Le présent aperçu de la législation de l'avortement a été rédigé à partir de la documentation dont disposait le Siège de l'Organisation mondiale de la Santé, pour chacun des pays faisant l'objet de l'étude, à la fin de septembre 1970. Tout comme pour les études précédentes, le but recherché n'est pas d'exposer la législation de tous les pays du monde mais de permettre d'en dégager les dispositions générales.

LA LÉGISLATION DE L'AVORTEMENT DANS LE MONDE

Aperçu des lois et règlements en vigueur

	Pages
Introduction	464
Aperçu général de la législation	466
Législations applicable dans les diverses zones géographiques du monde :	
Afrique	483
Amérique	485
Asie	493
Europe occidentale et méridionale	500
Europe de l'Est	509
Pays scandinaves	522
Australie et Nouvelle-Zélande	530
Références	532

Recueil Interm. de Législ. Sanitaire 1970

Introduction

Dans son ouvrage sur l'avortement publié en 1966, Lader [60] introduit le sujet en déclarant que « l'avortement est le redoutable secret de notre société. Il a été relégué pendant si longtemps dans les ténèbres de la crainte et de la mythologie qu'un pacte tacite commande de ne pas l'aborder ni de le discuter. »* Si en effet, jusque récemment, un nombre limité d'études ont été consacrées à ce problème, il n'en est plus de même actuellement et il suffit à cet effet de relever que la bibliographie publiée par G. K. af Geijerstam mentionne quelque 1175 études relatives à l'avortement provoqué.[52] Parmi les références citées, un grand nombre concerne des études nationales, régionales ou plus générales encore relatives à la législation en la matière. Parmi les études régionales ou générales, il faut signaler en particulier celles qui ont été préparées par R. Rœmer, C. Tietze, K. H. Mehlan, H. Heiss, M. Potts, A. F. Guttmacher, H. P. David, P. O. Hubinont, O. Akinla, I. R. Nazer. En outre, depuis quelques années, diverses conférences internationales se sont penchées sur ce problème. C'est le cas par exemple de la Conférence des Nations Unies sur la Population du Monde tenue à Belgrade en 1965 [78], de la réunion à Santiago du Chili en 1967 de la Fédération internationale pour le Planning familial [41], de la Conférence internationale tenue par l'Association for the Study of Abortion, à Hot Springs (Virginie) en 1968 [80], de la Pakistan International Family Planning Conference à Dacca en 1969 [100], pour ne citer que les plus récentes de ces réunions.

C'est sans doute un truisme que d'affirmer que si un grand nombre de pays n'ont pas abordé le problème de l'interruption de la grossesse c'est uniquement en raison des obstacles religieux et moraux qui s'opposent à sa discussion. En pratique d'autre part, le médecin lui-même se trouve placé devant des problèmes de déontologie professionnelle ou de conscience qui lui interdisent, même lorsque la législation est particulièrement souple, d'en appliquer les dispositions. Par contre, dans les pays où la loi présente un caractère rigide, ce même médecin peut se trouver complètement désarmé devant des situations dramatiques ou l'exécution de l'intervention, bien que justifiée, peut entraîner pour lui des conséquences fâcheuses.

On constate que, lorsque des pays introduisent une législation plus souple, l'argument le plus fréquemment avancé pour expliquer leur changement d'attitude est la nécessité de lutter contre l'avortement criminel. Dans les pays où la répression de l'avortement est la plus sévère, on sait en effet que le nombre d'avortements illégaux peut se chiffrer par centaines de milliers. Il est notoire que malgré l'illégalité de l'acte, rien n'arrête la femme qui a décidé de se faire avorter lorsqu'elle s'est adressée en vain à un médecin. Dans ce cas, elle a recours inévitablement à l'avorteur professionnel avec les conséquences dangereuses auxquelles elle s'expose.

* « Abortion is the dread secret of our society... It has been relegated for so long to the darkest corners of fear and mythology that an unwritten compact virtually requires that it remain untouched and undiscussed. »

Plusieurs auteurs ont d'ailleurs relevé que, même lorsque la législation sur l'interruption de la grossesse a un caractère libéral, le nombre d'avortements illégaux peut rester élevé.

Les conséquences démographiques que peut avoir l'introduction d'une législation plus souple ou, à l'opposé, d'une législation plus rigide peuvent être particulièrement impressionnantes. C'est ainsi par exemple qu'un pays qui, en 1966, avait durci ses dispositions législatives à cet égard a vu tripler le taux de naissance au cours de l'année suivante. Si d'une manière générale on constate actuellement dans le monde une tendance vers l'assouplissement des mesures législatives concernant l'avortement, certains pays par contre ont marqué un retour en arrière nécessité soit par les abus qu'entraînent une interprétation trop libre des dispositions en vigueur soit par le désir d'éviter une régression de la natalité.

Lorsqu'on étudie l'évolution des dispositions législatives concernant l'avortement, on constate que c'est généralement la législation pénale qui traite initialement du problème. D'abord totalement répressive, cette législation peut prévoir par la suite des cas non punissables d'avortement et en particulier ceux qui sont justifiés par des motifs d'ordre médical, à savoir sauvegarder la vie ou la santé de la femme enceinte. Le stade suivant consiste, pour les pays qui envisagent de poursuivre l'assouplissement de leur législation en la matière, dans l'introduction de dispositions spécifiques précisant les indications, les contre-indications et la procédure à suivre pour obtenir l'autorisation de cette intervention. Dans ces dispositions, on retrouve le plus souvent l'obligation parallèle d'avoir à donner des conseils en matière de contraception. Parfois même des mesures de stérilisation sont prévues.

Il n'est pas sans intérêt de relever ici l'influence que certains textes législatifs, promulgués dans l'un ou l'autre pays, ont eu sur la législation d'autres pays. C'est le cas par exemple de la législation de l'Irlande pour les pays scandinaves, de la loi française pour un grand nombre de pays africains ou asiatiques et de celle du Royaume-Uni pour les pays du Commonwealth. De son côté la législation de l'Ethiopie s'inspire du Code pénal suisse. Certaines initiatives à l'intérieur de pays à structure fédérative peuvent également jouer un rôle considérable comme c'est le cas aux Etats-Unis d'Amérique où le Model Penal Code préparé par l'American Law Institute a influencé la législation de plusieurs Etats de ce pays.

Une étude comparative de la législation relative à l'interruption de la grossesse dans les différents pays peut se faire selon trois critères : soit que l'on procède à un examen par zones géographiques, soit que l'on tienne compte de la situation existante en fonction de l'origine des dispositions en vigueur ou enfin qu'on envisage le problème d'après la nature des indications qui peuvent justifier l'avortement ou des contre-indications qui s'opposent à cette intervention. C'est selon ce dernier critère qu'a procédé récemment Rœmer [94] dans une étude d'ensemble de ce problème. On peut en effet faire une distinction entre les textes qui n'autorisent en aucun cas l'avortement, ceux qui ne le permettent que sur indication médicale, ceux qui étendent les indications à l'intervention à des motifs médico-sociaux et moraux et enfin, les dispositions les plus souples, qui prévoient des

motifs sociaux et économiques. A ce classement on peut également ajouter les cas où l'autorisation d'interruption de la grossesse peut être obtenue sur simple demande de la femme enceinte. Toutefois lorsqu'on analyse la situation existant dans la plupart des pays qui ont permis l'avortement sur simple demande, on remarque que les contre-indications à l'intervention prévues dans la législation en vigueur font que, dans la pratique, cette demande se trouve dans bien des cas refusée.

Dans la présente étude, le sujet sera traité par une analyse de la situation par zones géographiques. Toutefois l'aperçu général qui précédera cette analyse exposera les indications pouvant justifier une interruption de la grossesse, les contre-indications qui s'y opposent, la procédure à suivre pour obtenir l'autorisation de faire pratiquer cette intervention, les conditions dans lesquelles cette dernière doit avoir lieu, les formalités de déclaration et d'enregistrement des interventions pratiquées et enfin les dispositions éventuellement applicables aux ressortissantes étrangères.

La présente étude n'implique en aucune manière une prise de position vis-à-vis du problème de l'interruption de la grossesse, son seul but étant de donner un aperçu de la législation en la matière dans le monde, qui s'est caractérisée depuis quelques temps par des changements fréquents et importants.

Aperçu général de la législation

Une analyse des différents textes législatifs concernant l'interruption de la grossesse fait ressortir que l'aspect le plus important de la question est celui qui traite des indications et des contre-indications à cette intervention. Parallèlement, la procédure à suivre, lorsque la loi autorise l'avortement, fait l'objet de dispositions détaillées et précises. L'autorisation est généralement donnée par un ou deux médecins ou par des commissions spéciales prévues à cet effet, les formalités d'appel contre leurs décisions étant également précisées. Parmi les autres aspects intéressants traités par cette législation, on peut relever celui qui prévoit l'obligation de pratiquer l'intervention sous forme hospitalière, le plus souvent dans des établissements spécialement agréés par l'autorité compétente. Cette dernière prévoit en outre généralement l'obligation d'avoir à déclarer les cas d'interruption de la grossesse suivie ou d'avoir à signaler selon une procédure spéciale les cas d'avortements pratiqués d'urgence par un médecin ainsi que les cas laissant présumer une intervention criminelle. Dans les pays ayant adopté une politique libérale en matière d'avortement, les dispositions concernant les ressortissantes étrangères restent toutefois plus ou moins rigoureuses, ces pays visant par là à ne pas devenir des « usines ou refuges à avortements » [« abortion mills » ou « abortion meccas »]. Il est intéressant de remarquer que de nombreux textes législatifs qui permettent de manière plus ou moins libérale l'interruption de la grossesse prévoient également des dispositions concernant l'éducation en matière de contraception et, dans certains cas, des mesures plus radicales telles que la stérilisation.

Indications permettant l'interruption de la grossesse

Parmi les indications qui peuvent justifier l'interruption de la grossesse on distingue des indications médicales, des indications eugéniques, des indications d'ordre moral (par exemple en cas de grossesse résultant d'un acte criminel tel que le viol ou l'inceste), des indications médico-sociales et des indications purement sociales.

Il faut souligner que des pays tels que l'Espagne, l'Irlande, les Philippines, le Portugal ou la République dominicaine ne prévoient, aussi bien dans leur législation pénale que dans toute autre législation appropriée, aucune dérogation explicite rendant non punissable la pratique de l'avortement, même dans le but de sauver la vie de la femme enceinte. En Espagne, tout comme en France jusqu'à une date récente, la propagande anticonceptionnelle et la vente de moyens ou de remèdes anticonceptionnels restent d'ailleurs interdites.

Indications médicales

Les textes législatifs les plus restrictifs permettent uniquement d'intervenir au cas où l'interruption de la grossesse est nécessaire pour sauver la vie de la femme enceinte. La notion médicale de sauvegarde de la vie a été souvent étendue à celle de préservation de la santé de la femme enceinte, la « santé » étant parfois définie comme applicable non seulement à la santé physique mais également à la santé mentale. La plupart des auteurs relèvent l'imprécision des termes « prévenir un risque pour la vie » et « santé physique ou mentale » et, par conséquent, l'inconvénient qu'il pourrait y avoir pour le médecin d'interpréter trop largement ces notions. Certains auteurs se sont même référés au préambule de la Constitution de l'OMS pour définir la santé bien que les rédacteurs de cette définition n'aient guère envisagé son application à des problèmes tels que celui de l'avortement.

La législation de la France, du Venezuela, du Cambodge, du Sénégal, du Pakistan et de nombreux Etats des Etats-Unis d'Amérique, pour ne citer que quelques exemples, ne donne toujours comme indication à l'avortement que le seul motif de sauver la vie de la femme enceinte.* Il convient d'ailleurs de relever à ce sujet qu'en France le code de déontologie médicale précise que ce n'est pas l'intervention d'avortement thérapeutique elle-même qui est autorisée mais bien « une intervention chirurgicale ou l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse ».

Parmi les pays qui autorisent l'interruption de la grossesse à la fois pour sauvegarder la vie et préserver la santé de la femme enceinte, on peut citer l'exemple de l'Ethiopie, du Canada, de l'Argentine, du Honduras, du Pérou, de certains Etats des Etats-Unis d'Amérique, de la Suisse et de la Thaïlande. La possibilité d'avoir recours à l'avortement thérapeutique se retrouve évidemment dans la législation des pays qui prévoient

* En France toutefois, une proposition de loi sur les interruptions de grossesse, qui vient d'être soumise à l'Assemblée nationale, devrait, si elle était adoptée, élargir aux indications médicales, eugéniques et morales la légitimité de l'avortement.

par ailleurs l'exécution de l'interruption de la grossesse sur indications médico-sociales et sociales. Certains pays prévoient en annexe à leur législation une liste exhaustive des affections physiques ou mentales susceptibles de justifier l'interruption de la grossesse.

Indications d'ordre eugénique

Des pays de plus en plus nombreux incluent des motifs d'ordre eugénique parmi les indications justifiant l'interruption de la grossesse. Cette attitude vise non seulement à prévenir la transmission de maladies héréditaires mais également à éviter la naissance d'un enfant pouvant être atteint d'affections physiques ou mentales résultant d'une maladie ou intoxication de la mère au cours de la grossesse. Des indications d'ordre eugénique sont prévues par la législation des pays scandinaves, des pays de l'Europe de l'Est, du Royaume-Uni, d'Australie méridionale, du Japon, de Singapour, de Cuba, de certains Etats des Etats-Unis d'Amérique s'inspirant du Model Penal Code ainsi que de la Turquie. Certains de ces pays, telle la Turquie ont fixé une liste précise des affections susceptibles de se transmettre par voie héréditaire et des circonstances pouvant déterminer une malformation grave pour le fœtus ou pour la descendance. En Suède, une modification à la législation de base, introduite en 1963 à la suite des accidents dus à la thalidomide, prévoit que l'interruption de la grossesse peut être autorisée lorsqu'en raison d'une maladie au stade embryonnaire l'enfant risque d'être atteint d'une maladie ou malformation grave.

Indications d'ordre moral

De nombreux pays prévoient la possibilité de faire interrompre la grossesse lorsque cette dernière résulte d'actes criminels tels que le viol, l'inceste, les rapports sexuels avec une mineure ou une personne atteinte de maladie ou déficience mentale ou même lorsqu'il s'agit de préserver l'honneur de la femme enceinte ou de sa famille comme c'est le cas en Jordanie ou au Liban (à cet égard, on peut noter que le Code pénal de la Colombie prévoit une réduction de la peine encourue, voire son exemption totale lorsque ce dernier motif peut être invoqué).

Indications médico-sociales

Alors que la plupart des pays de l'Europe occidentale et méridionale, de l'Amérique latine, de l'Asie ou de l'Afrique continuent à exclure les motifs d'ordre médico-social comme indications pour l'interruption de la grossesse, des pays tels que le Japon, le Royaume-Uni, les pays scandinaves et les pays de l'Europe de l'est les prévoient de manière expresse dans leur législation. Le projet déposé devant le Parlement de l'Inde fait également état de telles indications. Par ailleurs, dans certains cantons suisses, une interprétation souple du code pénal fédéral permet d'envisager de prendre en considération des motifs d'ordre médico-social dans les décisions autorisant l'interruption de la grossesse.

Le premier pays à avoir introduit la notion d'indication médico-sociale est l'Islande dont la législation prévoyait, dès 1935, que pour

l'appréciation du « danger grave » justifiant l'avortement au-delà de la période de huit semaines de grossesse, il devait également être tenu compte de facteurs tels que l'existence de plusieurs maternités antérieures rapprochées, le laps de temps écoulé depuis le dernier accouchement, les difficultés d'ordre ménager résultant de la présence au foyer d'enfants en bas âge, la situation financière difficile ou le mauvais état de santé d'autres personnes vivant au même domicile. Cette notion a été ensuite reprise par un certain nombre de pays. C'est ainsi qu'en Suède, la Loi du 17 juin 1938, toujours en vigueur, a été modifiée en 1946 pour prévoir la possibilité d'interrompre la grossesse lorsqu'en raison des conditions de vie de la femme enceinte ou d'autres circonstances on peut s'attendre à ce que sa capacité physique ou mentale soit sérieusement diminuée par la naissance de l'enfant et les soins à lui dispenser. Au Danemark, la Loi du 23 juin 1956, qui avait abrogé une précédente loi de 1937, avait introduit une disposition prévoyant que pour évaluer le danger grave menaçant la vie ou la santé de la femme enceinte et justifiant l'interruption de la grossesse, il y avait lieu de tenir compte, en se fondant sur l'appréciation de toutes les circonstances de l'espèce, y compris sur les conditions dans lesquelles la femme devait vivre, non seulement de la présence d'une maladie physique ou mentale mais également de tout état d'infirmité physique ou mentale, réel ou potentiel (les dispositions de la nouvelle Loi du 24 mars 1970 sont encore plus précises à cet égard). En Finlande également, la Loi du 17 février 1950 prévoyait que pour l'appréciation de ce danger il devait être tenu compte, le cas échéant, des conditions de vie particulièrement difficiles de la femme et des autres circonstances influant sur l'état de sa santé, disposition qui a été reprise et précisée dans la nouvelle Loi du 24 mars 1970. En Norvège, conformément à la Loi du 11 novembre 1960, la gravité du danger doit être déterminée en fonction de la prédisposition éventuelle que la femme présente à certaines maladies physiques ou mentales ainsi que des conditions de vie et autres circonstances susceptibles d'affecter sa santé ou d'entraîner un état d'épuisement physique ou psychique. Au Japon, l'autorisation d'interruption de la grossesse peut, aux termes de la Loi de protection eugénique être donnée à la femme enceinte dont la santé risque d'être gravement affectée par la continuation de la grossesse ou par l'accouchement, pour des raisons physiques ou économiques. Au Royaume-Uni, aux termes de la Loi du 27 octobre 1967, pour déterminer si la poursuite de la grossesse implique un risque pour la santé de la femme enceinte il peut être tenu compte des conditions du milieu dans lequel la femme vit au moment considéré ou dans lequel elle sera appelée à vivre de manière prévisible. Une disposition analogue se retrouve dans la Loi de l'Australie du Sud en date du 8 janvier 1970, dans la Loi de 1969 de l'Oregon et dans le projet de loi présenté devant le Parlement indien.

Indications sociales

Les pays désireux de libéraliser davantage leur législation relative à l'avortement peuvent prévoir des indications à caractère social plus ou moins larges comme motifs justifiant l'interruption de la grossesse. Ces

indications ont été tout spécialement retenues dans les pays de l'Europe de l'Est et ont été notamment introduites dans les nouvelles lois sur l'avortement promulguées en 1970 au Danemark et en Finlande. Toutefois, lorsque des motifs d'ordre social peuvent être invoqués, les prescriptions en vigueur prévoient que l'opération est contre-indiquée au-delà d'un certain stade de la grossesse généralement variable, selon les législations, de 10 semaines à trois mois.

Un motif d'ordre social couramment retenu pour justifier l'interruption de grossesse est le nombre d'enfants que la femme a déjà à sa charge. Ainsi en Allemagne orientale l'intervention peut avoir lieu lorsque la femme enceinte est déjà mère de quatre enfants nés à intervalle de moins de 15 mois l'un de l'autre et que la grossesse en cours remonte à moins de six mois après le dernier accouchement ou encore lorsque cette femme, vivant seule ou avec son conjoint, a la responsabilité légale d'au moins cinq enfants vivant à son foyer. En Bulgarie, l'interruption de la grossesse est autorisée si la femme a déjà au moins trois enfants (cette intervention peut en outre être autorisée par une commission médicale spéciale si elle a un ou deux enfants). En Roumanie, l'avortement peut être autorisé si la femme est déjà mère de quatre enfants à sa charge; il en est de même en Tchécoslovaquie si elle a déjà au moins trois enfants. Au Danemark, l'intervention peut avoir lieu sans autorisation spéciale si la femme a déjà au moins quatre enfants de moins de 18 ans résidant avec elle. En Tunisie, (et c'est même là le seul motif d'avortement légal pris en considération, avec le risque pour la santé de la mère) l'interruption de la grossesse est autorisée lorsque les époux ont au moins cinq enfants vivants.

Parmi d'autres motifs d'ordre social pouvant justifier l'interruption de la grossesse on peut relever, comme le prévoit la législation tchécoslovaque, des circonstances telles que la disparition du conjoint ou son invalidité, la rupture du foyer, la participation économique prépondérante de la femme en ce qui concerne l'entretien de la famille et de l'enfant et la situation précaire de la femme non mariée du fait de sa grossesse.

A Singapour, il est intéressant de remarquer que la notion de « conditions du milieu » [environment], à la différence de ce qui est prévu au Royaume-Uni (où elle peut seulement entrer en ligne de compte pour l'appréciation du danger pour la santé), est modérée, aux termes de la Loi du 31 décembre 1969, en une indication en soi et s'applique également aux conditions familiales et financières de la femme enceinte.

Bien qu'au Japon la Loi de protection eugénique ne contienne aucune disposition prévoyant explicitement des indications d'ordre social, une interprétation très libérale de ce texte permet d'après Muramatsu [28] d'accorder de nombreuses interruptions de grossesse pour des motifs purement sociaux.

L'âge de la femme enceinte en tant qu'indication

Le jeune âge de la femme enceinte (que l'on peut considérer comme une indication sociale et humanitaire) ou, à l'opposé, une certaine limite d'âge (que l'on peut classer comme un motif d'ordre médical, médico-social ou même eugénique) sont inclus dans la législation de certains pays parmi les indications justifiant une interruption de la grossesse. Ainsi, l'intervention est autorisée (sous réserve d'être pratiquée avant le terme de la durée de grossesse fixée par la loi) lorsque la femme a moins de 16 ans et plus de 40 ans en Allemagne orientale, moins de 17 ans et plus de 40 ans au moment de la conception en Finlande et moins de 16 ans et plus de 45 ans au moment de la conception en Tchécoslovaquie. Au Danemark, l'interruption de grossesse peut avoir lieu, sur autorisation de la commission compétente lorsque la femme se trouverait, en raison de son jeune âge ou de son manque de maturité d'esprit, dans l'incapacité immédiate de donner les soins nécessaires à l'enfant et, sans autorisation spéciale, lorsqu'elle a atteint ou dépasse l'âge de 38 ans au terme de la douzième semaine de grossesse. En Bulgarie, de même, l'intervention est autorisée par une commission spéciale si l'intéressée, non mariée, n'a pas 16 ans révolus, sous réserve du consentement des parents, et sans intervention de cette commission, si elle a plus de 45 ans.

Avortement sur simple demande

A la limite de la libéralisation de la pratique de l'avortement (hormis l'hypothèse d'une abrogation totale de toutes dispositions répressives), le législateur peut prévoir que l'intervention ait lieu sur simple demande sans qu'il soit nécessaire de justifier d'indications précises. C'est le cas en Hongrie et en URSS (pour ces deux pays avec les réserves indiquées ci-après) et plus spécialement aux Etats-Unis d'Amérique avec les lois récemment adoptées par les Etats d'Alaska, d'Hawaii et de New-York.

En Hongrie et en URSS, l'intervention reste néanmoins soumise à un certain nombre de formalités qui peuvent limiter la portée de la législation en vigueur. Ainsi, dans le premier de ces pays, la requérante doit obligatoirement soumettre personnellement sa demande à la commission compétente qui (sauf s'il existe des indications médicales ou eugéniques) doit s'efforcer, chaque fois qu'elle le juge utile, de convaincre la femme de garder l'enfant et l'informer, en tout état de cause, des conséquences nuisibles que peut avoir l'intervention pour sa santé, et tout particulièrement en cas de répétition de l'avortement. La commission doit toutefois autoriser l'interruption de la grossesse si la requérante maintient sa demande malgré les explications qui lui ont été fournies. En outre, l'intervention ne peut avoir lieu que sous forme hospitalière et seulement si la grossesse date de moins de 12 semaines. Une procédure analogue de dissuasion est prévue en URSS où une instruction de 1955 fixe en outre une liste précise des contre-indications à l'opération (voir p. 473).

Aux Etats-Unis d'Amérique, l'Etat d'Alaska vient de promulguer une loi qui implique que l'avortement (défini comme l'interruption d'une grossesse pratiquée tant que le fœtus n'est pas viable) est autorisé sous réserve d'être exécuté par un médecin ou chirurgien habilité dans un hôpital ou établissement agréé et à condition que la femme ait été domiciliée ou ait été physiquement présente dans l'Etat pendant les 30 jours qui précèdent l'intervention. L'Etat d'Hawaii a adopté des dispositions presque

analogues, la durée minimum de résidence ou de présence dans l'Etat étant toutefois fixée à 90 jours. De son côté, l'Etat de New-York prévoit, aux termes d'une nouvelle loi qui modifie un article de la loi pénale, que l'avortement est considéré justifiable s'il est pratiqué avec le consentement de la femme par un médecin habilité : *a*) lorsqu'il y a motif valable à présumer que cette intervention est nécessaire pour préserver sa vie; ou *b*) dans les 24 semaines qui suivent le début de sa grossesse.

Contre-indications à l'interruption de la grossesse

Les textes législatifs contenant des dispositions autorisant l'interruption de la grossesse, en fonction des diverses indications énumérées ci-dessus, prévoient souvent explicitement des contre-indications qui en restreignent la portée. D'autres textes fixent des limites d'une rigidité telle, pour ce qui est de l'autorisation d'interruption de la grossesse, que l'on peut considérer qu'ils contiennent des contre-indications implicites. Certains pays, par contre, ne prévoient ni explicitement ni implicitement de contre-indications à la pratique de l'intervention, comme par exemple en Inde (pour ce qui est du projet de loi à l'étude), dans certains Etats des Etats-Unis d'Amérique, au Maroc, au Royaume-Uni, ou encore laissent leur détermination à l'appréciation du médecin compétent comme c'est le cas en Pologne ou en Suisse (où le praticien est également juge des indications).

