse doit, dès
la première visite :

1° Informer celle-ci des
risques médicaux qu'elle

**Texte
en vigueur**

encourt pour elle-même et pour ses maternités futures, et de la gravité biologique de l'intervention qu'elle sollicite ;

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

a) Le rappel des dispositions de l'article premier de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, ainsi que des dispositions de l'article L. 162-1 du présent Code qui limite l'interruption de la grossesse au cas où la femme enceinte se trouve placée par son état dans une situation de détresse ;

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

c) La liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 162-4, ainsi que des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux intéressés ;

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

Un arrêté précise dans quelles conditions les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurant la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins.

Art. L. 162-4. — Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après

**Texte
du projet de loi**

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Proposition
de la commission**

**Texte
en vigueur**

la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant. A cette occasion, lui sont communiqués les noms et adresses des personnes qui, soit à titre individuel, soit au nom d'un organisme, d'un service ou d'une association, seraient susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux femmes et aux couples confrontés aux problèmes de l'accueil de l'enfant.

Sauf en ce qui concerne les établissements hospitaliers publics, ces consultations ne peuvent se dérouler à l'intérieur des établissements dans lesquels sont pratiquées des interruptions volontaires de la grossesse.

Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du Code pénal.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

**Texte
du projet de loi**

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Proposition
de la commission**

**Texte
en vigueur**

Art. L. 162-5. — Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision. En outre, cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 162-4, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus.

Art. L. 162-6. — En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conforme aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

Le directeur de l'établissement d'hospitalisation dans lequel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de la grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.

**Texte
du projet de loi**

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Proposition
de la commission**

**Texte
en vigueur**

Art. L. 162-7. — Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis. Ce consentement devra être accompagné de celui de la mineure célibataire enceinte, ce dernier étant donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal.

Art. L. 162-8. — Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de la grossesse mais il doit informer, au plus tard lors de la première visite, l'intéressée de son refus. Il est, en outre, tenu de se conformer aux obligations mentionnées aux articles L. 162-3 et L. 162-5.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

**Texte
du projet de loi**

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Proposition
de la commission**

**Texte
en vigueur**

Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de la grossesse sont fixées par décret.

Dans les établissements hospitaliers appartenant aux catégories mentionnées à l'alinéa précédent, le conseil d'administration désigne le service dans lequel les interruptions volontaires de la grossesse sont pratiquées.

Lorsque le chef de service concerné refuse d'en assumer la responsabilité, le conseil d'administration doit créer une unité dotée des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de la grossesse.

Art. L. 162-9. — Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption volontaire doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

Art. L. 162-10. — Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement ou elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

Art. L. 162-11. — L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

**Texte
du projet de loi**

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Proposition
de la commission**

**Texte
en vigueur**

**Texte
du projet de loi**

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Proposition
de la commission**

Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent, en outre, se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7.

Code rural

LIVRE SEPTIÈME

TITRE II

**MUTUALITÉ SOCIALE
AGRICOLE**

CHAPITRE II

Assurances sociales.

Art. 2.

Il est ajouté à l'article 1038 du Code rural, un 1^{er}-II ainsi rédigé :

Art. 1038. — Les caisses de mutualité sociale agricole servent à leurs adhérents, en cas de maladie, d'accident, de maternité et de décès, les prestations prévues par leurs statuts.

L'assurance maladie comporte :

1^o La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèse dentaire, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examen de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de cure, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle et des

Art. 2.

Il est *inséré, après le 1^{er}-I* de l'article 1038...
...ainsi rédigé :

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Proposition de la commission	
<p>frais de transport ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille déterminés par règlement d'administration publique y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives.</p>	<p>1^{er} I. — La couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.</p>	<p>(Voir ci-dessus section I du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique.)</p>	<p>« I. II. — La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique. »</p>	<p>(A l i n é a s a n s modification.)</p>
<p>2° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre son travail.</p>				

**Texte
en vigueur**

L'assuré choisit librement son praticien.

Le versement du capital garanti au titre de l'assurance décès est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré.

Si aucune priorité n'est invoquée dans le délai d'un mois suivant le décès de l'assuré, le capital est attribué au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait ou, à défaut, aux descendants et, dans le cas où le défunt ne laisse ni conjoint survivant ni descendant, aux ascendants.

L'article L. 395 du Code de la Sécurité sociale est applicable aux prestations visées au présent article.

En cas d'interruption de travail à l'occasion d'une cure thermique, les indemnités journalières, de l'assurance maladie ne sont pas dues, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie dans des conditions fixées par décret.

Loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Art. 8.

Les prestations de base comportent la couverture,

**Texte
du projet de loi**

Art. 3.