La contre-indication la plus importante à la pratique de l'avortement légal et qui est le principal facteur intervenant dans les décisions à prendre à cet égard est, sans nul doute, celle que constitue le stade d'avancement de la grossesse, l'opération devenant en effet dangereuse à partir d'une certaine période et la notion de viabilité du fœtus et d'infanticide pouvant alors entrer en ligne de compte.

La limite de temps au-delà de laquelle l'interruption de grossesse ne peut plus être pratiquée est toutefois variable d'un pays à l'autre. Aux Etats-Unis d'Amérique par exemple, l'intervention ne peut normalement être autorisée que jusqu'à la 20e semaine en Californie, le 150e jour en Oregon, la 24e semaine dans l'Etat de New York, la 26e semaine dans l'Etat de Maryland et qu'aussi longtemps que le fœtus n'est pas viable en Alaska et à Hawaii. Il est intéressant de relever à ce sujet que jusqu'au milieu du 19e siècle il n'y avait pas, dans ce pays (pas plus qu'en Angleterre jusqu'en 1803), d'interdiction à l'avortement avant la manifestation des premiers mouvements du fœtus [no legal prohibition before quickening] [63], cette notion ayant une origine très ancienne qu'on retrouve dans la conception théologique de la vie fœtale, reprise ultérieurement par des juristes anglais. En Tunisie, l'intervention pour des motifs d'ordre social (à savoir lorsque les deux époux ont déjà cinq enfants vivants) ne peut être pratiquée que dans les trois premiers mois de la grossesse (aucun délai n'étant toutefois prévu en cas d'intervention visant à préserver la santé de la mère). Au Japon, l'interruption de la grossesse est définie, au sens de la loi de protection eugénique, comme l'expulsion provoquée du fœtus et du placenta durant la période où le fœtus n'est pas encore viable; dans la pratique, d'après Muramatsu, [76] l'opération n'a généralement lieu qu'au cours des trois premiers mois

de la grossesse. Cette période est fixée à 10 semaines en Bulgarie et à 12 semaines en URSS, en Tchécoslovaquie, en Allemagne orientale et en Hongrie. En Roumanie, l'intervention ne peut avoir lieu en principe que dans les trois premiers mois de la grossesse mais reste toutefois autorisée jusqu'au sixième mois en cas de constatation d'un état pathologique grave mettant en danger la vie de la femme. En Yougoslavie, l'interruption de la grossesse doit avoir lieu dans les trois premiers mois de la gestation dans tous les cas où les indications sont d'ordre social; lorsque l'intervention se justifie pour sauvegarder la vie ou prévenir une atteinte grave à la santé de la femme enceinte, elle est exécutée, conformément aux indications médicales, quelle que soit la durée qui s'est écoulée depuis la conception et, lorsqu'elle a lieu pour des motifs d'ordre eugénique ou à la suite d'un acte tombant sous le coup du code pénal, elle n'est pratiquée, passé le délai de trois mois, que si elle n'est pas susceptible d'entraîner un dommage grave pour la santé de la mère ou de danger immédiat pour sa vie. En Islande, d'après la Loi du 28 janvier 1935 qui est toujours en vigueur, l'intervention peut avoir lieu jusqu'à la 28e semaine lorsque la poursuite de la grossesse expose la femme à un grave danger; toutefois au-delà de la 8e semaine de grossesse, le médecin ne peut pratiquer l'avortement que si le danger grave ne peut être supprimé par d'autres moyens. Au Danemark, aux termes de la nouvelle Loi du 24 mars 1970, l'intervention ne peut avoir lieu, sauf si elle est pratiquée pour prévenir un danger pour la vie de la femme ou un risque d'atteinte grave à sa santé, qu'avant l'expiration de la 12e semaine de la grossesse à moins que la commission compétente ou le comité de recours n'ait accordé une autorisation spéciale; la Loi du 23 juin 1956, maintenant abrogée, avait fixé à 16 semaines le délai au-delà duquel l'interruption de grossesse (sauf le cas de danger pour la vie ou la santé de la femme) ne pouvait être normalement entreprise. En Finlande, aux termes de la nouvelle Loi du 24 mars 1970, ce délai reste fixé (sauf si l'intervention est justifiée en raison d'une maladie ou d'une infirmité physique de la femme) à 16 semaines, la Direction de la Santé publique pouvant toutefois, si la conception a eu lieu avant que l'intéressée ait atteint l'âge de 17 ans ou pour tout autre motif particulier, autoriser l'interruption de la grossesse à un stade plus tardif mais ne dépassant pas la 20e semaine. En Norvège, d'après les dispositions de la Loi du 11 novembre 1960, l'interruption de la grossesse ne peut avoir lieu, sans raison particulière, plus de trois mois après la conception. En Suède, ce même délai est fixé à 20 semaines mais peut être porté à 24 semaines sur autorisation spéciale de la Direction nationale de la Santé publique et de la Prévoyance sociale.

Parmi les autres contre-indications qui mettent obstacle à l'interruption de la grossesse, un certain nombre de pays ont prévu l'existence chez la femme de certaines affections que l'intervention pourrait aggraver ainsi que l'exécution d'une précédente interruption de grossesse relativement récente. C'est ainsi qu'en URSS, aux termes de l'Instruction du 28 décembre 1955 portant application du Décret du 23 novembre 1955, entrent dans cette catégorie la blennorragie aiguë et chronique, les processus inflammatoires aigus ou chroniques des organes sexuels, les foyers purulents

quelle que soit leur localisation, les maladies infectieuses aiguës et l'exécution au cours des derniers six mois d'une précédente interruption de grossesse. En Tchécoslovaquie, une Ordonnance en date du 21 décembre 1962 énumère, à cet égard, les maladies inflammatoires aiguës ou chroniques des organes sexuels, les foyers purulents présentant un risque pour le succès de l'intervention, les maladies transmissibles aiguës, l'incompatibilité sanguine du système AB-O chez les femmes n'ayant pas encore accouché, les cas d'interruption de grossesse remontant à moins de six mois, des dérogations pouvant toutefois être consenties lorsque la poursuite de la grossesse peut mettre en danger la vie de la femme. Des dispositions presque similaires se retrouvent également dans l'Instruction N° 188 publiée en 1968 en Bulgarie.

Autorités chargées de prendre les décisions d'interruption de la grossesse; consentement de l'intéressée, etc.

Sauf les cas d'urgence où la législation prévoit généralement qu'un médecin est habilité à intervenir, les décisions d'interruption de la grossesse sont prises soit après avis d'un ou de deux médecins soit par des commissions spécialement créées à cette fin. Au Chili et au Pérou par exemple, l'avortement dit thérapeutique ne peut être entrepris qu'après avis favorable donné par deux médecins. Au Honduras, le Code de Déontologie médicale prévoit de son côté que l'interruption de la grossesse, indiquée pour des raisons thérapeutiques, doit être autorisée par une commission de médecins (dont le nombre n'est toutefois pas précisé) qui attestera par écrit la nécessité de l'intervention. En France, le médecin doit obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants dont l'un pris nécessairement sur la liste des experts près le tribunal civil, ces deux consultants devant, après examen et discussion, attester par écrit que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'un avortement thérapeutique. En Ethiopie, le danger grave et permanent pour la vie ou la santé de la femme enceinte doit avoir été reconnu et attesté par un médecin autorisé à exercer dans le pays, après examen de santé de l'intéressée, l'intervention étant en outre subordonnée aux constatations et à l'avis conforme, après mise en observation éventuelle, d'un second médecin qualifié comme spécialiste dans la discipline médicale dont relève l'état pathologique allégué par la femme enceinte et agréé par l'autorité compétente. Ces dispositions ont, de toute évidence, été inspirées de celles du Code pénal suisse qui précisent que l'interruption de grossesse par un médecin diplômé est subordonné au consentement écrit de la femme enceinte et à l'avis conforme d'un second médecin diplômé, cet avis ne pouvant être donné que par un médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de la femme enceinte et autorisé d'une façon générale ou dans chaque cas particulier par l'autorité compétente du canton où l'intéressée a son domicile ou de celui dans lequel l'opération aura lieu; si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal est exigé.

Le projet de loi présenté devant le Parlement indien prévoit que la décision d'interruption de la grossesse est prise par un seul médecin si

la durée de la grossesse ne dépasse pas 12 semaines et par deux médecins, agissant conjointement, lorsque cette durée est comprise entre 12 et 20 semaines. Au Japon, le médecin désigné par l'Association médicale peut procéder à l'interruption de grossesse dans les cas prévus par la loi, de sa propre initiative mais sous réserve du consentement de l'intéressée et de son conjoint. Le consentement de ce dernier n'est toutefois pas nécessaire s'il ne peut être identifié, s'il refusé de déclarer son intention ou s'il a disparu après la conception. En cas de maladie mentale ou de déficience mentale de la femme enceinte, l'accord de son représentant légal ou du maire de la localité tient lieu de son consentement. Au Maroc, l'accord du conjoint est exigé lorsque le médecin ou le chirurgien envisage de pratiquer un avortement pour sauvegarder la santé de la mère; lorsque le praticien estime que la vie de la mère est en danger, cette autorisation n'est pas exigée, avis devant être toutefois donné par lui au médecin chef de la préfecture ou de la province. En outre, à défaut de conjoint ou lorsque le conjoint refuse de donner son consentement, le médecin ou le chirurgien ne peut procéder à l'opération qu'après avis écrit du médecin chef de la préfecture ou de la province attestant que la santé de la mère ne peut être sauvegardée que par ce moyen. Aux Etats-Unis d'Amérique, la disposition du Model Penal Code qui prévoit que l'autorisation d'interruption de la grossesse doit être décidée par une commission hospitalière de trois médecins a été reprise dans certains Etats; dans d'autres Etats, comme par exemple l'Oregon la décision peut être prise sur avis de deux médecins. Dans les états d'Alaska, d'Hawaii et de New York la décision d'un seul médecin est suffisante. Des modifications introduites en 1969 au Code criminel du Canada prévoient à cet égard la création de « comités de l'avortement thérapeutique » d'hôpital comprenant au moins trois médecins qualifiés. En Turquie, la Loi du 13 janvier 1960 sur la déontologie médicale (qui n'autorisait alors que le seul cas d'avortement nécessité pour sauvegarder la vie de la mère) prévoyait que l'opération ne pouvait être pratiquée, sauf urgence, que sur le rapport circonstancié de deux spécialistes en gynécologie ou, à leur défaut, de deux omnipraticiens et restait subordonnée au consentement écrit de l'intéressée ou de son représentant légal; depuis l'introduction de la Loi du 1er avril 1965 sur la planification familiale (qui a étendu la liste des indications permettant l'interruption de la grossesse notamment en ce qui concerne les motifs d'ordre médical et eugénique) et de ses dispositions d'application, la décision de l'intervention est prise par une commission constituée en principe par trois spécialistes, dont un spécialiste en obstétrique et gynécologie, désignés par le Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale, mais reste toujours subordonnée au consentement écrit de l'intéressée ou de ses parents si elle est mineure, l'autorisation du juge de paix étant nécessaire s'il s'agit d'une mineure ou d'une incapable placée sous tutelle. Une commission supérieure d'interruption de la grossesse et de stérilisation est en outre prévue pour régler les cas où il est interjeté appel. En Bulgarie, l'autorisation d'interruption de la grossesse est donnée par des commissions spéciales qui sont créées auprès des polycliniques, elles-mêmes rattachées aux hôpitaux d'arrondissement, de ville, de district et nationaux, aux instituts médicaux supérieurs

et à l'Institut pour la Spécialisation et le Perfectionnement des Médecins. Des commissions sont également instituées au sein des hôpitaux précités et des hôpitaux spécialisés en obstétrique et gynécologie ainsi que des cliniques d'obstétrique et gynécologie des instituts médicaux supérieurs et de l'Institut pour la Spécialisation et le Perfectionnement des Médecins et auprès de l'Institut de Recherche scientifique en Obstétrique et Gynécologie, pour régler les cas concernant les malades placées dans leur service hospitalier en cas d'indications médicales. Chaque commission est présidée par l'adjoint du médecin chef de l'hôpital ou par le médecin chef de la policlinique, qui est assisté du médecin obstétricien et gynécologue qui exerce ses fonctions au sein du service de consultations pour femmes et d'un médecin spécialiste de la discipline dont relève la maladie de la femme; cette commission s'assure en outre le concours de spécialistes consultants ou de travailleurs sociaux. En Hongrie, l'autorisation est accordée sur demande adressée à des commissions régionales rattachées aux hôpitaux ou cliniques des départements, villes ou arrondissements urbains, chaque commission comprenant un médecin et deux autres membres désignés par le comité exécutif du conseil populaire compétent. En Pologne, par contre, toute femme enceinte qui a l'intention d'interrompre sa grossesse est tenue de s'adresser à un médecin pour qu'il lui délivre un certificat déclarant admissible cette intervention (l'intéressée devant, si elle désire faire pratiquer l'opération en raison de ses conditions d'existence, présenter à ce praticien une attestation écrite certifiant ces conditions). Lorsque le médecin refuse de délivrer le certificat d'interruption de la grossesse la femme peut demander de présenter son cas devant une commission médicale qui sera constituée par trois médecins d'un établissement public du service de santé. En Tchécoslovaquie, la demande d'interruption de la grossesse, est adressée soit directement par la femme enceinte soit par l'intermédiaire de son médecin traitant au chef du service gynécologique d'un hôpital avec policlinique de l'arrondissement, puis transmise par celui-ci à la commission d'interruption de la grossesse d'arrondissement (appel pouvant être interjeté devant la commission provinciale lorsque cette commission rejette la demande qui lui est soumise). En Islande, aux termes de la Loi du 28 janvier 1935, la décision est prise par deux médecins dont l'un sera le médecin chef de l'hôpital où l'opération doit avoir lieu. Au Danemark, les décisions visant les autorisations spéciales éventuellement requises pour l'interruption de la grossesse sont prises par les commissions créées au sein des institutions d'aide aux mères, chaque commission comprenant le directeur de l'institution ou l'un de ses collaborateurs ayant une formation analogue et deux médecins. En Norvège, les formalités d'autorisation d'interruption de la grossesse prévoient la présentation d'une demande d'hospitalisation établie par un médecin, accompagnée d'une déclaration écrite de la femme enceinte attestant son désir de faire procéder à l'intervention, la décision étant prise par deux médecins, l'un de ces praticiens étant nommé par le médecin départemental et ne pouvant être employé par le service hospitalier où l'intervention doit avoir lieu. En cas de refus, le médecin départemental peut, sur proposition du médecin traitant, demander que la femme soit admise dans un autre hôpital en vue du réexamen de la question par d'autres médecins. En Suède, les cas sont réglés par une commission spéciale de la Direction de la Santé publique ou sur la décision de deux médecins (dont l'un doit remplir des fonctions officielles déterminées).

Obligation de faire procéder à l'intervention dans des établissements agréés

La plupart des textes législatifs qui ont rendu légale l'interruption de la grossesse précisent toutefois que cette intervention doit, sauf urgence, avoir lieu dans des hôpitaux, cliniques ou services agréés à cet effet. L'intervention se fait généralement sous le régime du placement hospitalier, une instruction polonaise en date du 19 décembre 1959 prévoyant toutefois les modalités selon lesquelles elle peut avoir lieu sous forme ambulatoire. Cette forme d'intervention doit avoir lieu dans les hôpitaux, les dispensaires rattachés aux hôpitaux et les autres établissements d'assistance médicale ambulatoire qui disposent des locaux appropriés et qui remplissent les exigences requises pour l'exécution de l'opération dans des conditions d'asepsie et d'antisepsie rigoureuses; l'interruption de la grossesse sous forme ambulatoire est toutefois réservée aux cas où la nécessité de l'intervention est justifiée en raison des conditions de vie difficiles de l'intéressée et sous réserve que l'état de santé de la femme n'impose pas une hospitalisation après l'opération. En Roumanie où l'hospitalisation ne semblait pas nécessaire avant la promulgation du Décret du 29 septembre 1966, le placement hospitalier dans des établissements sanitaires spécialisés a été rendu obligatoire depuis cette dernière date. L'intervention devant être confiée à un médecin spécialiste en obstétrique et gynécologie. En Tunisie également, les interruptions de grossesse légales ne peuvent être pratiquées que dans un établissement hospitalier ou une clinique autorisée. Aux Etats-Unis d'Amérique, le Model Penal Code donne pour directive de faire exécuter l'opération dans un hôpital agréé par la Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Au Canada l'avortement doit avoir lieu dans un hôpital «accrédité» ou «approuvé». La Loi de 1967 sur l'avortement, du Royaume-Uni, précise que l'intervention doit, sauf urgence, être effectuée dans un hôpital placé sous la responsabilité du Ministre de la Santé ou, pour l'Ecosse, du Secrétaire d'Etat, aux termes des lois sur le service national de santé, ou dans un établissement qu'ils auront agréé. La même disposition se retrouve dans le projet de loi présenté devant le Parlement de l'Inde qui prévoit que, sauf urgence, l'interruption de la grossesse ne peut avoir lieu que dans un hôpital créé ou subventionné par le Gouvernement ou en un lieu que ce dernier aura agréé. En Bulgarie, lorsqu'une interruption de la grossesse a été autorisée, la femme est dirigée sur le service hospitalier approprié (service d'obstétrique et de gynécologie d'hôpital, hôpital spécialisé en obstétrique et gynécologie, clinique d'obstétrique et de gynécologie des instituts médicaux supérieurs, de l'Institut pour la Spécialisation et le Perfectionnement des Médecins et de l'Institut de Recherche scientifique en Obstétrique et Gynécologie) qui doit procéder à l'intervention au plus tard dix jours après la communication de l'autori-

sation. La durée du séjour dans le service d'hospitalisation est fixée dans chaque cas individuel, une mise en observation étant effectuée au domicile de l'intéressée par le service de consultations compétent lorsqu'il n'est pas possible d'assurer un séjour de 24 heures. Par ailleurs, lorsqu'une grossesse de plus de 12 semaines doit être interrompue sur indication médicale, l'opération ne peut avoir lieu que dans un établissement médical hautement qualifié (hôpitaux d'arrondissement de 1re degré et hôpitaux municipaux avancés, cliniques d'obstétrique et de gynécologie des instituts médicaux supérieurs, etc.) où, si la femme enceinte ne peut être transportée jusqu'à l'établissement approprié, sans un hospitalisation, par le mode d'or médecin spécialiste de ces établissements. Dans les pays scandinaves légalisation, l'interruption de grossesse ne peut normalement avoir lieu que dans des hôpitaux officiels ou spécialement agréés.

Déclaration et formalités d'enregistrement des cas d'interruption de grossesse

La législation relative à l'interruption de la grossesse prévoit le plus souvent l'obligation pour le médecin qui pratique l'intervention d'avoir à déclarer tant les cas d'avortements effectués dans les conditions légales que ceux, déjà déclenchés, et qu'il présume être le résultat de manœuvres criminelles.

Aux États-Unis d'Amérique, l'obligation de la déclaration des cas d'avortements légaux ne se retrouve toutefois que dans certains États seulement[28]. Ainsi dans l'État du Maryland, la loi du 25 mars 1968 prévoit que cette formalité incombe au conseil d'administration de l'hôpital (hospital board) qui doit déclarer chaque année à la Joint Commission on Accreditation of Hospitals et au State Board of Health le nombre de demandes d'avortement, d'autorisations et d'interventions pratiquées, ainsi que les indications ayant justifié les autorisations accordées. Ces informations n'ont pas un caractère confidentiel (privileged), mais ne doivent pas mentionner le nom de la patiente. Dans l'État de Georgie, les dossiers relatifs aux consultations, aux formulaires de consentement et aux certificats d'avortement doivent être communiqués au Department of Public Health et être conservés par l'hôpital. Le refus d'accomplissement de cette formalité faisant considérer l'intervention comme criminelle.

Au Japon, tout médecin qui pratique des opérations de stérilisation ou d'avortement doit communiquer chaque mois au gouverneur territorialement compétent un rapport des interventions effectuées avec l'indication des motifs qui en ont justifié l'exécution.

En France, pour ce qui est des cas légaux d'avortement thérapeutique, un protocole de la décision prise par le médecin et les deux médecins consultants, n'indiquant pas le nom de l'intéressée, doit être adressé au Président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins au tableau duquel figurent ces praticiens consultants; dans les autres cas le médecin ou la sage-femme qui intervient à l'occasion d'un avortement est relevé du secret professionnel et doit en avertir dans les 48 heures l'autorité sanitaire.

Au Royaume-Uni, le certificat relatif à l'avis donné par les deux médecins qui recommandent l'intervention doit être conservé pendant trois ans par le praticien qui procède à l'interruption de grossesse; en outre, ce dernier médecin doit, dans les sept jours qui suivent l'opération, en faire la déclaration accompagnée des renseignements prescrits au Chief Medical Officer du Ministère de la Santé, en se servant de la formule réglementaire.

En Suisse, dans le Canton de Genève, le collège constitué par les médecins autorisés à donner leur concours prévu par la loi doit présenter, une fois par mois, un rapport sur les activités dans ou sur le combat des avortements accomplis ou refusés, par chacun des médecins autorisés, avec indication de motifs, et de l'origine des personnes examinées.

La Turquie, en cas d'examen par la commission de l'interruption de la grossesse et de stérilisation doivent être entreprises et les interventions pratiquées ainsi que les motifs en ayant suscitées doivent être déclarés dans les trois mois au Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale; en cas d'intervention urgente prévue à l'article 5 de la Décision du 12 juin 1967, (hémorragie utérine anormale, formes très particulières de toxémie gravidique, affections risquant de mettre en danger la vie de la mère, etc.) le médecin qui procède à l'opération doit en aviser la direction provinciale du Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale (ou éventuellement les centres médicaux), soit avant son exécution soit dans les 24 heures qui suivent, avec l'indication des motifs.

En Bulgarie, aux termes de l'Instruction N° 188 de 1968, les commissions chargées d'autoriser l'interruption de la grossesse inscrivent dans un registre spécial, notamment, le nom de la femme enceinte, son âge et son adresse, la durée de la grossesse, les motifs qui justifient l'intervention, la décision motivée qui a été prise, le lieu où l'intéressée a été dirigée pour l'exécution de l'opération, etc... la décision doit être signée par les trois médecins de la commission et le registre doit être conservé comme document officiel soumis au secret professionnel et dont la communication ne peut être donnée qu'aux personnes légalement habilitées. Cette même instruction contient en outre de nombreuses dispositions visant la répression des avortements criminels et prévoit qu'il incombe tant à la Direction de Thérapeutique et de Propylaxie du Ministère de la Santé publique et de la Prévoyance sociale qu'aux sections de santé publique et de prévoyance sociale attachées aux conseils populaires ainsi qu'aux médecins chefs et aux directeurs de services d'obstétrique et de gynécologie ou aux directeurs des centres de prévoyance sociale de rechercher toute intervention criminelle en cas d'avortement entrepris ou mené à terme en dehors d'un établissement médical et de recueillir les renseignements détaillés et précis de l'anamnèse, de déposer grâce à un examen approprié dans chaque cas d'avortement les indices d'interruption artificielle de la grossesse et de faire inscrire de manière détaillée chaque cas d'avortement entrepris ou effectué en dehors d'un établissement médical, dans le dossier clinique, au moment de l'admission hospitalière de la femme avortée. En outre, en cas de présomption d'avortement criminel, établie d'après les données cliniques du cas, le médecin de garde en informe sans délai par téléphone

le parquet compétent ou le service le plus proche du Ministère de l'Intérieur, la direction de l'établissement adressant par ailleurs un rapport écrit au Ministère de l'Intérieur, à la section de santé publique du conseil populaire d'arrondissement ainsi qu'au service de prévoyance sociale; les travailleurs sanitaires des services de consultations pour femmes ont la même obligation lorsqu'ils apprennent ou établissent l'existence d'une intervention criminelle visant à provoquer un avortement. Les sections de santé publique des conseils populaires d'arrondissement ont le droit de faire procéder à la fermeture des cabinets privés des médecins fautifs pour une durée minimum d'un an et peuvent proposer au Ministère de la Santé publique et de la Prévoyance sociale la suspension de leur droit d'exercer pendant une durée déterminée; les médecins fonctionnaires s'exposent par ailleurs à diverses peines à caractère disciplinaire.

En Hongrie, les établissements hospitaliers sont également tenus de fournir périodiquement des états des interruptions de grossesse qui y sont pratiquées et doivent en outre conserver les autorisations d'interruption de grossesse comme annexe aux dossiers médicaux correspondants. Les commissions chargées d'autoriser les interruptions de grossesse doivent adresser chaque année un rapport de leurs activités au médecin principal du département, du chef-lieu de département ou de la capitale.

En Pologne, les établissements publics du service de santé, les commissions médicales ainsi que les médecins qui délivrent des certificats relatifs à des interruptions de grossesse à effectuer en dehors d'un établissement public du service de santé doivent tenir registre des interventions exécutées. En outre, tout médecin qui procède à des interruptions de grossesse en dehors d'un établissement public du service de santé doit, tout en maintenant le secret professionnel, tenir un fichier médical des interventions pratiquées contenant une brève description de chaque cas ainsi que les renseignements personnels et l'adresse des femmes qui les ont subies, les fiches individuelles devant être conservées pendant dix ans; il lui incombe par ailleurs d'adresser à la section sanitaire du présidium du conseil populaire d'arrondissement un rapport trimestriel relatif au nombre des interventions pratiquées, avec mention des cas où lui-même a établi la nécessité de l'opération ainsi que des cas où cette décision a été prise par d'autres médecins.

En Roumanie, les hôpitaux et services d'obstétrique et de gynécologie constituent, pour les femmes devant subir une interruption de grossesse, le même dossier que pour les malades hospitalisés et tiennent un registre spécial relatif aux cas d'interruption artificielle de la grossesse et un fichier relatif à ces interventions. Par ailleurs, les spécialistes en obstétrique et gynécologie ou les chirurgiens qui procèdent à une interruption de la grossesse d'extrême urgence doivent, si possible avant l'intervention ou sinon dans les 24 heures qui suivent son exécution, en faire la déclaration à la fois par téléphone et par écrit au procureur de l'arrondissement ou de la ville; ils doivent en outre noter sur la feuille d'observation les constatations qui ont été faites quant à l'existence d'indices de manœuvres abortives.

Dans les pays scandinaves également, les interventions pratiquées

par les médecins doivent être déclarées aux services de santé publique. En Finlande par exemple, l'Ordonnance du 29 mai 1970 qui porte application de la Loi du 24 mars 1970, prévoit que les médecins qui ont procédé à l'interruption de la grossesse doivent informer la Direction de la Santé publique, dans un délai d'un mois, des mesures appliquées, tous les dossiers concernant le cas devant être soigneusement conservés dans les archives de l'hôpital sous la responsabilité du médecin chef; lorsque l'intervention est pratiquée par un médecin agréé, sans qu'il soit tenu compte de certaines règles prescrites en raison de l'urgence, la notification à la Direction de la Santé publique doit être accompagnée de toutes les pièces concernant le cas. En Norvège, les procès-verbaux relatifs aux autorisations ou aux refus d'autorisation des interruptions de grossesse doivent être conservés par les hôpitaux ou les cliniques pendant au moins dix ans et doivent être envoyés, sur demande, à la Direction de la Santé publique ou au médecin départemental; à la fin de chaque année, ces hôpitaux ou cliniques doivent adresser au médecin départemental un rapport précisant le nombre total des interventions effectuées (avec classement selon la nature des indications les ayant justifiées), le nombre de demandes d'interruption de grossesse qui ont été refusées, le nombre de cas d'interventions autorisés ou refusés qui avaient déjà été examinés par d'autres médecins et le nombre de cas qui ont dû, conformément à la loi, être traités d'urgence. Le médecin départemental transmet ces renseignements, également chaque année, à la Direction de la Santé publique, accompagnés d'un rapport sur le nombre total de demandes reçues en vue d'un nouvel examen de la question (avec indication du nombre de celles qui ont été admises) et sur le nombre total de cas qui, en vertu de la loi, ont été soumis à l'accord du médecin départemental avec mention de ceux pour lesquels ce fonctionnaire a donné cet accord.

Dispositions applicables aux étrangères dans les pays ayant adopté une législation libérale de l'avortement

Les pays qui ont adopté une législation libérale de l'interruption de la grossesse doivent faire face au problème que pose l'accueil des ressortissantes étrangères et doivent se prémunir contre le danger de devenir des centres d'avortement systématique. La même situation peut se retrouver dans les pays à structure fédérale où la législation est plus ou moins libérale d'un Etat à l'autre. Aux Etats-Unis d'Amérique, les Etats d'Alaska et d'Hawaii, par exemple, prévoient à cet égard que l'avortement ne peut être effectué que sous réserve que l'intéressée ait résidé au moins pendant 30 jours et 90 jours dans leur territoire respectif; par ailleurs dans l'Oregon les dispositions de la Loi de 1969 ne sont applicables qu'aux personnes résidant dans l'Etat. En Australie méridionale l'intéressée doit (sauf s'il s'agit d'une intervention d'urgence) avoir résidé dans l'Etat pendant au moins 2 mois. En Suisse, bien que l'interprétation de la législation puisse varier d'un canton à l'autre, on ne constate aucune mesure restrictive concernant les citoyennes suisses mais des dispositions spéciales demeurent néanmoins applicables aux ressortissantes étrangères. Ainsi

dans le Canton de Genève le Règlement du 26 janvier 1960 a complété le Règlement du 12 décembre 1953 notamment par des dispositions prévoyant l'institution d'une commission de pré-expertise chargée d'examiner le cas des étrangères non domiciliées en Suisse ou qui y sont domiciliées depuis moins de trois mois. Cette commission donne ou refuse elle-même l'avis conforme ou, si la demande pose un problème d'ordre médical qui ne peut être tranché immédiatement, remet à la personne sollicitant l'interruption de la grossesse une formule l'autorisant à se rendre chez un médecin habilité à donner l'avis conforme dans la spécialité adéquate et qui donnera ou refusera cet avis. Dans le Canton de Vaud, un Arrêté du 4 janvier 1956 qui a modifié l'Arrêté du 12 novembre 1954 prévoit que le médecin consulté en vue de l'interruption de la grossesse par une étrangère résidant en Suisse depuis moins de trois mois doit aussitôt annoncer ce cas au médecin cantonal qui saisit la commission consultative et de recours, seule compétente pour donner l'avis conforme à ces étrangères.

En Bulgarie, l'interruption de la grossesse chez les ressortissantes étrangères est autorisée : 1° en cas d'indications médicales; 2° en cas d'autres indications lorsque les intéressées sont ressortissantes de pays avec lesquels existe une convention sanitaire et dans lesquels l'interruption de la grossesse est également autorisée sur indications non médicales; 3° conformément au régime applicable aux ressortissantes bulgares lorsqu'il s'agit d'étrangères vivant et séjournant en Bulgarie. En Hongrie et en Pologne, où la législation en matière d'avortement est particulièrement libérale, aucune disposition ne semble traiter spécialement du cas des étrangères et on peut en conclure que le régime applicable à ces dernières est le même que celui des ressortissantes de ces pays. En Tchécoslovaquie, la législation en vigueur étend le régime applicable aux ressortissantes nationales aux étrangères ayant effectué un séjour de longue durée dans le pays, mais est par contre assez restrictive à l'égard des autres ressortissantes étrangères pour lesquelles l'autorisation d'interruption de la grossesse ne peut être donnée que pour des motifs strictement médicaux. En outre, les étrangères doivent être averties, dans tous les cas, qu'elles peuvent s'exposer à des poursuites pénales à leur retour dans leur pays d'origine lorsque celui-ci n'autorise pas l'interruption de la grossesse.

En Suède, où la législation ne fait pas théoriquement de distinction entre les Suédoises et les ressortissantes étrangères, ces dernières ne peuvent toutefois dans la pratique obtenir que très rarement l'autorisation d'interruption de leur grossesse. Cette situation s'explique par le fait qu'il n'est souvent pas possible, comme pour les ressortissantes suédoises, de procéder à l'enquête médico-sociale exigée par la loi[12]. La nouvelle loi danoise du 24 mars 1970 fait par contre une distinction explicite entre les femmes domiciliées au Danemark (qui peuvent subir un avortement sur la base de l'ensemble des indications prévues) et les autres femmes (qui ne sont autorisées à subir une interruption de grossesse qu'en cas d'indications médicales à caractère grave).

Législation applicable dans les diverses zones géographiques du monde

Afrique

La plupart des nouveaux États africains ont conservé, en matière d'avortement, la législation qui avait été introduite par le pays colonisateur. Il en résulte que, le plus souvent, seul demeure pratiquement autorisé l'avortement thérapeutique visant à sauvegarder la vie de la femme enceinte. A cet égard, Akinla [3,4] relève que l'adoption au Royaume-Uni en 1967 d'une législation plus libérale n'a pas encore influencé les dispositions législatives des pays africains de langue anglaise; ces derniers maintiennent en effet toujours en vigueur les dispositions relatives à l'avortement de l'« Offences against the Person Act » de 1861.

Il en est de même pour les pays francophones qui ont souvent conservé la législation relative à l'avortement telle qu'elle résulte des dispositions du Code pénal, du Code de la Santé publique et du Code de déontologie médicale français. C'est ainsi que, en *Côte d'Ivoire*, l'article 37 de la Loi N° 62.248 du 31 juillet 1962 instituant un Code de déontologie médicale reprend les dispositions de l'article 38 du Code de déontologie français (dont une analyse est donnée p. 502). Il en est de même au *Sénégal* avec les dispositions de l'article 35 du Décret du 10 février 1967. L'*Algérie* de son côté, dans son Code pénal édicté par l'Ordonnance N° 66-156 du 8 juin 1966, prévoit toujours que l'avortement n'est en aucun cas autorisé, sauf lorsqu'il constitue une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger et qu'il est ouvertement pratiqué par un médecin ou chirurgien après avis donné par lui à l'autorité administrative. D'autres pays se sont cependant écartés de la législation française; c'est le cas du Cameroun, du Maroc et de la Tunisie.

Au *Cameroun*, l'article 339 du Code pénal institué par la Loi du 12 juin 1967 prévoit que les sanctions prévues en cas d'avortement ne sont pas applicables si les faits sont accomplis par une personne habilitée et justifiés par la nécessité de sauver la femme enceinte d'un péril grave pour sa santé. D'autre part, lorsque la grossesse résulte d'un viol, l'avortement médical ne constitue pas une infraction s'il est effectué après attestation du Ministère public sur la matérialité des faits.

Au *Maroc*, un Décret royal en date du 1er juillet 1967 a abrogé le Dahir du 10 juillet 1939 réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. Ce même décret a modifié les dispositions de l'article 453 du Code pénal qui prévoit désormais que l'avortement n'est pas puni lorsqu'il constitue une mesure nécessaire pour sauvegarder la santé de la mère et qu'il est ouvertement pratiqué par un médecin ou un chirurgien avec l'autorisation du conjoint. Par ailleurs, si le praticien estime que la vie de la femme enceinte est en danger, cette autorisation n'est pas exigée, avis devant toutefois en être donné par lui au médecin

chef de la préfecture ou de la province. A défaut de conjoint, ou lorsque le conjoint refuse de donner son consentement ou qu'il en est empêché, le médecin ou le chirurgien ne peut procéder à l'intervention chirurgicale ou employer une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse qu'après avis écrit du médecin chef de la préfecture ou de la province attestant que la santé de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'un tel traitement.

Quant à la *Tunisie*, la Loi du 1er juillet 1965 relative à l'avortement précise que, aux termes du nouvel article 214 du Code pénal qui prévoit les peines réprimant l'avortement, l'interruption artificielle de la grossesse est toutefois autorisée lorsqu'elle est pratiquée dans les trois premiers mois et lorsque les deux époux ont au moins cinq enfants vivants. L'intervention peut également être pratiquée lorsque la santé de la mère risque d'être compromise par la continuation de la grossesse. Les interventions ne peuvent être pratiquées que dans un établissement hospitalier ou dans une clinique autorisée, et par les médecins exerçant légalement leur profession.

Toujours en Afrique, l'*Ethiopie* occupe une place à part puisqu'elle a adopté en matière d'avortement, dans son Code pegal en date du 23 juillet 1957, des dispositions qui s'inspirent de celles du Code pénal suisse. Les prescriptions applicables à l'interruption thérapeutique de la grossesse sont contenues dans les articles 534 et 536 de ce code qui sont reproduits ci-après :

« **534.** *Interruption thérapeutique de la grossesse :* 1. L'interruption thérapeutique de la grossesse n'est pas punissable lorsqu'elle a lieu pour sauver la personne enceinte d'un danger grave et permanent menaçant sa vie ou sa santé et qu'il est impossible de détourner autrement, à condition qu'elle soit pratiquée en respectant les exigences légales suivantes: 2° sauf impossibilité, ce danger doit avoir été reconnu et attesté par écrit par un médecin autorisé à pratiquer en Ethiopie, après examen de l'état de santé de la requérante; 3° l'interruption sera subordonnée : *a*) aux constatations et à l'avis conforme, après mise en observation préalable au besoin, d'un second médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de santé allégué de la femme enceinte, et habilité par l'autorité compétente, d'une manière générale ou de cas en cas, à délivrer l'autorisation nécessaire; *b*) au consentement dûment établi, donné par la femme enceinte ou, si elle en est incapable, d'après les dispositions de droit civil ou du fait de son état physique, par ses parents les plus proches ou son représentant légal; 4° le médecin pratiquant l'interruption ne peut tourner ces conditions à sa réclamation. Le devoir professionnel (art. 65) s'il y procède en dehors des garanties légales, les dispositions sur l'avortement lui sont applicables.

.....

536. *Cas d'urgence :* 1° En cas de danger grave et imminent ne pouvant être écarté que par une intervention immédiate, les dispositions sur l'état de nécessité sont applicables (art. 71). 2° Le consentement préalable de la femme enceinte ou, à son défaut, de ses proches ou de son représentant légal, lorsqu'il est possible, ... restent exigés ... »

Amérique

Pays latino-américains

Quelques pays latino-américains ne prévoient toujours pas, soit dans leur code pénal soit dans toute autre législation appropriée, de circonstances où l'interruption de la grossesse n'est pas punissable et excluent donc même la notion d'avortement thérapeutique. C'est le cas par exemple en *République Dominicaine* où la Loi N° 1690 du 19 avril 1948 relative à l'avortement, et qui porte nouvelle rédaction de l'article 317 du Code pénal, ne prévoit aucune dérogation à cet égard. De même en *Colombie* le Décret du 23 septembre 1954 portant promulgation du Code de déontologie médicale précise, dans son article 80, que le médecin ne peut prescrire ni exécuter aucun acte tel que l'avortement, l'euthanasie ou l'emploi de méthodes anticonceptionnelles tendant, de manière directe ou délibérée et quelle que soit la fin poursuivie, à détruire la vie humaine. Le Code pénal de ce dernier pays, adopté par Décret en date du 14 septembre 1936, prévoit toutefois, dans son article 389, que lorsque l'avortement a été provoqué pour sauvegarder l'honneur de la femme (mère, conjointe, descendante, fille adoptive ou sœur), la sanction normalement applicable peut être réduite aux deux tiers ou même, qu'une exemption de peine [pardon judicial] peut être accordée.

Une grande partie des pays latino-américains autorisent cependant l'interruption de la grossesse généralement lorsqu'il y a lieu de sauvegarder la vie de la mère ou de préserver sa santé ou lorsque la grossesse résulte d'un acte tombant sous le coup du Code pénal (notamment en cas de viol). Les indications d'ordre médico-social, d'ordre eugénique (sauf à Cuba) ou d'ordre social (sauf dans une certaine mesure en Uruguay) demeurent toutefois exclues. Ainsi en *Argentine*, aux termes de l'article 86 du Code pénal, qui a été modifié en dernier lieu par une loi en date du 6 décembre 1967, l'avortement pratiqué par un médecin diplômé avec le consentement de la femme enceinte n'est pas punissable : 1° s'il a été effectué en vue d'éviter un danger grave pour la vie ou la santé de la mère et si ce danger ne peut être évité par d'autres moyens; 2° si la grossesse résulte d'un viol pour lequel une action pénale a été engagée (si la victime du viol est une mineure ou une femme atteinte d'arriération mentale ou de maladie mentale, le consentement de son représentant légal étant exigé). Au *Brésil* le Décret-Loi N° 2848 du 7 décembre 1940 prévoit que n'est pas punissable l'avortement pratiqué par un médecin : 1° s'il n'y a aucun autre moyen de sauver la vie de la femme enceinte; 2° lorsque la grossesse résulte d'un viol, sous réserve que l'intervention se fasse avec le consentement de l'intéressée ou, si elle est incapable, de son représentant légal. D'après Rodrigues-Lima,[80] la décision autorisant l'avortement thérapeutique ne peut être prise que par une commission de trois médecins réunis en consultation par le médecin traitant, une déclaration écrite devant être signée par ces trois praticiens; en cas d'urgence le médecin traitant peut toutefois pratiquer l'avortement de sa propre initiative mais est tenu d'adresser un rapport confidentiel au conseil régional de médecine compétent. Au *Chili*,

572

le Décret du 11 décembre 1967 portant publication du Code sanitaire prévoit que la grossesse ne peut être interrompue que dans un but thérapeutique, l'avis motivé de deux médecins étant exigé pour qu'il soit procédé à cette intervention.* Dans ce dernier pays le taux d'avortements thérapeutiques pour la ville de Santiago est estimé à seulement un cas pour 5000 accouchements.[111] Au *Costa Rica* l'article 199 du Code pénal du 21 août 1941 précise que l'avortement pratiqué par un médecin n'est pas punissable s'il a été exécuté afin d'éviter un danger pour la vie ou la santé de la mère ne pouvant être éliminé par d'autres moyens, sous réserve que deux autres médecins aient été préalablement consultés. A *Cuba*, aux termes du Code de Défense sociale entré en vigueur en date du 10 octobre 1938, l'avortement ne tombe pas sous le coup des dispositions du Code pénal lorsqu'il s'impose pour sauvegarder la vie de la mère ou pour éviter un grave danger pour sa santé, lorsque la grossesse résulte de certains délits, notamment d'un viol, et enfin pour éviter la transmission au fœtus d'une maladie héréditaire ou contagieuse à caractère grave. En *Equateur*, l'article 423 du Code pénal du 22 mars 1938 prévoit que l'avortement pratiqué par un médecin, avec le consentement de la femme enceinte (ou si elle n'est pas en état de donner ce consentement, avec l'accord de son mari ou des membres proches de sa famille) n'est pas punissable : 1° s'il a été exécuté pour éviter un danger pour la vie ou la santé de la mère qui ne peut être éliminé par d'autres moyens; et 2° lorsque la grossesse résulte d'un viol ou de rapports sexuels illégaux avec une femme atteinte d'arriération mentale ou de maladie mentale (sous réserve dans ce dernier cas du consentement de son représentant légal). Au *Honduras*, le Décret du 25 juin 1964 portant loi organique de l'Ordre des Médecins interdit formellement au médecin de procéder à l'interruption de la grossesse, à quelque stade que ce soit de son évolution, sauf lorsque l'intervention est indiquée pour des raisons thérapeutiques. Cette intervention ne peut être pratiquée qu'avec le consentement de la patiente, de son conjoint ou du parent le plus proche, une commission de médecins devant en outre autoriser et attester par écrit la nécessité absolue d'interrompre la grossesse. Par ailleurs, il ne sera procédé à cette opération qu'après avoir épuisé tous les moyens susceptibles de préserver la santé de la mère sans nuire à la vie du fœtus. Au *Mexique*, l'article 333 du Code pénal du 13 août 1931 prévoit que n'est pas punissable l'avortement lorsque la grossesse résulte d'un viol; l'article 334 de ce même code prévoit par ailleurs qu'aucune sanction ne sera appliquée lorsque le médecin traitant de la femme enceinte aura jugé que la poursuite de la grossesse risque de mettre sa vie en danger, l'avis d'un autre médecin devant (si possible et sauf cas d'urgence) être pris. Au *Paraguay*, aux termes de l'article 352 du Code pénal du 18 juin 1914, aucune responsabilité n'est retenue contre les praticiens qui ont procédé à un avortement dans le but de sauver la vie de la mère mise en danger par la grossesse ou par l'accouchement. Au *Pérou*, conformément aux dispositions du Décret-Loi du 18 mars 1969 portant promulgation du Code sanitaire, l'avortement thérapeutique est

* Une proposition de loi qui devrait permettre l'avortement sur indications socio-économiques a été soumise au Parlement chilien; toutefois d'après Avendaño [8] son adoption semble peu probable.

seulement autorisé lorsqu'il est indiscutablement prouvé qu'il existe une atteinte à la santé pouvant entraîner la mort du produit de la conception ou celle de la mère et sous réserve que deux médecins consultants aient émis un avis favorable. Ce même code précise par ailleurs qu'est interdit l'avortement thérapeutique fondé sur des motifs d'ordre moral, social ou économique, de même que comme moyen de régulation des naissances. En *Uruguay* l'article 328 (relatif aux circonstances atténuantes et aux exemptions de peines en matière d'avortement) du Code pénal, dans ses termes tels que par la Loi n° 9763 du 24 janvier 1938, précise que : 1° si le délit a été commis pour sauvegarder le propre honneur (de la femme) ou celui de l'épouse ou d'une parente proche, la peine sera diminuée d'un tiers à la moitié, le juge pouvant, en cas d'avortement consenti et après avoir examiné les faits, accorder une exemption totale de la peine encourue; 2° si l'avortement est commis sans le consentement de la femme, afin d'interrompre une grossesse résultant d'un viol, la peine sera diminuée d'un tiers à la moitié, aucune sanction n'étant appliquée s'il est pratiqué avec le consentement de l'intéressée; 3° si l'avortement est commis sans le consentement de la femme, pour des motifs graves de santé, la peine sera diminuée d'un tiers à la moitié et s'il est pratiqué avec le consentement de la femme ou en vue de sauvegarder sa vie, la réduction de la peine peut aller jusqu'à son exemption totale; 4° dans le cas où l'avortement est commis sans le consentement de la mère, en raison de préoccupations d'ordre économique [angustia económica], le juge peut, diminuer la peine d'un tiers à la moitié et, si l'intervention a eu lieu avec le consentement de l'intéressée, aller jusqu'à une exemption de la peine; 5° tant l'atténuation de peine que son exemption ne peuvent être prononcées que si l'avortement est pratiqué par un médecin dans les trois mois qui suivent la conception (ce délai n'entre pas en ligne de compte dans les cas visés au point 3° ci-dessus). Enfin au *Venezuela* l'article 435 du Décret du 22 juin 1964 portant code pénal contient une réserve prévoyant que ne s'exposera à aucune peine le médecin qui aura provoqué l'avortement comme moyen indispensable pour sauver la vie de la femme enceinte.

Etats-Unis d'Amérique

Le nombre d'études et d'articles traitant du problème de l'avortement aux Etats-Unis a atteint des proportions considérables et continuera sans nul doute à s'accroître dans les mois à venir par suite des modifications de la législation introduites dans un nombre toujours plus grand d'Etats. Des opinions extrêmes ont été exprimées à ce sujet, la position la plus radicale étant celle qui vise à l'abrogation complète de toutes dispositions réprimant l'avortement.[80,82,114] La tendance qui s'est manifestée le plus récemment est celle qui envisage de laisser la question de l'avortement à la seule décision du médecin et de la femme enceinte. Une législation de l'avortement tenant compte de ce principe vient d'être adoptée en fait dans les Etats d'Alaska, d'Hawaii et de New York.

Dans une analyse historique récente des lois relatives à l'avortement aux Etats-Unis, Lucas [68] fait remarquer qu'à l'époque de la ratification

de la Constitution des Etats-Unis et pendant plusieurs décades ultérieures, il n'existait aucune interdiction légale de l'interruption de la grossesse avant la manifestation des premiers mouvements du fœtus. A partir du début du deuxième tiers du 19e siècle intervint un changement d'attitude apparemment dû, pour une bonne part, à la nécessité de lutter contre les agissements des avorteurs clandestins et contre les dangers que présentait à l'époque toute forme d'intervention chirurgicale.[81] Quatre Etats (Louisiane, Massachusetts, New Jersey et Pennsylvanie) avaient édicté, à l'origine, une législation ne prévoyant aucune exception à l'interdiction de la pratique de l'avortement, à quelque stade que ce soit de la grossesse. Jusque récemment l'avortement était admis, dans 46 Etats et dans le District de Columbia, s'il y avait lieu de préserver ou de sauvegarder la vie de la mère. Dans certains de ces Etats, l'intervention était également autorisée pour « prévenir un dommage physique grave et permanent » (Colorado et Nouveau-Mexique) ou pour protéger la santé de la mère (District de Columbia et Nouveau-Mexique). Lucas signale toutefois que ni les lois en vigueur ni la jurisprudence n'ont prévu de définitions exactes d'expressions telles que « préserver la vie » et « santé ».

Les dispositions relatives à l'avortement du « Model Penal Code » préparé par l'American Law Institute en 1959[80] puis, sous une forme quelque peu modifiée, en 1962,[81] ont joué un rôle important dans la réforme de la législation relative à l'interruption de la grossesse. Ces dispositions visent à autoriser la pratique de l'avortement (par un médecin) lorsque : 1° il existe un danger pour la santé physique ou mentale de la femme; 2° la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste; et 3° il est probable que l'enfant à naître serait atteint d'arriération mentale ou d'une malformation physique. En 1967, l'Association médicale américaine[82] s'est prononcée en faveur d'une politique de l'avortement thérapeutique se fondant sur les dispositions précitées du Model Penal Code. Le premier Etat qui ait édicté une législation s'inspirant de ces dispositions est le Colorado (où le projet a été adopté comme loi en date du 25 avril 1967).[81,186] Par la suite plusieurs autres Etats, dont la Californie, la Caroline du Nord, le Maryland, le Kansas et la Georgie, ont édicté une législation similaire avec toutefois certaines divergences par rapport au texte du Model Penal Code, par exemple en ce qui concerne les indications justifiant l'avortement ou la terminologie utilisée dans les dispositions y relatives.[83] Ainsi, en Californie, la Loi de 1967 sur l'avortement thérapeutique ne prévoit aucune indication d'ordre eugénique justifiant cette intervention. La notion d'indication médicale intervient lorsqu'« il y a un risque sérieux que la continuation de la grossesse compromettrait gravement la santé physique ou mentale de la mère ». Bien qu'une définition des termes « santé mentale » soit donnée, lorsqu'ils sont utilisés dans ce contexte, Overstreet[84] rapporte que l'interprétation précise à donner à cette clause continue à présenter des difficultés considérables.