Il est ajouté à l'article 8 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée par la loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 un 1^{er} ainsi rédigé :

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

Art. 3

Il est inséré, après le paragraphe 1 de l'article 8...
... modifiée relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, un paragraphe 1^{er} ainsi rédigé :

**Proposition
de la commission**

**Texte
en vigueur**

dans les cas de maladie, d'accident et de maternité, des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils d'orthopédie et de prothèse, y compris les frais d'optique, des frais d'analyses et d'examen de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure, publics ou privés, des frais d'intervention chirurgicale, des frais de cure thermale ainsi que, pour les enfants de moins de seize ans ou ayant atteint cet âge pendant l'année scolaire en cours et les enfants de moins de vingt ans qui, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer une activité rémunératrice, des frais de vaccination obligatoire.

En ce qui concerne les prothèses dentaires, l'assuré et les membres de sa famille ont droit à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession.

Les prestations de base comportent également la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que des frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives.

Les prestations de base comportent en outre la couverture des frais de transport exposés dans les cas suivants :

— en vue d'une hospitalisation dont le caractère

**Texte
du projet de loi**

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Proposition
de la commission**

**Texte
en vigueur**

d'urgence est reconnu après avis du contrôle médical ;

— lorsque le bénéficiaire doit, sur avis médical, rejoindre son domicile par ambulance après avoir reçu des soins hospitaliers ;

— lorsque le bénéficiaire reconnu atteint d'une affection visée au 1 (3° et 4°) de l'article L. 286-1 du Code de la sécurité sociale, suit un traitement ambulatoire dont le contrôle médical estime qu'il est de nature à éviter son hospitalisation ;

— lorsque le bénéficiaire doit quitter la commune où il réside pour répondre à une convocation du contrôle médical ;

— lorsque le bénéficiaire doit se rendre soit au centre d'appareillage, soit chez son fournisseur, en vue de la fourniture, de la réparation ou du renouvellement d'un appareil de prothèse ou d'orthopédie.

Dans ces deux derniers cas les tarifs de responsabilité sont fixés par arrêté interministériel.

Font également partie des prestations de base la couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incom-

**Texte
du projet de loi**

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Proposition
de la commission**

**Texte
en vigueur**

bant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

I bis. — En outre, font partie des prestations de base les frais exposés dans les établissements et services concourant à l'éducation ou à la rééducation, à la réadaptation et au reclassement des adultes handicapés, en conformité des décisions prises par la commission technique d'orientation et de reclassement prévue à l'article L. 323-11 du Code du travail.

(Voir ci-dessus section I du chapitre III *bis* du titre premier du Livre II du Code de la santé publique.)

II. — Les assurés participent aux dépenses résultant de l'application des tarifs des frais remboursés. Les modalités de cette participation, qui peut, dans certains cas, être réduite ou supprimée, sont fixées par décret.

III. — Le remboursement peut subir un abattement dont le montant et la périodicité sont fixés par décret. Cet abattement peut, dans certains cas, être réduit ou supprimé.

**Texte
du projet de loi**

« *I ter.* — En outre, fait partie des prestations de base, la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III *bis* du titre premier du Livre II du Code de la santé publique. »

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

(Alinéa sans modification).

**Proposition
de la commission**

**Texte
en vigueur**

**Texte
du projet de loi**

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Proposition
de la commission**

Art. 4.

La couverture des frais mentionnés à l'article premier ci-dessus s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux visés à l'article L. 3 et au titre IV du Livre VI du Code de la Sécurité sociale.

Art. 4.

Sans modification.

Code de la Sécurité sociale

LIVRE PREMIER

**ORGANISATION
GÉNÉRALE
DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE**

Art. 3.

Parmi celles jouissant déjà d'un régime spécial, le 6 octobre 1945, demeurent provisoirement soumises à une organisation spéciale de Sécurité sociale les branches d'activité ou entreprises énumérées par règlement d'administration publique.

Des décrets établissent pour chaque branche d'activité ou entreprises visées à l'alinéa précédent une organisation de Sécurité sociale dotée de l'ensemble des attributions définies à l'article L. premier. Cette organisation peut comporter l'intervention de l'organisation générale de la Sécurité sociale pour une partie des prestations.

Les administrateurs des organismes de Sécurité sociale relevant des régimes spéciaux sont désignés par voie d'élection à la représen-

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Proposition de la commission
tation proportionnelle suivant les modalités définies pour chacun de ces régimes.			
LIVRE VI RÉGIMES DIVERS			
TITRE IV MILITAIRES			
(Articles L. 595 à L. 613.)			
	Art. 5.	Art. 5.	
	<i>Dans les limites fixées chaque année par les lois de finances, l'Etat rembourse aux organismes gérant un régime légal de sécurité sociale les dépenses qu'ils supportent au titre de la part garantie des frais exposés par les assurés sociaux à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse effectuées dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique.</i>	L'état rembourse...	
(Voir ci-dessus section I du chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique.)		... santé publique.	
		<i>Les lois de finances fixent chaque année les dotations nécessaires à ce remboursement.</i>	