Afin de prévenir le risque que leur territoire ne devienne des « usines à avortements » [abortion mills] ou des « refuges à avortements » [abortion rescas] certains Etats tels que l'Arkansas, la Caroline du Nord et la Georgie ont imposé des conditions de résidence aux personnes qui, par ailleurs,

remplissent les exigences requises pour subir un avortement thérapeutique. La durée minimum de résidence dans l'Arkansas et en Caroline du Nord est de quatre mois, tandis qu'en Georgie l'intéressée doit être une « résidente légale *bona fide* » de l'Etat. Bien que la législation du Colorado n'impose aucune condition de résidence, il résulte de la situation de fait que « peu de personnes étrangères à l'Etat sont admises en vue de subir un avortement dans les hôpitaux du Colorado ».[186] Le nombre total des avortements légaux dans cet Etat, en 1968, s'est élevé en fait à 476 cas seulement.[86]

Une durée limite de grossesse au-delà de laquelle l'avortement thérapeutique ne peut avoir lieu est prescrite dans certains Etats. En Californie par exemple, l'interruption de la grossesse ne peut être pratiquée au-delà de la 25e semaine de grossesse. Au Colorado, une durée limite (de 16 semaines) est imposée seulement dans les cas où la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste. Dans un certain nombre d'Etats (par exemple Delaware), la durée limite de grossesse n'est pas prise en considération lorsque la vie de la mère est en danger ou lorsque le fœtus est mort. D'autres Etats (tels la Georgie et le Kansas) n'imposent aucune durée limite légale de grossesse pour la pratique de l'avortement thérapeutique.

En ce qui concerne les formalités à suivre pour l'obtention de l'autorisation de l'avortement, plusieurs Etats ont adopté la disposition du Model Penal Code qui précise que l'agrément définitif doit être accordé par une commission ou un comité d'hôpital spécialement désigné à cet effet. Au Colorado, la recommandation unanime d'une commission d'hôpital, constituée par au moins trois médecins, est exigée. La Loi en vigueur en Californie prévoit que le comité compétent doit comprendre au moins deux médecins, sauf si l'intervention envisagée doit avoir lieu au-delà de la 13e semaine de grossesse, auquel cas il sera constitué par trois médecins. Les décisions doivent être prises à l'unanimité lorsque le comité est de trois membres au maximum. Dans d'autres Etats, tels que le Kansas et la Caroline du Nord, trois médecins habilités doivent attester par écrit l'existence des motifs justifiant l'intervention, le certificat étant transmis à l'hôpital où l'avortement doit avoir lieu.

Les dispositions des lois précitées traitant des établissements où doivent être exécutées les interventions d'interruption de la grossesse et des formules de déclaration des cas d'avortements thérapeutiques ont été exposées par ailleurs (voir p. 477 et 478).

Dans un article publié récemment, Overstreet[85] estime le nombre total probable d'avortements thérapeutiques autorisés en Californie à environ 4100 par an (les données effectives pour 1968, citées par Russell et Jackson,[99] sont les suivantes : 5488 demandes; 5045 cas autorisés par les comités de l'avortement d'hôpital; 4865 avortements effectivement pratiqués). Ces données contrastent fortement avec le nombre des avortements criminels estimé par Fox à 100.000 cas par an en Californie, d'après une étude sur les décès dus aux avortements faite dans cet Etat en 1966.[99] Overstreet[85,88] est d'avis, pour cette raison, que la Loi de 1967 est inopérante en ce sens qu'elle n'a eu virtuellement aucune incidence sur la diminution du nombre de cas d'avortements criminels et souligne qu'en conséquence, la tendance en

faveur d'une libéralisation plus marquée et en particulier l'abrogation de toutes prescriptions légales relatives à l'avortement prend de plus en plus de force.

Un certain nombre d'Etats ont, au cours des années 1969 et 1970, adopté une législation de l'avortement qui est en fait plus libérale que celle qui se fonde sur les recommandations du Model Penal Code. La loi adoptée en 1969 dans l'Oregon présente un intérêt tout particulier en ce sens qu'elle prévoit des indications médico-sociales (sans préjudice d'indications purement médicales, eugéniques et morales). Pour déterminer s'il existe un risque sérieux pour que la continuation de la grossesse compromette fortement la santé physique ou mentale de la mère, le médecin peut en effet prendre en considération « les conditions d'ensemble du milieu [total environment] qui affectent la mère soit dans la situation présente soit de manière normalement prévisible ». La similitude de cette disposition (inspirée d'une recommandation de l'American College of Obstetricians and Gynecologists) avec les prescriptions correspondantes de la Loi de 1967 sur l'avortement du Royaume-Uni est manifeste. D'un caractère encore plus radicalement libéral sont les lois adoptées par les Etats de New York, d'Alaska et d'Hawaii (un texte similaire a en outre été approuvé par le Sénat et la Chambre des Représentants de l'Etat de Washington et doit être soumis à un vote populaire en novembre 1970). La loi de New York qui est entrée en vigueur le 1er juillet 1970 spécifie simplement que « l'intervention d'avortement est justifiable lorsqu'elle est pratiquée, avec le consentement de la femme, par un médecin dûment habilité agissant : *a*) sur des présomptions fondées que cette intervention est nécessaire pour préserver la vie de l'intéressée; ou *b*) dans les 24 semaines qui suivent le début de sa grossesse. » La portée pratique de cette loi a été toutefois moins grande que ne le laissaient supposer ses dispositions, notamment en raison des limites fixées par les directives établies par le Département à la Santé de l'Etat (pour les 57 comtés situés hors de la ville de New York) et par la Société médicale de l'Etat. Des directives[a] qui limiteront certainement la portée de cette loi ont également été proposées pour la ville de New York.[69]

La loi de l'Alaska autorise l'avortement (défini comme « une opération ou un processus visant à interrompre la grossesse aussi longtemps que le fœtus n'est pas viable ») sous réserve qu'il soit pratiqué par un médecin ou chirurgien habilité, dans un hôpital ou autre établissement agréé, ou dans un hôpital exploité par l'Administration fédérale. Dans le cas de femmes non mariées de moins de 18 ans, le consentement du parent ou gardien est exigé. La femme doit avoir été domiciliée ou avoir été physiquement présente dans l'Etat au cours des 30 jours qui précèdent l'avortement. Des règlements d'application fixant les normes applicables aux établissements, à l'équipement, aux soins aux patientes, aux compétences professionnelles, etc., en rapport avec les interventions d'interruption de la grossesse, doivent être fixées par le State Medical Board.

[a] Ces directives qui traitent, en particulier, de la nature des installations médicales où les avortements peuvent être pratiqués et des conditions dans lesquelles ces interventions peuvent ou ne peuvent être autorisées sous forme ambulatoire devaient normalement entrer en vigueur en octobre 1970.

La définition de l'avortement donnée dans la loi d'Hawaii, entérinée le 11 mars 1970, est similaire à celle prévue par la législation de l'Alaska. Cette loi prévoit que l'avortement est légal sous réserve d'être pratiqué par un médecin ou chirurgien habilité ou par un médecin ou chirurgien ostéopathe habilité, dans un hôpital autorisé par le Département à la Santé ou dans un hôpital exploité par l'Administration fédérale. La femme doit avoir été domiciliée ou avoir été physiquement présente dans l'Etat pendant au moins une durée de 90 jours précédant immédiatement l'intervention.

Reflétant sans nul doute la position plus libérale de ces nouvelles lois, l'Association médicale américaine a maintenant admis le principe de directives plus souples pour régler l'attitude du médecin vis-à-vis de l'avortement. Une résolution[a] adoptée par la chambre des délégués de cette association, réunie à Chicago en juin 1970, précise simplement que les « avortements devraient être pratiqués seulement par un médecin habilité dans un hôpital accrédité conformément à la bonne pratique médicale et à la législation de l'Etat. Les seules réserves à envisager sont que deux médecins aient donné leur accord écrit à l'avortement et qu'aucune personne ni aucun hôpital ne soient tenus d'exécuter un acte quelconque contraire à la conscience médicale individuelle ou aux règles de déontologie. »[70]

Cet aperçu serait incomplet s'il n'était fait mention de décisions récentes de tribunaux déclarant inconstitutionnelle la législation des Etats relative à l'avortement.[66] Il y a lieu de signaler tout spécialement à cet égard l'affaire Belous (en 1969)[67] et l'affaire Barksdale (en 1970) en Californie, l'affaire Babbitz contre McCann *et al.* au Wisconsin (en 1970) et l'affaire Vuitch dans le District de Columbia (1969).[b] Goldmark remarque que la règle de droit émise lors de cette dernière affaire, qui laissait le District de Columbia dépourvu de toute législation permettant de réprimer l'avortement, sera vraisemblablement soumise à la Cour suprême des Etats-Unis et que, si elle était retenue, « toutes prescriptions légales relatives à l'avortement dans les 50 Etats et dans le District de Columbia seront déclarées inconstitutionnelles et que la femme américaine se trouverait libérée des chaînes de la grossesse non désirée ».[26]

Canada

Comme le relève Ledermann,[62] à la différence de l'« Offences against the Person Act » de 1861 du Royaume-Uni qui interdisait la pratique « illégale » de l'avortement, l'article correspondant (article 237) du Code criminel du Canada de 1953-54 (jusqu'à sa modification introduite par la Loi de 1968-69 modifiant le droit pénal) ne prévoyait, ni explicitement, ni implicitement, de cas où l'avortement pouvait être légal. Par voie de conséquence, il n'existait aucun motif de considérer le précédent de juris-

[a] Pour le texte complet de cette résolution voir *J. Amer. med. Ass.*, 1970, 213, 339.

[b] Les raisons essentielles qui ont fait déclarer inconstitutionnelles les lois de certains Etats relatives à l'avortement sont les suivantes : *a*) des expressions telles que « nécessaire pour préserver sa vie [de la femme] » ou « nécessaire pour la préservation de la vie ou de la santé de la mère » sont d'une signification inconstitutionnelle; *b*) le droit fondamental de la femme de porter ou non des enfants est un droit à caractère privé que restreignent les dispositions légales en question; *c*) le fait qu'un pouvoir de décision soit délégué à une personne désignée nommément dans l'affaire constitue une violation du Quatorzième Amendement à la Constitution des Etats-Unis.

prudence créé à l'occasion de l'affaire « Bourne » comme applicable au Canada et comme le précise cet auteur il n'existait « aucune approbation légale de l'avortement sur indication thérapeutique », bien que dans la pratique les autorités chargées de l'exécution des lois n'aient pas engagé de poursuites contre les médecins qui pratiquaient un avortement pour des raisons médicales valables confirmées par leurs confrères. D'après des données signalées par Katz en 1968,[35] le nombre d'avortements illégaux au Canada était estimé à 50.000 par an.

Une réforme radicale de la législation de l'avortement a été introduite en 1969 avec la promulgation de la loi de 1968-1969 modifiant le droit pénal. L'article 18 de cette loi complète l'article 237 du Code criminel par des dispositions précisant que l'interdiction de la pratique de l'avortement (aux termes des paragraphes 1er et 2 dudit article) n'est pas applicable « à un médecin qualifié autre qu'un membre d'un comité de l'avortement de quelque hôpitals qui procède de bonne foi à un avortement dans un hôpital accrédité ou approuvé, sous réserve que le comité de l'avortement thérapeutique de cet hôpital ait par décision de la majorité de ses membres et après examen du cas, déclaré par certificat qu'à son avis la continuation de la grossesse de la femme mettrait ou mettrait probablement en danger la vie ou la santé de cette dernière ». Ce texte définit, comme il va de soi, les termes « hôpital accrédité », « hôpital approuvé » et « médecin qualifié » (qui désigne toute personne qui a le droit d'exercer la médecine en vertu des lois de la province dans laquelle est situé l'hôpital considéré) et « comité de l'avortement thérapeutique » d'un hôpital (à savoir un comité formé d'au moins trois médecins qualifiés nommés par le conseil de cet hôpital). Le consentement de la personne intéressée est naturellement exigé.

Dans un commentaire sur ces dispositions, le Ministre de la justice du Canada a précisé devant la Chambre des Communes que la nouvelle législation « n'impose nullement l'obligation pour un conseil d'hôpital d'avoir à créer un comité de l'avortement thérapeutique, ni pour un médecin d'avoir à procéder à un avortement, ni même le devoir de prendre l'initiative d'une demande au nom d'un malade ».[112]

Un éditorial publié en juillet 1970 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*[113] précise que l'adoption de nouvelles prescriptions légales ne met aucunement fin à la controverse qui entoure la question de l'avortement légal au Canada, notamment parce que « la législation actuelle peut prêter à des interprétations très variables et entraîner nombre d'injustices ». L'Association psychiatrique canadienne, lors de sa convention annuelle tenue à Winnipeg en juin 1970, a pris une initiative importante en exprimant l'opinion que la question de l'interruption de la grossesse ne devrait plus être couverte par les dispositions du Code criminel, et est devenue ainsi le premier organisme médical canadien à prendre position pour une solution « visant à ce que l'avortement devienne strictement un acte médical devant être décidé par la femme et son mari éventuel, conjointement avec le médecin ». Il est précisé que cette initiative a été prise « après la constatation du caractère inopérant que présente la législation en vigueur pour permettre de régler cet aspect de la souffrance humaine ».[114]

Il est intéressant de noter dans ce contexte que le Code de Déontologie revisé, dont l'entrée en vigueur est prévue dans un proche avenir, omet toute référence à l'avortement alors que le précédent code en vigueur le considérait comme une « violation de la loi [notamment le] Code criminel du Canada ».[115] Pour expliquer cette omission, le président du comité responsable de l'établissement du projet de nouveau texte a déclaré que « nous n'avons pas mentionné l'avortement car nous le considérons être une intervention chirurgicale pareille à toute autre ».

Asie

Dans la plupart des pays d'Asie pour lesquels des informations sont disponibles et en particulier les pays anciennement sous tutelle, la législation relative à l'avortement est très répressive, cette intervention demeurant punissable sauf si elle est pratiquée pour sauvegarder la vie de la mère. Une politique fondamentalement différente a toutefois été adoptée en 1948 au Japon, avec la promulgation de la Loi de protection eugénique et une réforme de la législation en vigueur est actuellement envisagée en Inde où un « projet de loi relatif à l'interruption médicale de la grossesse » a été soumis au Parlement en 1969. Une loi libérale sur l'avortement a été en outre adoptée en 1969 à Singapour.

Au *Cambodge*, l'article 459 du Code pénal promulgué par l'Ordonnance royale du 23 juillet 1934 prévoit que l'avortement n'est pas punissable s'il constitue une mesure nécessaire pour sauver la vie de la mère et s'il est pratiqué par un médecin qualifié après avis donné aux autorités communales. En République de *Corée* par contre, le Code pénal de 1953 ne prévoit aucun cas non punissable d'interruption thérapeutique de la grossesse. En effet, l'article 269 de ce code prévoit des peines aussi bien pour la femme qui, au moyen de médicaments ou de toute autre manière, se fait avorter que pour la personne qui lui procure l'avortement. L'article 270 prévoit des sanctions encore plus sévères à l'égard des médecins, des sages-femmes ou des pharmaciens qui auront pratiqué un avortement, sans préjudice du retrait temporaire de l'autorisation d'exercice de la profession.

Au *Pakistan*, on retrouve les mêmes dispositions qu'au Royaume-Uni avant 1967. L'article 312 du Code pénal de 1860 ne dérogeant en effet à l'interdiction générale de la pratique de l'avortement que lorsqu'il est effectué pour sauver la vie de la mère. Toutefois, d'après Awan,[9] il semble qu'en dépit de sa rigueur de la loi, un nombre considérable de femmes mariées aient recours à l'avortement illégal, probablement pour des motifs sociaux et économiques.

En *Thaïlande*, la Loi du 13 novembre 1956 promulguant le Code pénal prévoit, dans son article 305, que l'avortement pratiqué par un médecin n'est pas punissable si l'intervention est nécessaire pour préserver la santé de la femme ou lorsque la grossesse résulte d'un acte tombant sous le coup de la législation pénale (viol, rapports sexuels

avec une mineure de moins de 13 ans, séduction d'une mineure de moins de 18 ans, etc.). Le nombre effectif d'avortements thérapeutiques pratiqués en Thaïlande est cependant extrêmement bas.[96]

Inde

En Inde, tout comme au Pakistan, l'interruption de la grossesse est restée jusqu'à nos jours régie par les dispositions de l'article 312 du Code pénal de 1860 qui prévoit qu'est punissable tout avortement commis délibérément, sauf s'il s'agit de sauver la vie de la femme, les peines étant d'ailleurs plus sévères à partir du moment où le fœtus manifeste des mouvements spontanés. En dépit du caractère répressif de cette législation, il semble probable, d'après Chandrasekhar,[98] que le nombre annuel d'avortements dans ce pays atteint le chiffre de cinq millions, plus de 90 % des femmes qui s'y soumettent étant mariées. Devant cette situation et pour parer au danger que présente la pratique de l'avortement illégal, la Commission centrale de Planification familiale du Gouvernement de l'Inde a proposé en 1964 la création d'un comité chargé d'examiner le problème de l'avortement sous ses différents aspects : légal, médical, moral et social. Ce comité, institué peu après, a soumis à la fin de 1966 ses recommandations visant à une libéralisation de la législation en la matière,[97] qui ont abouti en 1969 à la présentation devant le Parlement indien d'un « projet de loi sur l'interruption médicale de la grossesse ». Ce texte prévoit des dérogations importantes aux dispositions du Code pénal et précise que la grossesse peut être interrompue par un médecin, lorsque sa durée n'excède pas 12 semaines, ou par deux médecins agissant conjointement, lorsque cette durée est supérieure à 12 semaines mais inférieure à 20 semaines, sous réserve que ce praticien ou ces praticiens aient jugé que : 1° la poursuite de la grossesse impliquerait un risque pour la vie de la femme enceinte ou d'atteinte à sa santé physique ou mentale; ou 2° qu'à la naissance l'enfant risquerait sérieusement d'être atteint d'anomalies physiques ou mentales susceptibles de l'handicaper gravement. Des notes explicatives précisent deux cas où la grossesse peut être considérée comme pouvant impliquer une atteinte grave à la santé mentale de la femme, à savoir : 1° l'angoisse causée par la grossesse, lorsque la femme enceinte invoque que celle-ci résulte d'un viol; 2° l'angoisse causée par une grossesse non désirée, lorsque cette grossesse résulte de l'échec des moyens anticonceptionnels utilisés par une femme mariée ou par son conjoint dans un but de régulation des naissances (cette dernière disposition constitue un fait nouveau qui pourrait donner une interprétation très large à la notion de dommage potentiel à la santé mentale de la femme enceinte). En outre, pour déterminer si la poursuite de la grossesse pourrait impliquer un tel risque d'atteinte à la santé physique ou mentale de l'intéressée, il peut être tenu compte des conditions du milieu dans lequel la femme vit au moment considéré ou peut être appelée à vivre de manière prévisible. Cette disposition, qui reprend d'ailleurs une disposition de la Loi de 1967 sur l'avortement du Royaume-Uni, introduit ainsi la notion d'indication médico-sociale. Toujours aux termes de ce projet de loi, il est entendu

que l'interruption de la grossesse ne peut avoir lieu que dans un hôpital officiel ou dans tout autre lieu agréé à cet effet par le Gouvernement. Ce projet semble toutefois loin de recevoir un appui unanime et un certain nombre d'objections sérieuses à cet égard ont été récemment formulées par Bose.[13] En outre, l'Association médicale indienne recommande la prudence au Gouvernement à l'égard de la réforme de la législation existante, notamment en raison de l'insuffisance de personnel et d'équipement hospitalier.[31]

Japon

Au Japon, les dispositions relatives à l'avortement sont contenues dans la Loi du 13 juillet 1948 dite Loi de protection eugénique, (qui a remplacé la Loi nationale de 1940 sur l'eugénique dont les dispositions relatives à l'avortement provoqué étaient très restrictives [3] et dont le texte a été revisé à différentes reprises, la dernière modification datant du 21 avril 1960. De 1949 à 1955, le nombre d'avortements officiellement déclarés à l'autorité n'a fait que croître pour passer de 246.104 à 1.170.143.[72] Depuis lors, on a constaté une diminution du nombre des avortements légaux. Toutefois, d'après Muramatsu,[28] les chiffres les plus récents ne correspondraient pas à la réalité du fait qu'actuellement les médecins ont tendance à ne pas déclarer ces avortements. En fait, pour se faire une idée plus exacte du nombre d'avortements qui ont lieu au Japon, il faudrait multiplier les données officielles par un facteur de 1,6 à 2 pour obtenir une estimation du nombre réel de ces interventions. Ce même auteur précise que, comme il est à prévoir, la plupart des avortements sont pratiqués pour des raisons qui n'ont pas de rapport avec la santé de la femme. La Loi actuelle de 1960 présente différentes caractéristiques dont la principale est de débuter par un chapitre concernant l'« opération eugénique ». Celle-ci, qui est définie comme étant une intervention qui, sans ablation des gonades, a pour but de prévenir la procréation chez l'être humain, peut se faire à la discrétion du médecin dans les cas suivants : 1° lorsque la personne en question ou son conjoint est atteint de psychopathie héréditaire, d'une affection somatique héréditaire ou d'une malformation héréditaire ou si le conjoint est atteint d'une maladie mentale ou de débilité mentale; 2° lorsque la personne en question ou son conjoint a un parent consanguin jusqu'au 4e degré qui est atteint d'une maladie mentale héréditaire, de débilité mentale héréditaire, de psychopathie héréditaire, d'affection somatique héréditaire ou de malformation héréditaire; 3° lorsque la personne en question ou son conjoint est atteint de la lèpre et est susceptible de transmettre cette maladie à ses descendants; 4° lorsque la grossesse ou l'accouchement mettraient la vie de la mère en danger; 5° lorsque la mère a déjà plusieurs enfants et que chaque accouchement semble affecter sérieusement son état de santé. Dans les cas mentionnés aux points 4 et 5 ci-dessus, l'opération eugénique indiquée peut être effectuée aussi chez le conjoint.

Le médecin doit cependant adresser à la Commission de Protection eugénique compétente une demande d'enquête dans le but de confirmer

le bien-fondé de l'opération eugénique lorsqu'il estime que cette intervention est nécessaire dans l'intérêt public pour prévenir la transmission héréditaire d'une des maladies mentionnées en annexe de la loi et qui comprend les affections suivantes :

1° psychose héréditaire : schizophrénie, psychose maniaque dépressive, épilepsie; 2° débilité mentale héréditaire; 3° psychopathie héréditaire grave : cyclomanie, forte tendance criminogène; 4° affection somatique grave : chorée héréditaire chronique, ataxie spinale héréditaire, ataxie cérébelleuse héréditaire, atrophie musculaire progressive, dystrophie musculaire progressive, myatonie, myotonie congénitale, malformation congénitale des cartilages, leucose, ichtyose, neurinome multiple, sclérose en plaques, épidermolyse bulleuse héréditaire, porphyrinurie congénitale, kératose palmaire et plantaire héréditaire, atrophie héréditaire du nerf optique, dégénérescence pigmentaire de la rétine, achromatopsie, nystagmus congénital, sclérite bleue, surdité héréditaire, hémophilie; 5° malformation héréditaire importante : déformation de la main ou du pied, malformation congénitale des os.

Quant à l'interruption artificielle de la grossesse, celle-ci peut se faire dans les conditions prescrites à l'article 14 de la loi qui précise que :

« I) Le médecin désigné par l'Association médicale, organisme établi dans le district préfectoral qui jouit de la personnalité juridique (dans la suite du texte : « le médecin désigné »), peut effectuer l'interruption de la grossesse, à sa discrétion et avec le consentement de l'intéressée ou de son conjoint, chez toute personne qui entre dans une des catégories mentionnées ci-dessous :

1° toute personne, ou son conjoint, atteinte de psychose, débilité mentale, affection mentale, affection somatique héréditaire ou malformation héréditaire;

2° le parent consanguin jusqu'au 4e degré d'une personne, ou son conjoint, atteinte de psychose héréditaire, débilité mentale héréditaire, affection mentale héréditaire, affection somatique héréditaire ou malformation héréditaire;

3° toute personne, ou son conjoint, atteinte de la lèpre;

4° une mère dont la santé peut être gravement affectée par la prolongation de la grossesse ou par l'accouchement, pour des raisons physiques ou économiques;

5° toute personne chez qui la conception résulte d'un acte de violence ou d'une menace ou qui était incapable de résister ou refuser.

2) Le consentement visé au paragraphe 1er ci-dessus n'est pas exigé lorsque le conjoint ne peut être identifié, s'il refuse de donner son opinion ou s'il a disparu après la conception.

3) Si la personne qui doit subir l'opération d'interruption thérapeutique de la grossesse est atteinte d'une maladie mentale ou de débilité mentale, l'accord de la personne chargée de défendre ses intérêts en vertu de l'article 20 (à savoir le tuteur, le conjoint, la personne détenant la puissance paternelle ou la personne chargée de subvenir à ses besoins) ou de l'article 21 de la Loi sur l'hygiène mentale (à savoir le maire de la ville, de la commune ou du village) tient lieu du consentement de l'intéressée.

Le chapitre 5 de la loi prévoit la création de bureaux de consultation chargés de donner des conseils concernant la protection eugénique et en particulier de populariser et recommander les procédés anticonceptionnels adéquats. Ces bureaux doivent disposer d'un médecin qui possède les qualifications exigées par le Ministre de la Santé et de la Prévoyance sociale, ainsi que de l'équipement nécessaire pour les examens et les autres interventions. Tout médecin qui a effectué une opération eugénique ou une interruption thérapeutique de la grossesse doit en faire rapport à l'autorité en indiquant le nombre d'interventions effectuées au cours du mois ainsi que les motifs qui les ont justifiées.

Singapour

A Singapour où la pratique de l'avortement légal ne pouvait se faire, aux termes de l'article 312 du Code pénal, que pour sauvegarder la vie de la mère, la procédure d'interruption de la grossesse vient d'être libéralisée avec la promulgation de la Loi du 31 décembre 1969, entrée en vigueur à la date du 20 mars 1970.

Conformément aux dispositions de cette nouvelle loi, l'avortement n'est pas considéré être un délit lorsqu'il est pratiqué par un médecin immatriculé intervenant sur accord de la Commission d'Autorisation d'Interruption de la Grossesse (cette commission comprenant le directeur des Services médicaux, comme président, le directeur adjoint des Services médicaux [santé], le directeur adjoint des Services médicaux [hôpitaux], un obstétricien-gynécologue appartenant à la fonction publique, un psychiatre appartenant à la fonction publique, le directeur de la Prévoyance sociale et cinq autres membres désignés par le Ministre compétent). Cette commission est habilitée à désigner des comités auxquels elle peut déléguer des fonctions et pouvoirs spécifiques. La Commission d'Autorisation d'Interruption de la Grossesse peut autoriser l'exécution de l'intervention lorsqu'elle aura établi que : *a*) la poursuite de la grossesse impliquerait un risque grave pour la vie de la femme enceinte ou une atteinte grave à sa santé physique ou mentale; *b*) les conditions du milieu de la femme enceinte, aussi bien au moment de la naissance éventuelle de l'enfant qu'après cette naissance, justifient, autant qu'il peut en être prévu, l'interruption de la grossesse (les conditions du milieu [environment] comprenant également les conditions familiales et financières de la femme enceinte); *c*) l'enfant à naître risque fortement d'être atteint d'anomalies physiques ou mentales susceptibles de l'handicaper gravement; ou *d*) la grossesse résulte d'un viol, d'un inceste ou de rapports sexuels illégaux ou avec une personne atteinte de maladie mentale ou d'arriération mentale. En outre, par dérogation aux dispositions qui précèdent, un médecin immatriculé agissant en consultation avec un autre médecin immatriculé ne se rendra pas coupable de délit lorsqu'il aura procédé à une interruption de grossesse et que ces deux praticiens auront émis l'avis, établi en toute bonne foi, que l'intervention se justifie pour les motifs prévus au point *a* précité; l'autorisation de la Commission d'Autorisation d'Interruption de la Grossesse n'est pas nécessaire dans ce cas mais l'intervention doit obligatoirement avoir lieu dans un hôpital ou établissement agréé et les praticiens doivent adresser à la Commission, dans un délai de 14 jours, une déclaration exposant les motifs pour lesquels ils ont jugé admissible l'interruption de la grossesse.

D'une manière générale l'interruption de la grossesse ne peut avoir lieu que dans un hôpital de l'Etat ou dans un établissement agréé, sauf

lorsqu'un médecin immatriculé entreprend l'intervention après avoir jugé qu'elle s'impose d'urgence pour sauvegarder la vie de la femme enceinte, auquel cas il devra adresser à la Commission d'Autorisation d'Interruption de la Grossesse, dans les 14 jours qui suivent, une déclaration exposant les raisons médicales qui, à son avis, ont justifié l'urgence de cette intervention.

Sauf le cas d'intervention urgente visant à sauvegarder la vie de la femme enceinte, l'interruption de grossesse ne peut être autorisée que chez les femmes qui sont citoyennes de Singapour ou qui ont épousé un ressortissant de cet Etat ou qui auront résidé à Singapour pendant une période minimum de 4 mois précédant immédiatement la date ou doit avoir lieu l'opération.

La Commission d'Autorisation d'Interruption de la Grossesse n'autorisera pas l'intervention : *a*) pour les motifs prévus aux points *a* et *c* de l'énumération précitée, si la grossesse date de plus de 24 semaines, sauf si l'opération s'impose d'urgence pour sauver la vie de la femme enceinte ou pour prévenir une atteinte grave permanente à sa santé physique ou mentale; *b*) pour les motifs prévus aux points *b* et *d* de l'énumération précitée, si la grossesse date de plus de 16 semaines.

Sauf les cas où l'autorisation de la Commission d'Autorisation d'Interruption de la Grossesse n'est pas nécessaire, toute femme qui désire faire interrompre sa grossesse doit en faire la demande à cet organisme. L'intéressée devra au préalable s'être fait soumettre à l'examen d'un médecin immatriculé de son choix ou désigné par la Commission. Si après examen du dossier (demande et certificat médical et autres pièces justificatives à l'appui) elle rejette la demande, la Commission devra en informer immédiatement par écrit la requérante en indiquant les motifs de sa décision. La femme enceinte ne dispose d'aucun droit de recours contre la décision de la Commission mais peut demander à cette dernière de reconsidérer cette décision. La Commission renvoie alors l'affaire devant le médecin immatriculé qui a établi le certificat médical accompagnant la demande en lui enjoignant d'avoir à lui adresser un nouveau certificat médical relatif à l'état de santé ou aux conditions du milieu de l'intéressée et d'avoir à lui communiquer tous éléments justificatifs nouveaux qui pourraient être disponibles. Elle procède ensuite comme dans le cas d'une première demande.

La Commission d'Autorisation de l'Interruption de la Grossesse ne peut donner un avis favorable à la demande d'avortement que si elle est en possession du consentement écrit de la requérante, relatif à cette intervention. Le consentement écrit est donné : *a*) par la requérante elle-même si elle est âgée de plus de 18 ans ou de moins de 18 ans et mariée; *b*) par le parent ou les parents survivants ou par le gardien, si la requérante a moins de 18 ans (ou à défaut de ces personnes par la commission elle-même). La requérante peut retirer son consentement à tout moment avant l'exécution de l'intervention, sous réserve d'informer sans délai la Commission de sa décision. Si la requérante est atteinte d'une maladie mentale ou d'une arriération mentale la rendant incapable de donner un consentement valable, la Commission peut décider elle-même s'il existe des motifs justifiant l'interruption de grossesse, sous réserve de consulter au préalable le mari de l'intéressée ou, si elle n'est pas mariée, son parent ou gardien ou, à défaut de ces personnes, sans consultation préalable.

Sauf dans les cas où l'intervention est pratiquée, sur indications médicales ou pour préserver la vie de la mère, par des praticiens intervenant directement conformément à la loi, l'interruption de la grossesse ne peut être exécutée que par un médecin immatriculé possédant les qualifications requises en chirurgie ou obstétrique (ces qualifications ont été précisées par le Règlement du 14 mars 1970 sur l'avortement)) ou ayant acquis l'expérience spéciale dans la pratique de cette intervention en raison des fonctions qu'il a exercées dans un hôpital d'Etat ou un établissement agréé pendant une durée déterminée (cette durée a été fixée à 6 mois aux termes du Règlement précité). Le médecin immatriculé qui a délivré le certificat médical attestant la nécessité ou l'opportunité de procéder à l'interruption de la grossesse peut, sous réserve de posséder les qualifications ou l'expérience précitées, procéder lui-même à cette intervention dans un hôpital d'Etat ou un établissement agréé.

Moyen-Orient

D'après Nazer, [88,83] la plupart des pays du Moyen-Orient ont adopté, en matière d'avortement, une législation répressive. Cependant les dispositions de cette législation sont rarement observées dans la pratique et les médecins eux-mêmes procèdent à des avortements illégaux dans les hôpitaux et les cliniques privées.

En *Iran*, l'avortement n'est pas punissable s'il est exécuté pour sauvegarder la vie de la mère; en pratique trois médecins doivent certifier que la continuation de la grossesse présente un danger pour la santé de la femme.[86] En *Syrie* l'interruption de la grossesse en vue de sauvegarder la vie de la femme enceinte est admise, l'article 8 du Décret législatif N° 96 du 26 septembre 1952 réglementant l'exercice de la profession de médecin prévoyant, à cet égard, que l'avortement doit avoir lieu à la connaissance de deux médecins au moins et qu'un procès-verbal établissant la nécessité absolue de cette intervention doit être rédigé avant son exécution. En *Jordanie* et au *Liban* l'avortement n'est autorisé en aucun cas, mais des circonstances atténuantes sont prévues lorsqu'il est pratiqué pour préserver la réputation de la femme et l'honneur de la famille.

D'après Bachi,[10] la réglementation applicable à l'avortement en *Palestine*, sous le mandat britannique, était extrêmement rigide et s'inspirait des dispositions de l'Offences against the Person Act de 1861 (voir p. 502); très peu de cas d'avortement criminel n'étaient toutefois portés devant les tribunaux.

En *Israël*, la situation légale relative à l'avortement a subi une modification importante en 1952 à la suite d'un jugement du Tribunal de District d'Haïfa déclarant admissible l'interruption de la grossesse pour des motifs médicaux *bona fide* à condition que l'opération se fasse ouvertement. Des instructions (abrogées par la suite) furent adressées aux autorités de police par le Procureur général leur recommandant de ne pas engager

de poursuites dans les cas ordinaires d'avortement provoqué. Plus récemment, les peines applicables en cas d'avortement illégal ont été rendues moins sévères (les peines imposées aux femmes se procurant elles-mêmes l'avortement ayant même été supprimées). Il semble qu'en pratique l'avortement soit relativement facile à obtenir et que de nombreuses femmes y aient recours en particulier celles qui ont déjà eu deux ou trois enfants. Il semble également que l'avortement soit moins fréquent parmi la population arabe. Bachi rappelle qu'en raison notamment de l'incompatibilité existant entre la lettre de la législation et son application pratique, des propositions visant à modifier la situation légale sont en cours de discussion.

Europe occidentale et méridionale *

Les pays de l'Europe occidentale et méridionale ont généralement suivi, jusqu'à une date récente, une politique analogue en matière d'interruption de la grossesse, le principe retenu étant l'interdiction formelle de sa pratique ou, à titre exceptionnel, de n'en autoriser l'exécution qu'en cas de nécessité absolue de sauvegarder la vie de la mère ou éventuellement sa santé. En Suisse toutefois, ce principe rigoureux a pu être plus ou moins atténué selon l'interprétation donnée, à l'échelon des cantons, aux dispositions de l'article 120 du Code penal (fédéral). Une politique plus libérale a, d'autre part, été délibérement suivie par la Turquie, avec la promulgation de la Loi du 1er avril 1965 sur la planification familiale, suivie de son règlement d'application en date du 12 juin 1967, qui ont assoupli les conditions de l'avortement sur indications médicales et qui ont légalisé la pratique de cette intervention pour des motifs eugéniques et celle de la stérilisation, ainsi que par le Royaume-Uni avec l'adoption de la Loi de 1967 sur l'avortement, qui a introduit notamment la notion d'indication médico-sociale et eugénique pour justifier l'interruption de la grossesse.

La législation en matière d'avortement [illegible] néanmoins à des degrés divers, très restrictive dans la [illegible] part des pays de cette zone (Autriche, Belgique, Espagne, France, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal et République fédérale d'Allemagne). Une tendance visant à atténuer les rigueurs de la législation pénale s'y manifeste toutefois, comme c'est le cas en France [36] et en République fédérale d'Allemagne [14] où les différents Länder peuvent interpréter de manière plus ou moins souple les dispositions de cette législation.[46] Ce qui explique sans aucun doute cette tendance est le caractère souvent inopérant de cette législation pénale, le nombre de poursuites effectivement engagées étant infime par rapport au nombre d'avortements illégaux pratiqués, lesquels se chiffrent dans certains de ces pays par centaines de milliers. Une autre caractéristique que présente la législation de certains de ces pays est l'interdiction formelle

* Y compris Turquie.

de toute propagande antinataliste ou de toute vente de moyens et produits anticonceptionnels.

Pour illustrer les diverses tendances qui se manifestent actuellement dans les pays de cette zone géographique, on trouvera ci-après un exposé de la législation en vigueur respectivement en France, au Royaume-Uni, en Suisse (avec application au Canton de Genève) et en Turquie.

France

En France, on estime que le nombre d'avortements illégaux varie en moyenne de 250 000 à 300 000 par an, certains auteurs étant d'avis que se chiffre réel en est bien supérieur.[1, 6, 8] Malgré le caractère rigoureux des dispositions du Code pénal en matière d'avortement, on estime que le taux de répression à cet égard est à peine supérieur à deux condamnations pour mille avortements criminels.[11, 48]

L'article 317 du Code pénal punit d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 1800 à 36 000 F « quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen aura procuré, ou tenté de procurer, l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non ». Ces peines sont aggravées (cinq à dix ans d'emprisonnement et une amende de 18 000 à 72 000 F) s'il est établi que le coupable s'est livré habituellement à ces actes; elles sont assorties, pour les membres des professions médicales ou paramédicales (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et infirmières, pharmaciens, masseurs, étudiants en médecine, étudiants et employés en pharmacie, et même herboristes, bandagistes et marchands d'instruments de chirurgie) d'une suspension pendant cinq ans au moins ou d'une incapacité absolue de l'exercice de leur profession. La femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 360 à 7200 F.

D'autre part, l'article L.645 du Code de la Santé publique prévoit notamment qu'il est interdit à toutes personnes d'exposer, d'offrir, de faire offrir, de vendre, de mettre en vente, de faire vendre, de distribuer, de faire distribuer, de quelque manière que ce soit, les remèdes et substances, sondes intra-utérines et autres objets analogues, susceptibles de provoquer ou de favoriser l'avortement, dont la liste est établie par un règlement d'administration publique (liste qui a été reproduite à l'article R.5242 de la deuxième partie du Code de la santé publique). Toutefois, les pharmaciens peuvent vendre les remèdes, substances et objets précités mais seulement sur prescription médicale. L'article L.647 de ce même code punit par ailleurs quiconque aura provoqué au délit d'avortement, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet, soit par des discours proférés dans des lieux ou réunions publics, soit par la vente, la mise en vente ou l'offre, l'exposition, l'affichage, la distribution, etc., de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, etc., soit par la publicité de cabinets médicaux ou soit-disant médicaux.

En outre l'article 378 du Code pénal, sans obliger les médecins et les auxiliaires médicaux à violer le secret professionnel, les en relève en ce qui concerne les délits d'avortement dont ils pourraient avoir eu connaissance.

Quant à l'avortement thérapeutique, qui a une existence légale depuis le Décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises, les dispositions prévues à l'article L.161-1 du Code de la Santé publique présentent un caractère tellement restrictif que bien peu d'autorisations sont effectivement accordées. Un auteur a relevé à cet égard 132 cas d'avortements thérapeutiques autorisés seulement dans le département de la Seine pour une période de trois ans.[87] En effet, lorsqu'on interprète la portée de cet article, il ressort que l'avortement n'est autorisé que pour autant qu'il soit la conséquence d'une intervention thérapeutique qui peut entraîner l'interruption de la grossesse. Cet article, qui est repris de l'article 87 du Décret du 29 juillet 1939, est libellé de la manière suivante :

« Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige, soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près du Tribunal de grande instance, qui, après examen et discussion, attesteront que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique . . . »

Le Code de Déontologie médicale a également repris ces dispositions dans son article 38 en précisant qu'il ne peut être procédé à un avortement thérapeutique que si cette intervention est le seul moyen susceptible de sauvegarder la vie de la mère. Il est exigé en outre qu'un des exemplaires du protocole de la discussion soit remis au malade, les deux autres étant conservés par les deux médecins consultants, et qu'un protocole de la décision prise n'indiquant pas le nom de la maladie soit adressé sous pli recommandé au président du conseil départemental de l'Ordre des Médecins au tableau duquel figurent ces médecins. De plus, en cas d'indication d'avortement thérapeutique, le médecin doit s'incliner devant le refus éventuel de la malade dûment informée, cette règle ne pouvant supporter d'exception que dans le cas d'extrême urgence et lorsque la malade est hors d'état de donner son consentement. Par ailleurs si le médecin, en raison de ses convictions, estime qu'il lui est interdit de consulter de pratiquer l'avortement, il peut se retirer en assurant la continuité des soins par un confrère qualifié.

Toutefois une tendance réformiste, en matière de légalisation de l'avortement, se manifeste actuellement en France et vient d'aboutir au dépôt d'une proposition de loi devant l'Assemblée nationale (voir p. 467)

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, avant la promulgation de la Loi de 1967 sur l'avortement, la question de l'interruption de la grossesse était réglée essentiellement par l'article 58 de l'« Offences against the Person Act » de 1861 qui prévoyait que tout avortement provoqué « illégalement » était un crime punissable d'emprisonnement à vie, aucune définition n'étant

toutefois donnée du terme « illégalement ». En 1938 cependant, à l'occasion du jugement de la célèbre affaire Bourne,[91] le tribunal avait décidé de faire admettre comme règle de droit qu'un avortement exécuté « de bonne foi » en vue de sauvegarder la vie de la mère devait être considéré légal. Pour citer les termes mêmes de cette décision il était précisé que lorsqu'un médecin estime . . . que [la poursuite de la grossesse] aura pour conséquences probables de ruiner la santé physique et mentale de la femme [to make the woman a physical and mental wreck] le jury sera tout à fait habilité à considérer que ce médecin a agi dans le but de préserver la vie de la mère.[92] Dans l'affaire en question, un gynécologue de renom, Mr Aleck Bourne, avait pratiqué un avortement chez une jeune fille de 14 ans qui avait été la victime d'un viol multiple. Cette décision a constitué un cas fondamental de jurisprudence. Néanmoins en dépit de ce précédent le nombre effectif des avortements thérapeutiques n'a augmenté que dans de faibles proportions jusqu'à la promulgation de la Loi de 1967. Ainsi le nombre de ces interventions pratiquées dans les hôpitaux du Service national de Santé de l'Angleterre et du Pays de Galles n'était que de 1570 en 1958 pour s'élever à 2830 en 1962 et à 6380 en 1966.[105] Ces données ne tiennent naturellement pas compte des avortements thérapeutiques « privés » dont le nombre était estimé par Diggory [25] à au moins 15.000 pour l'année 1966. A titre de comparaison, le nombre des avortements illégaux en Angleterre et au Pays de Galles au cours des années qui ont immédiatement précédé la réforme de 1967 était considéré être de 80.000 à 100.000 [102] par an bien que, comme l'ont fait remarquer plusieurs auteurs, il ait été extrêmement difficile de parvenir à une estimation précise du nombre de ces interventions.

Dans les dix-huit mois qui ont suivi l'entrée en vigueur de la Loi de 1967 sur l'avortement, 65.241 interventions légales d'interruption de la grossesse au total ont été pratiquées.[28] Il est intéressant de noter que, conformément à un rapport statistique publié en août 1970,[29] 1309 des 23.641 avortements pratiqués au cours des huit premiers mois qui ont suivi la mise en application de la nouvelle loi avaient été exécutés chez des femmes qui ne résidaient pas en Angleterre et au Pays de Galles.

La Loi de 1967 sur l'avortement (qui, il faut d'ailleurs le souligner, est applicable en Angleterre et Pays de Galles et en Ecosse à l'exclusion de l'Irlande du Nord) a suscité de nombreux commentaires dans la presse médicale britannique et étrangère [7,35,53,66,88,97,101,104] et est, sans aucun doute, appelée à influencer la législation de nombreux pays. On a déjà relevé incontestablement cette influence dans la nouvelle législation de Singapour (voir p. 497) et de l'Australie du Sud (voir p. 530) et dans le Projet de Loi sur l'interruption médicale de la grossesse présenté devant le Parlement indien [20] (voir p. 494) ainsi que dans un texte promulgué en 1969 dans l'Oregon (voir p. 490). Comme on le verra ci-après, la Loi de 1967 contient des éléments novateurs notamment dans son article 1er où des dispositions précisent que les médecins appelés à donner leur avis, en cas d'indications médicales autres que celles qui visent à sauvegarder la vie de la femme, doivent peser les risques relatifs de la continuation de la grossesse et de son interruption éventuelle.

Le texte de cet article est le suivant :

1. 1) Sous réserve des dispositions du présent article, il n'est pas commis d'infraction, aux termes de la législation relative à l'avortement, en cas d'interruption de la grossesse pratiquée par un médecin immatriculé, lorsque deux médecins immatriculés auront émis l'avis, établi en toute bonne foi :

a) que la poursuite de la grossesse impliquerait un risque pour la vie de la femme enceinte ou d'atteinte à la santé physique ou mentale de cette dernière ou d'enfants de sa famille, plus grave que celui qui résulterait d'une grossesse interrompue;

b) qu'à la naissance l'enfant risquerait sérieusement d'être atteint d'anomalies physiques ou mentales susceptibles de l'handicaper gravement.

2) Pour déterminer si la poursuite de la grossesse implique un risque pour la santé, comme prévu au point *a* du paragraphe 1 ° du présent article, il peut être tenu compte des conditions du milieu dans lequel la femme vit au moment considéré ou peut être appelée à vivre de manière prévisible.

3) Sauf les dispositions du paragraphe 4 du présent article, toute intervention d'interruption de la grossesse doit être effectuée dans un hôpital dépendant du Ministère de la Santé ou du Secrétaire d'Etat aux termes des lois sur le Service national de Santé ou dans un établissement agréé aux fins des dispositions du présent article par ce ministre ou secrétaire d'Etat.

4) Les dispositions du paragraphe 3 du présent article ainsi que les dispositions du paragraphe 1er en ce qu'elles concernent l'avis émis par deux médecins immatriculés ne sont pas applicables à l'interruption de grossesse pratiquée par un médecin immatriculé qui aura jugé, en toute bonne foi, que l'intervention s'impose sans délai pour sauver la vie de la femme enceinte ou la préserver de toute atteinte grave permanente à sa santé physique ou mentale.»

Dans une brochure contenant des recommandations pour l'application de cette loi, publiée par l'Abortion Law Reform Association,[3] il est spécifié qu'il existe sans nul doute très peu d'indications médicales constituant un motif absolu d'interruption de la grossesse du point de vue du « risque pour la vie de la femme enceinte ». Les tumeurs malignes et en particulier le cancer du sein sont ordinairement le motif médical qui s'impose de manière primordiale pour justifier dans ce cas une interruption de grossesse. Cette brochure rappelle en outre que le Comité pour l'Avortement thérapeutique de la British Medical Association a énuméré un certain nombre d'affections somatiques qui peuvent, compte tenu de leur gravité, constituer également une indication à cet égard. Ces affections comprennent notamment les cas de collapsus cardiaque, de maladie rhumatismale du cœur, de cardiopathie congénitale, d'hypertension pulmonaire, d'hypertension (compliquée de collapsus cardiaque ou de défaillance rénale), d'hépatite aiguë, etc. L'interruption de la grossesse peut en outre devenir nécessaire lorsque s'impose une intervention chirurgicale pour des affections abdominales aiguës dues à une pancréatite aiguë ou à une perforation en cas d'ulcère peptique ou de colite ulcéreuse. La grossesse peut par ailleurs constituer un danger pour la vie chez un certain nombre de femmes en particulier chez les multipares qui ont eu des accouchements longs et difficiles et chez celles qui ont eu des accouchements compliqués d'hémorragie postpartum. Pour évaluer le risque que présente la grossesse pour la vie de la femme il sera nécessaire de prendre dans presque tous les cas l'avis d'un spécialiste.

En ce qui concerne l'« atteinte à la santé physique ou mentale de la femme enceinte », la brochure précitée rappelle que le Comité pour l'Avortement thérapeutique a précisé que la continuation de la grossesse peut compromettre le pronostic à long terme de certaines maladies telles que la tuberculose pulmonaire évolutive, le diabète (spécialement dans les cas compliqués de lésions rénales ou rétiniennes ou s'il y a des antécédents de mortinatalité répétée), le cancer de l'ovaire, la sclérose multiple, l'épilepsie, les maladies des surrénales, le diabète insipide, l'ulcère peptique, etc. Parmi les maladies mentales pouvant constituer une indication pour l'interruption de la grossesse sont citées par exemple la schizophrénie, les états obsessionnels et l'anxiété, dans ce cas l'appréciation peut être très difficile et la réaction de la patiente à de précédentes grossesses éventuelles peut être une donnée indicative importante.

Le point *b* du paragraphe 1er de l'article 1er de la Loi traite des cas où l'enfant risque d'être atteint d'anomalies physiques ou mentales susceptibles de l'handicaper gravement. Le Comité pour l'Avortement thérapeutique de la British Medical Association a précisé à cet égard que certaines affections ou certains agents peuvent entraîner un risque sérieux d'anomalie physique ou mentale, tels par exemple la rubéole, la variole, la vaccine, la grippe, les médicaments cytotoxiques, les rayons X et autres rayonnements. Une possibilité d'anomalie fœtale doit être envisagée si la région pelvienne a été exposée à une irradiation supérieure à 30 rads et doit être considérée comme presque certaine si la dose reçue dépasse 200 rads. Une mention spéciale est également faite dans la brochure de l'Abortion Law Reform Association de certaines maladies héréditaires telles que le rétinoblastome, la chorée de Huntington, la neurofibromatose, la phénylcétonurie pyruvique, la thalassémie, l'hémophilie, etc.

Le paragraphe 2 de l'article 1er présente un intérêt particulier car, bien que ne faisant pas état d'indications sociales à proprement parler, il introduit la notion d'indication médico-sociale en ce sens qu'il peut être tenu compte des conditions du milieu susceptibles d'avoir une répercussion sur la santé physique ou mentale de la femme.

L'article 4 de la Loi mérite également une mention spéciale car il précise que nul ne sera considéré comme tenu de participer à une intervention autorisée au sens de cette loi vis-à-vis de laquelle il émet une objection de conscience. Cette objection ne peut toutefois pas être retenue lorsqu'il y a obligation d'intervenir pour sauver la vie de la femme enceinte ou pour prévenir une atteinte grave permanente à sa santé physique ou mentale.

Certaines modalités concernant la procédure à suivre pour l'obtention de l'autorisation de l'avortement thérapeutique ont, conformément aux pouvoirs dévolus au Ministre de la Santé par l'article 2 de la Loi, été fixées par un règlement en date du 15 avril 1968 (un règlement séparé ayant été édicté pour l'Ecosse qui a fait l'objet d'une modification de détail en 1969). Ce texte prévoit que les deux médecins (ou le seul médecin requis en cas d'intervention d'urgence) doivent établir un certificat exprimant

leur avis conformément au modèle de formule donnée en annexe 1, cette pièce devant être conservée par le praticien qui procède à l'opération pendant un délai minimum de trois ans au-delà duquel elle peut être détruite. En outre, dans les sept jours qui suivent l'interruption de grossesse, ce dernier médecin doit en faire la déclaration au Chief Medical Officer du Ministère de la Santé (pour l'Angleterre (sauf le Comté de Monmouth) au moyen de la formule de notification prévue à l'annexe 2.

Suisse

En Suisse, les actes punissables en matière d'avortement sont prévus par le Code pénal, l'article 118 concernant l'avortement commis par la mère et l'article 119 l'avortement commis par un tiers. Quant aux interruptions non punissables de la grossesse, les dispositions en la matière sont prévues à l'article 120 qui spécifie :

« Il n'y a pas avortement au sens du présent code lorsque la grossesse aura été interrompue par un médecin diplômé, avec le consentement écrit de la personne enceinte et sur avis conforme d'un second médecin diplômé, en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente. »

L'avis conforme exigé à l'alinéa premier doit être donné par un médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de la personne enceinte et autorisé d'une façon générale ou dans chaque cas particulier par l'autorité compétente du canton où la personne enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération aura lieu.

Si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal devra être requis. »

Comme divers auteurs l'ont signalé,[26,19] l'article 120 du Code pénal a fait l'objet de différentes interprétations et ce, du fait principalement que les avis conformes prévus par cet article dépendent du jugement particulier des médecins désignés par l'autorité compétente du canton. C'est ainsi que, suivant l'interprétation donnée à l'article 120 du Code pénal, certains cantons n'autorisent pratiquement pas l'avortement alors que d'autres le font d'une manière beaucoup plus libérale.*

A Genève, un règlement d'exécution a été édicté en date du 12 décembre 1953 puis modifié en date du 16 février 1954 ainsi que du 26 janvier 1960 pour régler le cas des étrangères non domiciliées en Suisse ou y étant domiciliées depuis moins de trois mois. D'après ce règlement d'exécution, le Conseil d'Etat désigne les médecins autorisés à donner l'avis conforme prévu par l'article 120 du Code pénal suisse, la durée de leur mandat étant de trois ans et pouvant être renouvelée. Les médecins autorisés se constituent en collège, ce dernier prenant les mesures propres à garantir, dans l'octroi des avis conformes, une unité de doctrine dans l'interprétation de l'article 120 dudit code. Ce collège présente à la sous-commission médicale de la commission de surveillance des professions médicales et auxiliaires un rapport sur son activité, tous les trois mois, ainsi que sur le nombre d'avis conformes accordés ou refusés par chacun des médecins autorisés, avec indication du domicile et de l'origine des personnes examinées. Le médecin autorisé auquel un médecin ou sa patiente demande l'interruption de la grossesse doit se faire remettre : *a*) un certificat médical motivé ainsi que les documents nécessaires pour établir que le consentement écrit de la personne enceinte ou, le cas échéant, celui de son représentant légal si elle est incapable de discernement; *b*) les documents nécessaires pour établir l'identité, la nationalité et le domicile de la personne enceinte ou, le cas échéant, de son représentant légal. Il doit, en tout cas, procéder à un examen personnel approfondi de l'intéressée, et, si nécessaire, peut notamment ordonner, au préalable, sa mise en observation dans un établissement hospitalier. Il peut demander au médecin qui a établi le certificat initial de lui fournir tous les renseignements complémentaires qu'il juge utiles. Il doit d'ailleurs, dans son rapport, mentionner si la personne enceinte s'est déjà adressée, sans succès, à un autre médecin autorisé et, si tel est le cas, ne statue pas sans avoir consulté ce praticien. Lorsqu'il constate une affection pour laquelle il n'est pas spécialisé, il doit adresser la personne enceinte au spécialiste compétent. Il ne peut donner d'avis conforme pour sa propre clientèle. A la suite de son examen, il remet au médecin qui a proposé l'interruption de la grossesse son rapport motivé (avis conforme) pour être transmis au médecin chargé de l'intervention. Ce dernier ne peut d'ailleurs interrompre la grossesse que s'il est en possession de l'avis conforme ainsi que des documents nécessaires quant au consentement écrit et à l'identité, à la nationalité et au domicile de la personne enceinte. Aux termes du règlement du 26 janvier 1960 c'est une commission de pré-expertise qui est chargé d'examiner le cas des étrangères non domiciliées en Suisse ou domiciliées dans ce pays depuis moins de trois mois. Cette commission interroge la personne qui demande l'interruption de la grossesse, l'examine, consulte le dossier qu'elle présente et prend l'une des trois décisions suivantes : *a*) si la demande apparaît d'emblée fondée, elle donne l'avis conforme; *b*) si la demande apparaît d'emblée sans fondement, l'avis conforme est refusé; *c*) si la demande pose un problème d'ordre médical ne pouvant pas être tranché immédiatement, il est remis à la personne une formule qui l'autorise à se rendre chez un médecin autorisé à donner l'avis conforme dans la spécialité adéquate, ce médecin accordant ou refusant l'avis conforme.

* Pour une analyse détaillée de la situation de l'avortement légal et illégal en Suisse, voir Stamm, H. (1970) *Fortschr. Geburtsh. Gynäk.*, **42**, 1.

Turquie

En Turquie, la Loi du 13 janvier 1960 sur la déontologie médicale prévoyait dans son article 22 que l'avortement n'était autorisé que dans le seul but de sauver la vie de la mère, l'intervention ne pouvant être effectuée que d'après le rapport circonstancié de deux spécialistes en gynécologie ou, à défaut, de deux omnipraticiens. La Loi du 1er avril 1965 sur la planification familiale et la Décision du 12 juin 1967 portant règlement relatif à l'interruption de la grossesse et la pratique de la stérilisation ont modifié les dispositions en vigueur jusqu'alors en matière d'avortement légal. Actuellement, l'avortement peut être autorisé si la grossesse met en danger ou risque de mettre en danger la vie de la mère ou s'il est à prévoir que le développement normal de l'embryon n'est pas possible ou que l'enfant à naître sera atteint d'une infirmité grave ou

éventuellement transmissible à ses propres descendants. Les maladies qui justifient l'interruption de la grossesse figurent en annexe à la Décision de 1967 et comprennent une série d'affections de différents organes et systèmes, y compris les maladies mentales telles que la schizophrénie, la psychose maniaque dépressive, les psychoses associées ou non à la grossesse, la paranoïa. La présence dans l'utérus d'un dispositif intra-utérin est également admis comme indication. Les cas susceptibles d'entraîner une malformation grave du fœtus ou une malformation pour la descendance comprennent : 1° les malades traitées en cours de grossesse à la cortisone ou au moyen de médicaments susceptibles de porter un préjudice grave à l'enfant à naître; 2° les cas de traitements au moyen de rayons X ou de radio-isotopes susceptibles d'avoir une influence sur l'embryon ou le fœtus; 3° les affections mentales héréditaires chez le père ou la mère; 4° les cas où les parents ont déjà eu plusieurs enfants atteints d'arriération mentale due à une anomalie des chromosomes; 5° les cas des maladies suivantes survenant au cours des trois premiers mois de grossesse : *a*) rubéole; *b*) hépatite virale; *c*) toxoplasmose; *d*) varicelle; et autres maladies à virus graves. L'article 6 de la Décision de 1967 concerne la stérilisation chez l'homme ou la femme, cette intervention pouvant être effectuée lorsque la grossesse est contre-indiquée en raison d'une infirmité ou d'une maladie ou lorsque l'homme ou la femme sont atteints d'une maladie héréditaire grave. Les circonstances justifiant la stérilisation sont indiquées à l'annexe II de la Décision et comprennent notamment : 1° maladies incurables ou de longue durée justifiant une interruption de la grossesse; 2° anémie hémolytique congénitale; 3° hémophilie; 4° chorée de Huntington; 5° maladie de Wilson (dégénérescence lenticulaire progressive); 6° certaines maladies héréditaires; 7° rétinite pigmentaire; 8° cas où la mère ou le père ont subi une énucléation à la suite de rétinoblastome; 9° cas où l'un des conjoints ou un membre de la famille sont atteints de malformations graves; 10° cas où la femme a déjà subi trois césariennes.

Deux types de commissions (commissions ordinaires et commissions supérieures) sont créés pour décider des cas d'avortement thérapeutique ou de stérilisation. La commission ordinaire groupe en principe trois spécialistes, dont un en obstétrique et gynécologie, appartenant au personnel des hôpitaux et désignés par le Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale. Leurs rapports doivent être établis dans un délai de sept jours. En cas d'appels contre les décisions de cette commission, les cas sont tranchés par la commission supérieure d'interruption de la grossesse et de stérilisation. Quant à l'interruption de la grossesse, elle doit en principe avoir lieu dans les hôpitaux officiels ou dans les institutions privées habilitées par le Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale. Les interventions sont subordonnées au consentement écrit de l'intéressée ou de ses parents si elle est mineure. En outre, pour les mineures ou les incapables placées sous tutelle, l'autorisation du juge de paix est nécessaire. Cette formalité n'est cependant pas exigée si le délai nécessaire pour obtenir le consentement des parents ou celui de l'autorité judiciaire risque d'être préjudiciable à la santé de la femme.

Europe de l'Est

Depuis une vingtaine d'années, les pays de l'Europe de l'Est ont introduit de nombreux textes législatifs relatifs à l'avortement légal qui ont souvent fait l'objet de révisions allant soit dans le sens d'un assouplissement des indications autorisant l'interruption de la grossesse, soit au contraire dans le sens d'un durcissement des dispositions en vigueur, entraînant parallèlement une adaptation appropriée des dispositions de la législation pénale. Il semble toutefois qu'en dépit de la libéralisation de la législation relative à l'avortement et de l'extension des indications justifiant cette intervention à des motifs d'ordre médico-social ou social, on continue néanmoins à enregistrer un certain pourcentage d'avortements illégaux. D'autre part, certains auteurs estiment que, même si la mortalité maternelle semble être en régression du fait de l'assouplissement des indications autorisant l'avortement légal, on ne peut en conclure qu'il s'agit là d'une conséquence de la réforme législative, car au cours des années une thérapeutique plus efficace, en particulier contre l'infection, a permis de réduire cette mortalité en cas d'avortement.

Les conséquences démographiques qu'entraîne un changement de politique en matière d'avortement légal ont parfois un caractère spectaculaire.[368] Ainsi en Roumanie le retour à une politique moins libérale a eu pour effet après 1966, alors que le taux de natalité était tombé à 14,3‰, de faire passer ce dernier à 38,4‰ au cours du troisième trimestre de 1967.[369] Mais dans ce domaine également il est difficile de tirer des conclusions générales car l'importance relative des mesures anticonceptionnelles est souvent impossible à évaluer.

Allemagne orientale

En Allemagne orientale, au cours des années 1946 et 1947, l'avortement légal ne pouvait se justifier que pour des motifs médicaux. Par la suite, l'abrogation des articles 218 à 220 du Code pénal du 15 mai 1871 dans certains des Länder qui existaient à l'époque et l'admission d'indications médico-sociales étendues ainsi que d'indications d'ordre moral et eugénique, dans le but de lutter contre l'avortement criminel, eurent pour effet d'accroître considérablement le nombre des interruptions de grossesse légales.[370] Un nouveau changement se manifesta en 1950 avec la promulgation de la Loi du 27 septembre 1950 sur la protection des mères et des enfants et les droits de la femme, qui ne retenait que les seules indications d'ordre médical et eugénique dans leur sens le plus strict et qui eut pour effet de réduire sensiblement le nombre des avortements légaux. L'article 11 de cette loi précise en effet que l'avortement ne peut être admis que lorsque la grossesse constitue un danger grave pour la santé ou la vie de la femme ou lorsque l'un des parents est atteint d'une maladie héréditaire grave. L'autorisation d'interruption de la grossesse est donnée dans chaque cas par une commission composée de médecins, de représentants des services

de santé publique et de représentants de l'Union démocratique des Femmes. L'intervention doit être pratiquée dans un hôpital par les soins d'un spécialiste.

On a constaté toutefois, par la suite, que les dispositions de cet article, dont le but était non seulement de favoriser une augmentation de la natalité mais également de protéger la vie et la santé de la femme enceinte, recevaient une interprétation différente dans les divers arrondissements et districts, les commissions compétentes recourant à des critères variables pour ce qui est de l'appréciation des indications médicales et que, dans certains cas, l'autorisation d'interruption de la grossesse n'était donnée qu'à titre exceptionnel.[66] Il semble que le nombre total d'avortements (tant légaux que criminels), qui était estimé à 150.000 en 1950, était passé à 70.000 - 90.000 en 1962.[67] D'après Mehlan, le nombre annuel d'avortements légaux n'était que de 700 à 800 pendant la période 1959-1964.[72]

Afin d'atténuer les rigueurs de la loi et d'en normaliser les modalités d'application, une Instruction en date du 15 mars 1965 a précisé la nature des indications qui peuvent justifier l'avortement. L'interruption de la grossesse peut ainsi avoir lieu lorsque :

a) le diagnostic établi d'après un examen médical et le pronostic tenant compte des conditions d'existence de la femme permettent de conclure à un danger pour sa vie ou à un risque grave pour sa santé physique et mentale dû à la continuation de la grossesse ou en raison des soins à dispenser à l'enfant;

b) la femme enceinte est âgée d'au moins 40 ans;

c) la femme enceinte est âgée de moins de 16 ans;

d) la femme enceinte est déjà mère de quatre enfants nés à intervalle de moins de quinze mois l'un de l'autre et que la grossesse en cours remonte à moins de six mois après le dernier accouchement;

e) la femme enceinte, seule ou avec son conjoint, a la responsabilité légale d'au moins cinq enfants vivant à son foyer;

f) la grossesse résulte d'un viol;

g) selon toute probabilité l'enfant sera atteint d'une maladie mentale ou d'une anomalie grave.

Ces indications ne sont toutefois pas prises en considération si la femme est enceinte depuis plus de douze semaines, si un avortement a déjà été pratiqué au cours des six derniers mois, si la femme enceinte est atteinte d'une maladie qui serait aggravée par l'intervention, ou encore si la grossesse étant déclarée résulter d'un viol, aucune poursuite n'a été engagée après enquête par les autorités compétentes.

Les demandes d'interruption légale de la grossesse établies par les femmes enceintes sont transmises, par l'intermédiaire du centre de consultations pour femmes enceintes dans le ressort duquel se trouve leur domicile, aux autorités sanitaires de la circonscription. S'il s'agit de mineures ou de femmes adultes sous tutelle, le consentement du représentant légal est exigé. La demande doit être accompagnée d'un rapport du centre de consultations spécifiant les motifs invoqués par la requérante et donnant toutes informations utiles sur ses grossesses antérieures éventuelles, son état de santé, ses conditions d'existence, etc. La décision est prise par la commission de l'avortement du district en se fondant sur un contrôle médical approfondi, y compris un examen des conclusions des contrôles antérieurs éventuels et des avis d'experts ainsi qu'un examen attentif des conditions de vie et de la situation personnelle de la femme enceinte. La requérante doit avoir la possibilité d'exposer verbalement son cas à la commission compétente, cette formalité pouvant toutefois ne pas avoir lieu lorsqu'il est évident que les indications visées aux points *b* à *e* sont applicables. La demande doit avoir fait l'objet d'une décision dans les 14 jours qui suivent sa réception. Le médecin traitant de la femme enceinte est habilité à prendre part aux délibérations de la commission et à apporter les éclaircissements nécessaires concernant la demande de l'intéressée. Les décisions sont prises à la majorité des membres de la commission. Lorsque la demande est rejetée, la requérante peut interjeter appel auprès de la section des affaires sanitaires et sociales du conseil de district, le recours étant examiné par la commission de l'avortement de district attachée à cette section. Si nécessaire, il est procédé à des contrôles médicaux complémentaires et à un réexamen des conditions d'existence et de la situation personnelle de l'intéressée, le médecin traitant de cette dernière ayant à nouveau le droit de prendre part aux délibérations et d'apporter tous éclaircissements nécessaires. Les décisions relatives aux recours, qui sont prises à la majorité des membres de la commission, doivent être prises dans les huit jours. Le chef du service d'obstétrique et de gynécologie de l'hôpital dans la circonscription duquel se trouve le domicile de la femme enceinte doit veiller à ce que l'intervention soit exécutée dans le service approprié par les soins d'un spécialiste en obstétrique et gynécologie ou par un médecin qui accomplit les études menant à cette spécialité. L'Instruction du 15 mars 1965 contient en outre des dispositions détaillées concernant la notification des cas d'avortement légal. En outre, toute femme qui a subi un avortement est tenue de se présenter dès que possible à un centre de planification familiale pour recevoir des conseils en matière de contraception.

Cette instruction a entraîné une augmentation très sensible du nombre des demandes d'avortement.[93] Le taux d'avortements légaux a été d'environ 6.1 pour 100 naissances pour la période 1965-1967.[73] Toutefois, par suite d'une propagande accrue en faveur de la contraception, il semble qu'une diminution de ce taux se soit produite en 1968.

Bulgarie

En Bulgarie, une Instruction en date du 27 avril 1956 permettait, conformément aux dispositions de l'article 135 du Code pénal de 1951, de pratiquer un avortement chez toute femme enceinte qui en exprimait le désir. Cette intervention n'était toutefois pas autorisée en présence des contre-indications suivantes : *a*) affection inflammatoire aiguë ou subaiguë des organes génitaux; *b*) foyer purulent, quelle qu'en soit la localisation; *c*) maladie

585

infectieuse aiguë; *d*) interruption de grossesse pratiquée au cours des six derniers mois; *e*) grossesse datant de plus de douze semaines (étant entendu dans ce dernier cas que l'intervention pouvait cependant être autorisée si un examen approfondi de la femme enceinte, pratiqué dans un établissement hospitalier, permettait de constater que la continuation de la grossesse et l'accouchement risquaient de mettre en danger sa santé ou sa vie). D'après Vasilev,[110] dans les dix années qui ont suivi l'entrée en vigueur de cette instruction de 1956, quelque 950.000 avortements ont été pratiqués. De cette situation a résulté une réforme de la législation en la matière qui s'est traduite, en 1968, par l'établissement d'une nouvelle réglementation (Instruction portant réglementation de l'interruption artificielle de la grossesse et de la lutte contre l'avortement criminel) prise en application du Décret N° 61 du 28 décembre 1967 visant à encourager la natalité, cette réforme se concrétisant également dans les dispositions de l'article 126 du nouveau Code pénal édicté par Décret en date du 16 mars 1968. Désormais l'interruption de la grossesse est soumise aux restrictions suivantes :

a) l'intervention est interdite chez les femmes qui n'ont pas d'enfants vivants, sauf sur indications médicales ou en cas de circonstances particulièrement graves;

b) l'intervention chez les femmes qui ont un ou deux enfants doit être autorisée par une commission médicale spéciale. Cette commission est chargée d'expliquer aux intéressées les dommages et les dangers résultant de l'avortement, la nécessité de préserver la grossesse, les avantages matériels que la famille doit recevoir à la suite de la naissance de l'enfant et, d'une manière générale, de s'efforcer de dissuader toute femme qui a exprimé le désir d'interrompre sa grossesse. Si la femme insiste néanmoins pour qu'il soit procédé à l'interruption de la grossesse, la commission donne l'autorisation nécessaire;

c) l'interruption de la grossesse, sur demande de la femme enceinte, est autorisée sans intervention de la commission médicale, chez les femmes âgées de plus de 45 ans ou ayant déjà au moins trois enfants;

d) l'interruption artificielle de la grossesse chez les femmes non mariées est autorisée par une commission spéciale, sur indications médicales et en cas de circonstances particulièrement graves, dans les conditions suivantes :

— lorsque l'intéressée n'a pas 16 ans révolus, sous réserve du consentement des parents;

— lorsque la femme enceinte ne peut se marier avec le géniteur en raison d'une parenté consanguine;

— en cas de viol, sous réserve que la femme enceinte ait déposé plainte en temps voulu auprès des autorités compétentes et que le stade de la grossesse coïncide avec la date du viol;

— en cas de motifs d'ordre social graves, établis par le service de consultations pour femmes.

En outre, les contre-indications déjà prévues par l'Instruction de 1956 sont reprises en termes un peu plus précis (la durée maximum de grossesse en tant que contre-indication étant toutefois réduite de 12 à 10 semaines). La nouvelle Instruction de 1968 prévoit que le service de consultations pour femmes de district auquel la femme enceinte présente sa demande d'interruption de grossesse doit s'efforcer de convaincre cette personne de retirer sa demande et utiliser tous les moyens possibles d'information et d'aide à son égard et à l'égard de sa famille. Les fonctionnaires de ce service dispensent par ailleurs aux femmes enceintes nécessiteuses une assistance à caractère social et, si nécessaire, assurent avec les autres organismes compétents une aide maternelle et sociale à celles des femmes enceintes qui mènent leur grossesse à terme. Si elle n'a pu être dissuadée de retirer sa demande et qu'il existe un motif légal d'interruption de la grossesse, le service renvoie l'intéressée auprès de la commission compétente pour accorder l'autorisation requise. Lorsque l'interruption de la grossesse a été autorisée, la femme est hospitalisée dans le service approprié, ce dernier devant procéder à l'intervention dans les dix jours qui suivent la communication de l'autorisation. Lorsque l'interruption de la grossesse a lieu sur indications médicales, l'établissement hospitalier où s'effectue l'opération a le droit d'examiner les indications et contre-indications. Les commissions chargées d'autoriser les interruptions de grossesse inscrivent leurs décisions dans un registre spécial, conservé comme document à usage officiel. Ce nouveau texte de 1968 fixe en outre, comme on en a déjà donné une analyse par ailleurs, des dispositions concernant les ressortissantes étrangères (voir p. 482) et comporte une section particulière relative aux mesures visant à renforcer la lutte contre l'avortement criminel (voir p. 479). Il est en outre complété par un tableau fixant la liste des maladies autorisant l'interruption de la grossesse.

D'après des renseignements recueillis par David [24] l'interprétation des restrictions imposées par l'Instruction de 1968 auraient été rendues plus libre à partir de 1970 et l'autorisation d'interruption de la grossesse serait accordée pratiquement sur demande à toutes les femmes non mariées et à toutes les femmes mariées déjà mères d'un enfant.

Hongrie

En Hongrie, l'avortement n'était autorisé, jusqu'en 1952, que sur indications médicales. En 1953, ces indications ont été étendues aux motifs d'ordre médico-social et eugénique puis en 1956, dans le cadre de nouvelles ordonnances édictées en date du 3 juin et du 26 juin, aux motifs d'ordre purement social, ces derniers textes comptant sans doute parmi les plus libéraux qui existent en Europe. Alors qu'en 1952 on ne comptait que 1.700 avortements légaux, ce nombre était passé à 151.900 en 1959 et à 187.500 en 1967.[107,109] En dépit de l'assouplissement progressif de la législation en matière d'interruption de la grossesse, plusieurs auteurs constatent que l'avortement illégal continue à être pratiqué sur une échelle relativement grande. D'autre part le taux de la natalité en Hongrie est actuellement l'un des plus bas d'Europe. Les indications médicales invoquées

pour justifier l'interruption de la grossesse n'interviennent que pour 4 % des cas, contre 10 % en Tchécoslovaquie et 1 % en Roumanie[49] (dans ce dernier pays toutefois, avant l'introduction en 1966 d'une législation plus restrictive).

L'Ordonnance du 24 juin 1956 prévoit que la commission compétente autorise l'interruption de la grossesse : a) si elle est nécessaire soit pour sauver la vie de la femme enceinte en cas de maladie grave, soit pour éviter que l'état d'une malade n'entraîne des complications, soit enfin s'il est à prévoir que l'enfant subirait des lésions très graves; b) si des conditions personnelles et familiales la justifient ou si la requérante maintient sa demande malgré les explications fournies par la commission, l'intervention ne pouvant toutefois être autorisée, pour ces derniers motifs, que si la grossesse date de moins de douze semaines. L'interruption de la grossesse ne peut être pratiquée que sous le régime de l'hospitalisation. Les établissements hospitaliers sont tenus de fournir périodiquement des états des interruptions de grossesse qui y sont pratiquées; de leur côté, les commissions compétentes doivent faire rapport de leur activité une fois par an à l'autorité sanitaire.

Pologne

En Pologne, tout comme en Hongrie, on a assisté à un assouplissement progressif de la législation en matière d'avortement. Cette intervention, qui aux termes de la Loi du 28 octobre 1950 sur la profession de médecin ne pouvait être pratiquée qu'en cas de nécessité absolue de sauvegarder la santé de la femme ou lorsque la grossesse était valablement prévenue résulter d'un acte réprimé par le Code pénal, peut en effet être motivée, depuis la promulgation de la Loi du 27 avril 1956 (dont le but était, aux termes de son préambule, de protéger la femme contre les effets nuisibles de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions et en dehors de l'intervention d'un médecin), par des indications médicales ainsi que (sauf contre-indication médicale) par les conditions d'existence difficiles de la femme enceinte ou s'il y a lieu de croire que la grossesse résulte d'un acte criminel. Cette libéralisation a entraîné une baisse considérable du nombre des avortements illégaux. Parallèlement, la mortalité due à l'avortement passait de 76 cas en 1959 à 26 cas en 1965.[72] Par contre la natalité, qui en Pologne était en 1952 deux fois supérieure à celle du Royaume-Uni, était tombée en 1965 en dessous de celle de ce dernier pays.[49]

Il est également intéressant de noter que, d'après une statistique portant sur l'année 1968, sur 121.700 avortements légaux 120.000 avaient été autorisés pour des motifs d'ordre social contre 1700 seulement pour des raisons d'ordre médical.[73]

Aux termes de l'Ordonnance du 19 décembre 1959, prise en application de la Loi du 27 avril 1956 et qui a remplacé une Ordonnance en date du 11 mai 1956, toute femme enceinte qui a l'intention d'interrompre sa grossesse doit s'adresser à un médecin pour qu'il lui délivre un certificat déclarant admissible cette intervention. Si l'opération est demandée en raison de ses conditions d'existence, la femme est tenue de présenter à

ce praticien un certificat attestant ces conditions (depuis 1960 toutefois, une déclaration verbale de la femme semble être suffisante pour établir sa situation sociale difficile.[37] En se fondant sur les examens effectués ou, s'il s'agit d'une interruption de grossesse demandée en raison des conditions d'existence difficiles de la femme, en se basant sur le certificat qui a été délivré à cette dernière, le médecin établit si les conditions d'interruption de la grossesse sont réunies et s'il n'y a pas de contre-indications (celles-ci n'étant toutefois pas précisées dans ce texte). Tout médecin qui délivre à une femme un certificat déclarant admissible une interruption de sa grossesse doit notamment la renseigner sur les moyens de prévenir la grossesse et lui donner l'adresse des établissements où il peut être procédé à l'avortement. Toute femme à laquelle un médecin aura délivré un certificat déclarant que l'interruption de la grossesse ne peut être autorisée a le droit de s'adresser à la section sanitaire du conseil populaire d'arrondissement dans le ressort duquel se trouve son domicile pour demander que son cas soit soumis à une commission médicale (celle-ci étant composée de trois médecins). Tout médecin qui procède à des interruptions de grossesse en dehors d'un établissement public du service de santé doit tenir un fichier médical des interventions pratiquées et adresser, chaque trimestre, à la section sanitaire du conseil populaire d'arrondissement un rapport sur le nombre de ces interventions. Comme on l'a déjà indiqué par ailleurs (voir p. 477), une Instruction en date du 19 décembre 1959 a fixé les modalités selon lesquelles les interruptions de grossesse peuvent se faire sous forme ambulatoire.

Roumanie

En Roumanie, la libéralisation de l'avortement introduite par le Décret du 30 septembre 1957 a eu pour résultat de faire baisser le taux de natalité qui était de 25,6 ‰ en 1955 à 16,2 ‰ en 1962 et à 14,6 ‰ en 1965.[47,62] Cette mesure s'est en outre traduite par une augmentation croissante du nombre des avortements légaux qui avait été estimé à 112.000 pour 1958, 219.600 pour 1959 et 1.115.000 pour 1965.[72,108] Jusqu'à l'année 1966 où des dispositions strictes en matière d'avortement ont été réintroduites, les conditions de l'interruption de la grossesse étaient si expéditives que sa pratique se trouvait même à la portée des touristes étrangères se rendant dans ce pays, sans recourir à aucune hospitalisation. Parallèlement à la promulgation du Décret du 29 septembre 1966 portant réglementation de l'interruption de la grossesse, un décret de même date modifiait les dispositions appropriées du Code pénal pour prévoir notamment que tout avortement provoqué dans les conditions autres que celles prévues par la loi constitue un délit pénal et que tout médecin qui provoque l'avortement dans un cas d'urgence sans autorisation et sans avoir averti l'autorité compétente dans le délai imparti commet également un délit (dispositions qui ont été ultérieurement reprises dans le nouveau texte du Code pénal fixé par la Loi du 21 juin 1968). Cette nouvelle politique a eu pour résultat immédiat d'accroître considérablement la natalité au cours de l'année 1967 et de faire baisser le nombre des avortements légaux (d'après des rensei-

gnements communiqués par le Ministère de la Santé de Roumanie ce nombre n'a été que de 51.659 en 1967).

Le Décret N° 770 du 29 septembre 1966 a été suivi d'une instruction d'application en date du 19 octobre 1966 qui prévoit que l'interruption de la grossesse, interdite en principe, peut toutefois être exceptionnellement autorisée lorsque :

a) la grossesse met en danger la vie de la femme, ce danger ne pouvant être éliminé par un autre moyen;

b) l'un des parents est atteint d'une maladie grave à caractère héréditaire ou pouvant provoquer des malformations congénitales graves;

c) la femme enceinte présente des troubles physiques, psychiques ou sensoriels graves;

d) la femme est âgée de plus de 45 ans;

e) la femme est déjà mère de quatre enfants à sa charge;

f) la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste.

Les différentes indications médicales et judiciaires qui peuvent donner lieu à une interruption de la grossesse sont spécifiées en annexe, celle-ci précisant cependant que l'existence de certaines de ces maladies ne signifie pas nécessairement une indication absolue. L'interruption de la grossesse est autorisée par une commission médicale créée auprès des arrondissements et des villes de la République qui disposent du personnel médical et des formations spécialisées d'obstétrique et de gynécologie. Cette commission a son siège dans l'hôpital dont fait partie le service d'obstétrique et de gynécologie où sera effectuée l'intervention. Si l'autorisation est accordée, la commission médicale transmet celle-ci à la direction de l'hôpital. L'intervention ne peut être effectuée que dans les trois premiers mois de la grossesse et, exceptionnellement, en cas de danger pour la vie de la femme, jusqu'au sixième mois. Un registre spécial des interventions doit être tenu par l'hôpital ou le service d'obstétrique et de gynécologie. A sa sortie de l'hôpital la femme reçoit un guide d'éducation sanitaire concernant la régulation des naissances. Le médecin qui procède à une interruption de la grossesse d'urgence doit avertir dans les 24 heures, par téléphone et par écrit, le procureur de l'arrondissement ou de la ville. Il doit mentionner sur la feuille d'observation les constatations faites au cours des examens des intéressées en mentionnant l'existence éventuelle de signes de manœuvres abortives.

Tchécoslovaquie

En Tchécoslovaquie, ce n'est qu'en 1957 qu'une loi spécifique relative à l'interruption artificielle de la grossesse a été promulguée. Cette loi, qui a abrogé les dispositions de l'article 218 de la Loi pénale N° 86 de 1950 (qui prévoyait que l'avortement n'était exceptionnellement pas punissable si la grossesse ou l'accouchement pouvaient gravement compromettre la santé de la femme ou si l'un des parents était atteint d'une maladie héréditaire grave, le diagnostic médical devant être confirmé par un médecin officiel et l'intervention ne pouvant se faire qu'avec le consentement de l'intéressée et dans un établissement hospitalier), vise, comme il est précisé dans ses dispositions préliminaires, à prévenir les dommages qui sont causés à la santé et à la vie des femmes à la suite d'interventions pratiquées par des personnes non qualifiées et en dehors des établissements médicaux. On estimait en effet que jusqu'à 1957 le nombre annuel d'avortements criminels était de 100.000 à 300.000 [28] (les chiffres cités par Heiss [29] étant toutefois inférieurs à ces données), celui des avortements légaux ne portant que sur 2.000 à 7.000 interventions. Après la promulgation de la nouvelle Loi de 1957 et de ses dispositions d'application, une statistique portant sur la période 1958-1967 a fait apparaître un nombre d'avortements légaux variant de 70.000 à 90.000 par an. Pour l'année 1968 ce nombre a été d'environ 100.000. Il semble toutefois que le nombre d'avortements illégaux reste assez élevé et n'aurait diminué que dans une proportion de 65 à 80 %.[29]

Aux termes de la Loi N° 68 du 19 décembre 1957 précitée, la grossesse ne peut être interrompue artificiellement qu'avec le consentement de la femme enceinte (ou éventuellement de son représentant légal) et après obtention d'une autorisation délivrée, après examen de la demande de l'intéressée, par une commission spéciale et qui ne peut être accordée que pour des raisons médicales ou d'autres motifs particulièrement dignes d'être pris en considération. En outre, l'intervention ne peut être pratiquée que dans un établissement comportant hospitalisation.

Les modalités d'application de cette loi sont actuellement réglées par le Décret gouvernemental du 21 décembre 1962, modifié notamment en date du 6 juillet 1966. Le détail de la procédure d'interruption de la grossesse a en outre été précisé par voie d'instructions ministérielles dont la dernière en date est celle du 17 septembre 1966. Les raisons de santé (indications médicales) qui justifient l'interruption de la grossesse y font l'objet d'une énumération détaillée donnée en annexe.* D'autre part sont considérés comme particulièrement dignes d'être pris en considération et comme pouvant justifier cette intervention les motifs suivants : *a*) l'âge avancé de la femme; *b*) l'existence d'au moins trois enfants; *c*) le décès du conjoint ou son invalidité; *d*) la rupture du foyer; *e*) le cas où le niveau de vie peut être compromis du fait que la responsabilité économique en ce qui concerne l'entretien de la famille ou de l'enfant repose sur la femme; *f*) la situation précaire de la femme non mariée résultant de son état de grossesse; *g*) tout fait prouvant que la grossesse résulte d'un viol ou de tout autre acte criminel. Toutefois l'interruption de la grossesse ne peut avoir lieu (sauf si sa continuation peut mettre en danger la vie de la femme) lorsque se présentent des contre-indications telles que : durée de grossesse supérieure à 12 semaines; maladies inflammatoires aiguës ou chroniques

* Cette énumération inclut des maladies à caractère héréditaire ainsi que, sous la rubrique « indications gynécologiques et obstétricales », des motifs tels que la conception outre pouvoir en légal directe et autre faites et sœurs et la conception intervenant avant que la femme ait atteint l'âge de 16 ans ou lorsqu'elle a dépassé l'âge de 45 ans.

des organes génitaux; foyers purulents présentant un risque pour le succès de l'intervention; maladies transmissibles aiguës; cas où une interruption de grossesse a déjà été pratiquée au cours des six derniers mois; cas d'incompatibilité sanguine du système AB-O chez les femmes n'ayant encore jamais accouché. Toute femme désireuse de subir une interruption artificielle de la grossesse doit s'adresser soit directement soit par l'intermédiaire de son médecin traitant au directeur du service de gynécologie de tout hôpital avec policlinique, situé dans l'arrondissement ou elle a son domicile permanent ou dans lequel se trouve le siège de l'établissement de travail ou d'enseignement qu'elle fréquente, et lui communiquer les motifs de sa demande. S'il n'existe aucun hôpital avec policlinique dans l'arrondissement, elle doit s'adresser au directeur du service de gynécologie de la policlinique. Le chef du service de gynécologie saisi de la demande transmet cette dernière à la commission d'interruption de la grossesse créée au sein de la section sanitaire du conseil populaire de l'arrondissement (ou de la circonscription équivalente). Cette commission (qui comprend trois membres dont un médecin appartenant de préférence au service de gynécologie et obstétrique d'un hôpital avec policlinique ou d'une policlinique) doit examiner attentivement la situation globale résultant de l'ensemble des troubles d'ordre médical et des conditions sociales et prendre également en considération les contre-indications prévues par les dispositions en vigueur (le délai des 12 semaines de grossesse, déterminé non seulement au moyen de l'anamnèse mais également par un examen objectif de l'utérus, devant notamment être scrupuleusement observé) et décider si l'intervention doit être entreprise même en cas de contre-indications. L'interruption de grossesse éventuellement autorisée doit avoir lieu dans le service de gynécologie de l'hôpital avec policlinique dont le chef est membre de la commission ou, sur demande de l'intéressée, dans un autre hôpital avec policlinique. La commission d'interruption de la grossesse s'abstient de convoquer la femme enceinte à l'examen de sa demande lorsqu'il s'agit d'une intervention motivée par des motifs d'ordre médical dûment constatés par un médecin ou lorsque la requérante est âgée de plus de 40 ans, a au moins trois enfants vivants ou est veuve ou lorsque la grossesse résulte d'un viol ou d'un autre acte criminel (elle peut procéder de même, sur proposition d'un médecin, par d'autres motifs importants). Avant la fin de l'hospitalisation, le médecin a la possibilité de la commission doit informer la femme de ses droits et notamment de l'avertir que toute interruption de grossesse obtenue éventuellement ne peut avoir lieu avant un délai de six mois.

En cas de rejet de sa demande, le président de la commission d'interruption de la grossesse d'arrondissement doit informer la requérante de la possibilité d'interjeter appel auprès de la commission d'interruption de la grossesse de province.

L'autorisation d'interruption de la grossesse peut être accordée aux ressortissantes étrangères dans les conditions qui ont déjà été analysées par ailleurs (voir p. 482).

Aux fins de poursuites contre les personnes qui procèdent à des avortements illégaux, il incombe à tout médecin de déclarer au procureur

d'arrondissement ou autres services compétents chaque cas où aura été constatée, à l'occasion d'un examen médical et en se fondant sur des indices scientifiquement établis, l'existence chez la patiente d'une interruption de grossesse pratiquée en infraction à la législation en vigueur. La même procédure doit être suivie en cas de décès résultant d'un avortement illégal.

L'RSS

En URSS, au cours d'une première période allant de 1917 à 1920, tout avortement était considéré illégal même sur indications médicales.[29] Puis en 1920, un décret pris conjointement par le Commissariat du Peuple à la Santé et par le Commissariat du Peuple à la Justice rendait légal l'avortement afin de lutter contre les méfaits de la pratique de l'avortement clandestin. On constatait en effet à cette époque qu'à la suite de manœuvres abortives criminelles, une proportion allant jusqu'à 50% des femmes avortées se trouvaient atteintes de complications infectieuses et jusqu'à 4% d'entre elles décédaient. Ce décret précisait toutefois que l'intervention devait avoir lieu dans les hôpitaux et ne pouvait être pratiquée que par les médecins. Tout médecin qui pratiquait l'avortement dans l'exercice privé de sa profession à des fins lucratives restait passible de poursuites. Cette législation de l'avortement restait toutefois soumise à certaines restrictions et notamment l'intervention devait, sauf danger grave pour la santé de la femme, être fortement déconseillée, et si possible retardée, par le médecin en cas de première grossesse. Les médecins étaient en outre tenus d'une manière générale de faire tous leurs efforts pour déconseiller l'opération (bien qu'ils n'aient pu la refuser sauf si la grossesse datait de plus de deux mois et demi) et pour dissuader la femme d'y recourir s'il n'existait aucune raison d'ordre social, économique ou médical la justifiant et notamment si elle avait moins de trois enfants et disposait des ressources nécessaires pour élever un nouvel enfant.

La mise en application du Décret de 1920 eut pour résultat d'accroître considérablement le nombre des avortements (pour l'année 1934, 700.000 avortements légaux étaient enregistrés dans la seule RSFSR) et, pour remédier à cette situation, la législation relative à l'interruption de la grossesse subissait une nouvelle réforme par un décret édicté en 1936 qui limitait l'intervention aux cas où la grossesse pouvait mettre en danger la vie de la femme ou présenter un risque grave pour sa santé ainsi qu'aux cas où une maladie des parents pouvait se transmettre à la descendance, l'exécution de l'opération devant se faire sous forme hospitalière. Peu après, le Commissariat du Peuple à la Santé établissait une liste précise des indications médicales groupées sous 15 rubriques dont la dernière relative aux cas de maladies héréditaires (hémophilie, arriération mentale, épilepsie, surdi-mutité, etc.); cette liste était suivie d'une énumération des contre-indications à l'interruption de la grossesse (blennorragie, vulvo-vaginite, bartholinite, foyers purulents, maladies infectieuses aiguës, etc.). Ce décret est resté en vigueur (sous réserve d'une modification introduite en 1954 supprimant les sanctions pénales dont étaient passibles les

femmes enceintes en cas d'avortement provoqué) jusqu'à la promulgation du Décret du 23 novembre 1955 qui reprend dans ses grandes lignes les dispositions du Décret de 1920 et qui « relégalise » la pratique de l'avortement.[29]

Ce décret de 1955 prévoit que l'exécution des interruptions de la grossesse n'est autorisée que dans les hôpitaux et autres établissements sanitaires conformément aux dispositions d'une instruction édictée par le Ministre de la Santé de l'URSS, les médecins et les personnes n'ayant pas de qualifications médicales spéciales qui pratiquent des avortements en dehors de ces hôpitaux ou établissements demeurant passibles de poursuites pénales. L'Instruction du 28 décembre 1955 qui porte application de ce décret prévoit que toute femme enceinte qui en fait la demande peut obtenir l'interruption de sa grossesse. Toutefois l'opération ne peut avoir lieu que s'il n'existe aucune des contre-indications dont on a déjà donné l'énumération par ailleurs (voir p. 473).

Toute femme désireuse de faire interrompre sa grossesse doit recevoir un certificat du médecin de la santé publique local, d'un gynécologue ou, dans certains cas, d'un médecin exerçant dans un centre de consultation sociale. Après un examen approfondi, le praticien doit confirmer qu'il existe une indication en vue de l'avortement et dirige éventuellement l'intéressée sur un hôpital en vue de l'exécution de l'intervention (hospitalisation minimum étant de 3 jours). Selon un compte-rendu publié récemment,[29-21] il est devenu de pratique courante qu'un gynécologue discute avec la femme des motifs de sa demande et l'avertisse des conséquences possibles de l'intervention. Un juriste est consulté dans les cas sociaux difficiles. Si la femme enceinte persiste à demander l'interruption de grossesse sa requête doit être acceptée.

D'après Mehlan,[28] il est procédé à environ six millions d'avortements légaux par an en URSS. Une source citée par David [22] donne le chiffre de 1,6 avortements pour une naissance vivante en 1960 et de 2,5 à 3 avortements pour une naissance vivante en 1965.

Yougoslavie

En Yougoslavie, l'interruption de la grossesse pouvait, depuis l'entrée en vigueur du Décret du 11 janvier 1952, être autorisée sur la base d'indications médicales, eugéniques, morales (grossesse résultant d'un crime ou d'un délit) et exceptionnellement médico-sociales; ces indications ont ensuite été élargies par le Décret du 16 février 1960 qui a abrogé le décret précité puis, en dernier lieu, par le Décret du 26 avril 1969. Aux termes de l'article 3 de ce dernier texte, l'interruption de la grossesse peut actuellement être exécutée avec le consentement ou sur la demande de la femme enceinte : 1° lorsqu'il est médicalement établi qu'aucun autre moyen ne peut sauver sa vie ou prévenir une atteinte grave à sa santé pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement ou après celui-ci (l'intervention pouvant alors avoir lieu quelle que soit la durée de la grossesse); 2° lorsque les connaissances de la science permettent de conclure qu'en raison d'une maladie des parents l'enfant risque de naître avec de graves déficiences physiques ou mentales (l'intervention ne pouvant toutefois avoir lieu passé le troisième mois de grossesse que si elle ne risque pas d'entraîner de dommage grave pour la santé de la femme ou de danger immédiat pour sa vie); 3° lorsque la grossesse résulte d'un acte criminel (viol, inceste, etc.) (l'intervention ayant lieu dans les mêmes conditions que dans les cas prévus au point 2°). En outre, conformément aux dispositions de l'article 4, l'intervention est exécutée sur la demande de la femme enceinte lorsque celle-ci risque de se trouver placée, pendant la grossesse ou après l'accouchement, dans des conditions personnelles, familiales, matérielles, etc. difficiles, l'opération ne pouvant toutefois avoir lieu dans ce cas qu'au cours des trois premiers mois de cette grossesse.

Ce même décret de 1969 prévoit que la femme doit être informée comme il convient des conséquences qui peuvent résulter de l'interruption de la grossesse et des moyens anticonceptionnels à utiliser éventuellement. L'intervention doit avoir lieu dans les établissements sanitaires qui remplissent les conditions requises pour mener à bien l'opération. L'établissement sanitaire où est exécutée l'interruption de grossesse ou dans lequel est mené à terme un avortement déjà déclenché doit déclarer au service compétent tous les cas de mort fœtale dans un délai de trois jours. En outre, en cas d'indice de manœuvres criminelles, le directeur de l'établissement qui mène à terme l'avortement déjà déclenché doit en faire sans délai la déclaration au parquet compétent.

En attendant que soient édictées les dispositions d'application du Décret du 26 avril 1969, la procédure d'examen des demandes d'interruption de la grossesse demeure régie par les prescriptions pertinentes du Décret du 16 février 1960 et de l'Instruction du 28 octobre 1960. Ces demandes sont examinées par des commissions de première et de deuxième instance qui sont créées auprès des établissements sanitaires disposant d'un service de gynécologie dûment organisé (hôpitaux généraux, maternités, cliniques de gynécologie et obstétrique). Ces commissions, qui doivent rendre leurs décisions dans un délai de trois jours après l'introduction de la demande (ou d'une semaine au plus si des raisons valables le justifient), sont composées de deux médecins (dont un spécialiste en obstétrique et gynécologie) et d'un travailleur social. La commission de première instance examine si les conditions d'autorisation d'interruption de la grossesse sont réunies et prend ses décisions à la majorité des voix sauf si l'un des médecins membre de cette commission affirme qu'il existe des contre-indications médicales. Si la demande est rejetée, la commission doit avertir la requérante qu'elle peut introduire immédiatement une demande pour que son cas soit réglé par la commission de deuxième instance.

En dépit des dispositions relativement libérales de cette législation, on a relevé que le nombre d'avortements illégaux reste important. D'après une estimation officielle le nombre annuel d'avortements serait de plus de 200.000 cas dont 70% sont exécutés dans les conditions légales.[73] En effet, une proportion notable (40 à 50%) des femmes dont la demande a été rejetée (le pourcentage des demandes refusées atteindrait 10 à 12% en Yougoslavie) se fait avorter dans des conditions non licites.[89] En outre, dans certains cas et notamment dans les zones rurales, les femmes préfèrent

se faire avorter illégalement même au cas où elles pourraient faire pratiquer l'intervention en se conformant à la procédure légale; d'autres ont recours à l'avortement clandestin afin de préserver leur anonymat.

Pays scandinaves

Les pays scandinaves ont adopté, bien qu'à des dates différentes (à savoir dans les années qui ont précédé la Seconde Guerre mondiale pour l'Islande, le Danemark et la Suède et à partir de 1950 et 1960 respectivement pour la Finlande et la Norvège), une politique relativement uniforme en matière d'interruption légale de la grossesse. Cette politique allant dans le sens d'une libéralisation progressive des indications pouvant justifier l'avortement a eu pour conséquence une augmentation sensible du nombre des avortements légaux au cours des dix dernières années. En dépit de cette libéralisation, il semble toutefois que le nombre des avortements illégaux ait continué à demeurer important et que certaines ressortissantes de ces pays, qui ne peuvent obtenir l'autorisation d'interruption de la grossesse, se rendent à l'étranger pour se faire avorter.

Une caractéristique intéressante de la législation des divers pays de cette zone a été l'adoption de la notion d'indication médico-sociale, de laquelle il ressort que pour évaluer le danger grave pour la santé de la femme il y a lieu de tenir compte de diverses circonstances telles que, par exemple, les conditions de vie difficiles de l'intéressée. Bien qu'il ne soit pas aisé de tracer une limite précise entre l'indication médicale, l'indication médico-sociale et l'indication sociale, les lois de ces pays avaient jusqu'à une date récente exclu la notion d'indication purement sociale. Cependant, comme on le verra plus loin, des motifs d'ordre social ont été retenus par les nouvelles lois édictées au début de 1970 par le Danemark et la Finlande, le premier de ces pays prévoyant même que l'intervention peut avoir lieu sans autorisation spéciale lorsque la femme enceinte est déjà mère de quatre enfants de moins de 18 ans vivant à son foyer.

Danemark

Au Danemark, avant 1937, bien que le Code pénal de 1930 n'ait pas prévu de cas d'avortement non punissables, l'interruption de la grossesse était toutefois admise dans la pratique pour prévenir un danger grave pour la vie ou la santé de la mère. Le 18 mai 1937 a été promulguée dans ce pays la première loi traitant spécifiquement de l'avortement et qui prévoyait que cette intervention pouvait être autorisée pour trois catégories de motifs, à savoir : 1° d'ordre médical (intervention rendue nécessaire pour prévenir un risque grave pour la vie ou pour la santé de la femme enceinte); 2° d'ordre moral (grossesse résultant d'un acte réprimé par certaines dispositions du Code pénal); 3° d'ordre eugénique (risque de transmission à l'enfant de maladies héréditaires).

Cette loi, qui n'est toutefois entrée en vigueur que le 1er octobre 1939, contenait dans son article 2 des dispositions laissant entendre que le « risque

grave » pour la femme pouvait être dû à d'autres causes qu'une maladie, introduisant par là implicitement la notion d'indication médico-sociale. Elle fut en outre suivie d'un certain nombre d'instructions, de circulaires, etc. qui en précisèrent les dispositions. Les statistiques établies dans les années qui suivirent montrèrent un accroissement considérable du nombre des avortements légaux (qui avait presque décuplé entre 1940 et 1951) sans préjudice d'une augmentation sensible de celui des autres cas d'avortements traités dans les hôpitaux (qui avait plus que doublé pendant cette même période), situation qui a pu s'expliquer par un changement d'attitude du public vis-à-vis du problème de l'avortement et par une réserve moins marquée de la population féminine à l'égard de la pratique de l'interruption de la grossesse.[33] Pour ce qui est des avortements légaux, une statistique de 1951 faisait d'autre part ressortir que ces interventions avaient été justifiées dans 15,6 % des cas par des motifs strictement médicaux (risque d'atteinte à la santé physique), dans 76,5 % des cas par des motifs médicaux impliquant un risque pour la santé mentale (assortis ou non de motifs sociaux), dans 0,4 % des cas par des motifs d'ordre moral et dans 7,5 % des cas par des motifs d'ordre eugénique[34]. Cette disproportion marquée et notamment l'interprétation abusive de la notion d'indications « socio-psychiatriques » qui ne correspondait ni à l'esprit ni aux objectifs des textes en vigueur justifièrent une révision de la législation concrétisée avec la promulgation de la Loi du 22 juin 1956. Cette loi précisait notamment que la grossesse pouvait être interrompue quand l'intervention était nécessaire pour prévenir un grave danger menaçant la vie ou la santé de la femme et que pour évaluer ce danger il y avait lieu de tenir compte, en se fondant sur l'appréciation de toutes les circonstances de l'espèce y compris sur les conditions dans lesquelles la femme devait vivre, non seulement de la présence d'une maladie physique ou mentale mais également de tout état d'infirmité physique ou mentale, réel ou potentiel. En outre, tout en conservant les motifs d'ordre moral et en élargissant les motifs d'ordre eugénique, ce texte prévoyait que l'interruption de la grossesse pouvait avoir lieu quand, dans des cas tout à fait particuliers, il résultait, de déficiences physiques ou mentales graves ou de quelque autre circonstance constituant un motif d'ordre médical, que la femme devait être considérée comme inapte à prendre soin de son enfant. Sauf risque grave pour la santé physique ou mentale de la femme, l'intervention qui, aux termes de la Loi de 1937, devait être pratiquée avant l'expiration du troisième mois de la grossesse pouvait dès lors avoir lieu jusqu'à la seizième semaine.

Il est intéressant de noter que cette loi de 1956 n'a pas eu pour résultat, tout au moins initialement, de faire augmenter le nombre des avortements légaux bien que des modifications sensibles dans la répartition des indications les ayant motivés se soient produites. En outre le nombre des avortements illégaux était resté proportionnellement élevé et se situait à près de 15.000 par an (c'est-à-dire 3 à 4 fois celui des avortements légaux) d'après les chiffres cités par Skalts et Nougaard.[100]

Une nouvelle étape allant dans un sens nettement libéral a été depuis lors marquée par la promulgation de la Loi du 24 mars 1970. Désormais l'interruption de la grossesse peut avoir lieu sans autorisation spéciale :

a) lorsqu'elle est nécessaire pour prévenir un danger pour la vie de la femme ou d'atteinte grave à sa santé physique ou mentale et que ce danger est fondé sur des motifs exclusivement ou principalement médicaux; *b*) pour toute femme domiciliée au Danemark lorsqu'elle a 38 ans révolus ou aura atteint cet âge au terme de la douzième semaine de grossesse ou encore lorsqu'elle est mère d'au moins quatre enfants de moins de 18 ans vivant à son foyer. Toute femme domiciliée au Danemark peut en outre subir une interruption de grossesse sur autorisation : 1° lorsque la grossesse, l'accouchement ou les soins à dispenser à l'enfant peuvent entraîner un danger d'atteinte à sa santé (la décision étant prise compte tenu non seulement des maladies physiques ou mentales éventuelles mais également des états de débilité physique ou mentale existant ou risquant de se manifester ainsi qu'en prenant en considération les conditions d'existence de l'intéressée); 2° lorsque la conception s'est produite dans les circonstances visées par certaines dispositions du Code pénal; 3° lorsqu'en raison de dispositions héréditaires ou en raison d'une maladie au stade embryonnaire, l'enfant risque d'être atteint d'un trouble physique ou mental grave; 4° lorsque la femme se trouverait, en raison d'un trouble physique ou mental ou d'une débilité mentale, dans l'incapacité de donner les soins nécessaires à l'enfant; 5° lorsque la femme se trouverait, en raison de son jeune âge ou de son manque de maturité d'esprit, dans l'incapacité immédiate de donner les soins nécessaires à l'enfant; 6° lorsque la grossesse, la naissance ou les soins dispensés à l'enfant entraîneraient selon toute probabilité une charge importante qui ne pourrait être évitée d'une autre manière. Les autorisations spéciales d'interruption de la grossesse sont accordées par des commissions créées auprès des institutions d'assistance aux mères (chaque commission se composant du directeur de l'institution, ou de son représentant, d'un médecin spécialiste en gynécologie ou en chirurgie et d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou ayant des connaissances spéciales en médecine sociale) et dont les membres doivent prendre leurs décisions d'autoriser l'avortement à l'unanimité. En cas de rejet de la demande, l'affaire peut être portée devant un comité de recours. Sauf le cas de danger pour la vie ou d'atteinte grave à la santé physique ou mentale de la femme, l'intervention ne peut avoir lieu au-delà de la douzième semaine de grossesse que lorsque la commission compétente ou le comité de recours l'aura spécialement autorisée. La demande d'interruption de la grossesse doit être présentée par l'intéressée (ou éventuellement par les parents ou le tuteur). Si la femme est mariée et cohabite avec son conjoint, l'avis de ce dernier doit être demandé à moins que des circonstances particulières ne s'y opposent. Avant que l'interruption de la grossesse ne soit effectuée ou autorisée, un médecin doit informer la requérante (ou éventuellement les parents ou le tuteur) de la nature de l'intervention et des conséquences directes et des risques qui peuvent en résulter.

Finlande

En Finlande, avant la promulgation de la Loi de 1950 sur l'interruption de la grossesse, l'avortement ne pouvait être pratiqué, que dans les hôpitaux du pays sur indication médicale et dans le seul but de sauvegarder la vie de la mère. Le nombre d'avortements ainsi autorisés était seulement de 1.196 pour l'année 1938 et de 933 pour l'année 1945.[4]

Afin de limiter les cas d'avortements criminels dont le nombre demeurait assez considérable, la Loi du 17 février 1950 légalisait la pratique de l'interruption de la grossesse notamment, lorsqu'en raison d'une maladie, d'une infirmité physique ou débilité de la femme, la continuation de cette grossesse ou la naissance de l'enfant présentait un grave danger pour la santé de l'intéressée sur le plan physique et mental; en outre, comme on le retrouvera dans la législation danoise de 1956, il devait être tenu compte le cas échéant, pour apprécier l'importance de ce danger, des conditions de vie particulièrement difficiles de la femme et des autres circonstances influant sur l'état de sa santé. Par ailleurs, la grossesse pouvait être interrompue pour des motifs d'ordre moral (en particulier grossesse due à des actes réprimés par certaines dispositions du Code pénal) ou d'ordre eugénique (risque de transmission de maladies héréditaires).

Il semble que cette législation n'ait pas donné les résultats escomptés et une nouvelle loi plus libérale a été promulguée en date du 24 mars 1970. Aux termes des dispositions de cette loi, la grossesse peut être interrompue sur demande de l'intéressée : 1° lorsque sa continuation ou l'accouchement entraînerait, en raison d'une maladie, d'une infirmité physique ou d'une débilité dont serait atteinte la femme enceinte, un danger (et non plus un « grave danger ») pour sa vie ou sa santé; 2° lorsque l'accouchement et les soins à dispenser à l'enfant impliqueraient, en raison de ses conditions de vie et de celles de sa famille ainsi que d'autres circonstances, un surcroît de charge considérable pour elle-même; 3° lorsque la conception s'est produite dans les circonstances prévues par certaines dispositions du Code pénal; 4° lorsqu'au moment de la conception elle était âgée de moins de 17 ans ou de plus de 40 ans ou encore si elle est déjà mère de quatre enfants; 5° lorsqu'il y a motif à présumer que l'enfant serait atteint d'arriération mentale ou serait atteint, dès la naissance ou ultérieurement, d'une maladie grave ou d'une infirmité physique grave; 6° lorsqu'une maladie, un trouble des facultés mentales, etc. des parents peuvent réduire notablement leur capacité à donner les soins nécessaires à l'enfant. Si la femme est incapable, en raison d'une maladie mentale, d'une arriération mentale ou d'autres troubles mentaux, de présenter une demande valable d'interruption de la grossesse, l'intervention peut, si les conditions en sont réunies, avoir lieu avec l'accord d'un curateur ou représentant spécialement désigné à cet effet.

Lorsque l'interruption de grossesse est effectuée pour le motif que l'enfant risquerait, par suite d'une arriération mentale de la mère, d'être lui-même atteint d'une telle arriération, il est procédé simultanément à une opération de stérilisation sauf si des raisons importantes s'y opposent.

Avant qu'il soit procédé à l'interruption de la grossesse, la femme enceinte doit être informée de l'importance de l'intervention et de ses effets.

L'intervention doit être effectuée à un stade aussi précoce que possible et ne peut, sauf en cas de maladie ou d'infirmité physique de la femme, avoir lieu après la seizième semaine de grossesse. La Direction de la Santé publique peut toutefois, si la conception s'est produite alors que la femme

592

n'avait pas encore 17 ans, ou s'il existe un autre motif particulier, autoriser l'opération à un stade plus tardif ne pouvant cependant pas dépasser la vingtième semaine de grossesse.

L'interruption de grossesse peut avoir lieu : 1° dans les cas visés par les points 1° à 3° et 6° de la liste des indications donnée ci-dessus, sur accord de deux médecins ou, dans les cas qui seront précisés par voie d'ordonnance, sur autorisation de la Direction de la Santé publique; 2° dans le cas visé au point 4° de cette liste, sur décision du médecin qui doit procéder à l'intervention; 3° dans les cas visés au point 5° de cette même liste ou dans les cas où il doit être procédé à l'intervention pour des motifs autres que médicaux entre la seizième et la vingtième semaine de la grossesse, sur autorisation de la Direction de la Santé publique. Lorsque les deux médecins (ou éventuellement le médecin) appelés à donner leur décision expriment un avis négatif, l'autorisation d'interruption de la grossesse peut être demandée à la Direction de la Santé publique. Avant que la décision d'interruption de la grossesse ne soit prise, le père de l'enfant à naître, le curateur de la femme enceinte et, si elle est placée dans un établissement public, le médecin ou le directeur de cet établissement doivent, si les circonstances le justifient, avoir la possibilité d'exprimer un avis sur la question.

Les interruptions de grossesse doivent, sauf cas d'urgence, avoir lieu dans un hôpital agréé par la Direction de la Santé publique, tout médecin exerçant ses fonctions dans cet établissement pouvant procéder à ces interventions.

Une ordonnance en date du 29 mai 1970 fixe les modalités de détail concernant la présentation des demandes d'interruption de la grossesse et précise que toute femme dont la grossesse a été interrompue doit, avant la fin de son hospitalisation, recevoir des directives en matière de contraception. Elle prévoit en outre que la Direction de la Santé publique édictera, à l'intention des médecins compétents pour donner un avis sur les interruptions de grossesse et des médecins qui procèdent à ces interventions, des prescriptions visant à faciliter l'interprétation des textes en vigueur et adressera, en particulier, à ces praticiens, des directives en vue de l'adoption d'une méthode uniforme pour l'appréciation des motifs justifiant l'avortement.

Islande

L'Islande est le premier pays scandinave à avoir édicté une loi traitant spécifiquement de la grossesse et, comme on l'a déjà indiqué par ailleurs (voir p. 468), le premier pays du monde à avoir introduit, et ce de manière très explicite, la notion d'indication médico-sociale. Cependant aucune disposition ne semble prévoir les cas d'interruption de la grossesse pour des motifs d'ordre eugénique ou d'ordre moral.

Aux termes de la Loi N° 38 du 28 janvier 1935, l'interruption de la grossesse peut avoir lieu lorsque la conception remonte à moins de 28 semaines et si la continuation de cette grossesse constitue un risque grave manifeste (la notion d'indication médico-sociale indiquée plus haut entrant

en ligne de compte pour l'appréciation de ce risque) pour la santé de la femme. L'intervention doit être exécutée dans un hôpital agréé sur le rapport motivé de deux médecins (à savoir le médecin chef de l'hôpital où l'opération doit avoir lieu et le médecin qui a conseillé à la femme de s'adresser à cet établissement) attestant la nécessité de l'interruption de la grossesse. Toutefois si la femme est enceinte de plus de 8 semaines, le médecin ne peut interrompre la grossesse que s'il existe un danger grave ne pouvant être éliminé par d'autres moyens que cette intervention.

Il est intéressant de relever que l'Islande est le pays scandinave où le nombre d'avortements légaux est de loin le plus faible et où la natalité est la plus élevée. En effet, pour 1.000 naissances d'enfants vivants on compte, d'après des statistiques datant de 1969,[31] 13 avortements légaux alors que le nombre en était de 80 en Suède à la même époque.

Norvège

En Norvège, l'Association des Médecins avait préconisé dès 1930 une réforme radicale de la législation relative à l'avortement et un premier projet de loi fut présenté par le Gouvernement quelques années plus tard. Par suite de l'opposition du Parlement, ce n'est toutefois qu'en 1960 que fut finalement adoptée une loi spécifique relative à l'interruption de la grossesse, légalisant ainsi la situation qui existait en fait en matière de pratique de l'avortement.

La Loi du 11 novembre 1960 (qui ne semble être entrée en vigueur qu'en février 1964) prévoit que l'interruption de la grossesse peut avoir lieu en raison des indications qui étaient déjà contenues dans les lois finlandaise de 1950 et danoise de 1956, à savoir : 1° indications médicales et médico-sociales; 2° indications eupéniques (risque de maladie grave ou de déficience physique ou mentale grave chez l'enfant, en raison de prédispositions héréditaires, d'une maladie affectant la femme pendant sa grossesse ou d'une lésion de l'embryon); 3° indications d'ordre moral (grossesse résultant d'actes réprimés par certaines dispositions du Code pénal).

L'intervention ne peut avoir lieu, sans motif particulier, si la grossesse date de plus de trois mois. Elle ne peut en outre être exécutée que dans des hôpitaux ou cliniques agréés, et en principe que par des médecins spécialistes en chirurgie ou en gynécologie.

La procédure d'autorisation de l'interruption de la grossesse, dont les modalités ont été fixées par la Loi du 11 novembre 1960 précitée et par son décret d'application en date du 20 décembre 1963, prévoit que la demande d'intervention doit être exprimée par l'intéressée, l'un de ses parents ou son tuteur ou curateur pouvant être consulté à cet égard si elle est mineure ou ne jouit pas de toutes ses facultés mentales. Si elle est atteinte de maladie ou d'arriération mentales prononcées, l'un de ses parents ou le tuteur ou curateur peut présenter cette demande. Lorsque la femme est mariée et cohabite avec son conjoint, ce dernier doit, si nécessaire, donner son avis, à moins que des raisons particulières ne s'y opposent. Avant que l'autorisation d'interrompre la grossesse ne soit donnée, un médecin doit présenter par écrit une demande d'hospitalisation contenant,

outre les renseignements personnels concernant l'intéressée, le maximum de données d'ordre médical, social, etc. en rapport avec cette demande, et accompagnée d'une déclaration écrite de la femme (ou éventuellement de son parent, tuteur ou curateur) attestant son désir de recourir à l'intervention. L'autorisation d'interruption de la grossesse est, sauf urgence, donnée par deux médecins, à savoir un praticien nommé par le médecin départemental (et ne devant pas exercer ses fonctions dans le service hospitalier où l'exécution de l'opération est envisagée) et le médecin-chef (ou son suppléant) du service de chirurgie ou de gynécologie de l'hôpital où l'intervention doit avoir lieu (ou éventuellement le médecin qui doit pratiquer cette intervention). S'il y a motif à penser que la demande d'interruption de la grossesse peut être justifiée par les conditions d'existence de la femme, une enquête devra être menée à cet égard avant qu'une décision ne soit prise. Dans tous les cas, la femme doit faire savoir de quelles ressources et autres moyens de subsistance elle pourrait disposer dans l'éventualité où elle mènerait sa grossesse à terme. Si la demande d'interruption de la grossesse est rejetée, le médecin départemental peut demander, sur proposition du médecin traitant, que la femme soit admise dans un autre hôpital afin que la question soit réexaminée par d'autres médecins. L'accord du médecin départemental doit être obtenu pour pratiquer une interruption de grossesse, notamment lorsqu'il y a opposition du curateur ou objection présentée par le parent ou tuteur habilité à émettre un avis sur la demande ou lorsque le mari de la femme mariée n'a pas donné son consentement à l'intervention.

Dans un commentaire récent sur l'application pratique de la législation norvégienne, Grünfeld et Strom[20] font remarquer que ses dispositions ne sont pas interprétées de manière uniforme soit par les médecins traitants soit par les comités de l'avortement. Le nombre effectif des demandes a augmenté d'environ 4.800 en 1965 à approximativement 7.500 en 1969, la proportion de celles qui sont agréées variant de 50% à 90% selon les régions.

Suède

En Suède la législation relative à l'avortement date initialement de 1938 et a subi des modifications successives en 1946, 1963 et 1964. La Loi de 1938 limitait les motifs justifiant l'avortement au danger pour la vie ou la santé (ce danger pouvant être dû à une maladie, à un défaut physique ou à un état de « débilité »), à la grossesse résultant d'un acte criminel et aux cas de risque de transmission d'une affection mentale ou physique héréditaire. Pendant les années qui ont suivi l'entrée en vigueur de cette loi le nombre des avortements légaux est resté assez bas et dépassait à peine 500 cas par an.[12] La modification de 1946 a introduit la notion médico-sociale de « débilité anticipée » (à savoir lorsqu'il y a lieu à s'attendre, compte tenu des conditions de vie de la femme et des autres circonstances, que ses forces physiques et mentales seraient sérieusement affectées par la naissance et la prise en charge d'un enfant) tandis que celle de 1963 (introduite par suite de la constatation des effets tératogènes de la thalidomine) a rendu légal l'avortement lorsqu'il y a motif à présumer qu'en raison d'une lésion intra-utérine, l'enfant risque de naître avec une maladie ou une malformation graves.

L'interruption de la grossesse pour des motifs autres qu'une maladie ou un défaut physique ne peut être pratiquée au-delà de la 20e semaine de grossesse, la Direction générale de la Santé publique et de la Prévoyance sociale pouvant toutefois accorder des dérogations à cette disposition et autoriser l'intervention jusqu'à la fin de la 24e semaine.

Un arrêté portant application de la Loi de 1938 a été édicté en date du 9 septembre 1938, puis modifié en date du 10 mai 1963. L'autorisation d'interruption de la grossesse est, en bref, délivrée dans la plupart des cas sur demande adressée à un centre de consultation de l'avortement, par deux médecins (un médecin exerçant des fonctions officielles et le praticien qui doit procéder à l'intervention) ou par la Direction nationale de la Santé publique et de la Prévoyance sociale (qui, sans préjudice des autres indications, doit examiner tous les cas où les motifs invoqués sont d'ordre eugénique, ou lorsque la femme est incapable de donner un consentement valable en raison de troubles mentaux). Au sein de la Direction nationale de la Santé publique et de la Prévoyance sociale un Comité de Psychiatrie sociale est chargé de toutes questions relatives à l'avortement (ou à la stérilisation). Tietze[108] signale que le nombre des interruptions de grossesse pratiqués en vertu d'un certificat de deux médecins s'est élevé au quart de tous les cas d'interventions autorisées, en 1966, et au tiers de ces cas en 1967.

Il apparaît sans nul doute que la Loi de 1938, modifiée, a été progressivement interprétée de manière plus libérale.[33] Entre 1963 et 1968, par exemple, le nombre des avortements légaux a plus que triplé, passant de 3.528 à 11.000 pour ces deux années respectives. En outre, en 1968 seulement 6% des avortements étaient pratiqués sur indications médicales contre 90% pour des motifs médico-sociaux.[51]

La législation suédoise sur l'avortement ne fait aucune distinction entre les ressortissantes du pays et les étrangères. D'après Borell et Engström,[12] de nombreuses femmes étrangères sont venues en Suède pour se faire avorter. Dans un hôpital, par exemple, quelque 700 ressortissantes étrangères ont fait une demande d'interruption de grossesse entre 1963 et 1965, mais 3% seulement d'entre elles ont pu recevoir l'autorisation requise : cette situation s'explique par le fait qu'il est ordinairement impossible de procéder à l'enquête exigée par la loi suédoise.

En 1965, une commission d'enquête sur le problème de l'avortement a été désignée par le Ministre de la Justice.[83] Ce dernier a suggéré, dans les instructions données à cette commission, de considérer notamment une réforme de la législation donnant une importance plus grande à la propre attitude de la femme face à la question de l'avortement. Le rapport de cette commission devrait être présenté dans le courant de l'année 1970 ou au début de 1971.

Australie et Nouvelle-Zélande

Australie

Les prescriptions applicables à l'avortement en Australie sont contenues dans la législation pénale des Etats. A l'exception de l'Australie méridionale où une réforme importante de la législation relative à l'avortement vient d'être introduite, les différents Etats appliquent toutefois des prescriptions largement similaires. En Nouvelle-Galles du Sud, par exemple, les articles 82 et 83 de la Loi de 1900 sur les délits criminels sont inspirés des dispositions correspondantes de l'« Offences Against the Person Act » du Royaume-Uni (voir p. 502) et précisent, en particulier, que toute femme qui fait illégalement usage de médicaments ou objets nuisibles ou qui utilise tous autres moyens dans le but de se faire avorter est punissable. . . Les mêmes dispositions sont applicables à quiconque procure ou tente de procurer illégalement l'avortement chez d'autres personnes. Le terme « illégalement » utilisé dans ces articles n'a jamais reçu (au moins jusqu'en mai 1969) d'interprétation juridique en Australie. Le précédent créé par l'affaire Bourne est manifestement applicable à cet égard et, en fait, comme le signale le Rapport annuel pour 1968 de l'Association médicale australienne « il a été admis pendant de nombreuses années que l'interruption de grossesse pratiquée par un médecin qualifié agissant de bonne foi pour préserver la vie d'une femme enceinte n'est pas illégal ». L'expression « préserver la vie » a reçu une large interprétation et a été étendue aux cas où un risque grave pour la santé mentale ou physique est indiqué pour des raisons médicales. »[6]

Le problème d'une réforme de la législation australienne sur l'avortement a été abordé notamment dans un éditorial publié dans le *Medical Journal of Australia* en 1968[67] et dans un article de Bretherton paru en 1969 dans la même publication.[52] Pour appuyer sa position en faveur d'une modification des lois existantes, Bretherton fait remarquer, en se fondant sur les observations qu'il a faites dans le cadre de l'exercice de sa profession de médecin, que les demandes d'avortement sont présentées en dépit du niveau d'éducation religieux, moral et social des intéressés et quels que soient leur position sur la légalité de l'acte, leur âge, leur situation de famille ou financière, ou leur couleur, croyance ou nation[68]. Lorsque une femme est résolue à recourir à l'avortement rien ne peut la détourner de son intention. Ce fait constitue, d'après Bretherton, l'un des principaux motifs de l'introduction d'une réforme de la législation.

Le mouvement en faveur d'une telle réforme a reçu une impulsion manifeste avec l'adoption d'une nouvelle législation au Royaume-Uni. Au cours de l'année 1968, certains des gouvernements des Etats ont envisagé d'introduire des modifications dans leur législation ce qui entraîna la publication, en octobre de la même année, d'une déclaration du Conseil national de la Santé et de la Recherche médicale recommandant un certain nombre de principes généraux à cet égard.[7] Jusqu'à maintenant, seule l'Australie méridionale a effectivement introduit de nouvelles prescriptions, contenues dans la Loi de 1969 portant modification de la Loi codifiant la législation pénale, qui a été approuvée en date du 8 janvier 1970. Ces dispositions reprennent pour l'essentiel celles de la Loi de 1967 sur l'avortement du Royaume-Uni (voir p. 503), à la différence qu'aucune mention n'y est faite du risque d'atteinte à la santé physique ou mentale d'enfants de la famille de la femme en tant qu'indication justifiant l'interruption de la grossesse. Elle contient en outre une disposition de réserve non prévue par la loi britannique, relative aux conditions de séjour dans l'Etat, et qui précise que, sauf cas d'urgence (à savoir lorsque l'intervention s'impose sans délai pour sauvegarder la vie de la femme enceinte ou pour prévenir une atteinte grave à sa santé physique ou mentale), l'avortement ne peut être autorisé que si l'intéressée y a résidé pendant une durée d'au moins deux mois précédant la date où l'interruption de la grossesse doit avoir lieu. Le Gouverneur est habilité à édicter des règlements portant application de cette loi.

En Australie occidentale, un premier projet visant à autoriser l'interruption de la grossesse sur indications médicales, eugéniques, médico-sociales et mentales a été abandonné et remplacé par un texte similaire amendé pour tenir compte de certaines objections constitutionnelles éventuelles. D'après Winton,[112] il ne paraît pas certain que ce texte soit finalement retenu.

Dans l'Etat de Victoria, le Gouvernement a affirmé son intention de ne procéder à aucune modification de la législation relative à l'avortement. Toutefois une règle de droit importante (à l'occasion d'un procès pour avortement) a été formulée le 22 mai 1969 dans le but de préciser l'interprétation du terme « illégalement ». La déclaration faite par le juge à cet égard était la suivante : « Pour que l'emploi d'un instrument dans l'intention de procurer un avortement soit considéré légal, l'accusé doit avoir cru de bonne foi [honesth] et pour des motifs valables que son intervention : *a*) était nécessaire pour préserver la femme d'un danger grave pour sa vie ou pour sa santé physique ou mentale (à l'exclusion des dangers normaux découlant de la grossesse et de l'accouchement) qui résulterait de la continuation de la grossesse, et *b*) n'était pas, dans les circonstances de l'espèce, hors de proportion avec le danger à prévenir . . . »[113]

Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, la législation relative à l'interruption de la grossesse est essentiellement identique à celle qui existait au Royaume-Uni avant l'adoption de la Loi de 1967 sur l'avortement. Les dispositions applicables en la matière sont celles des articles 220 à 223 de la Loi de 1908 sur les délits criminels, dont les dispositions s'inspirent nettement des prescriptions correspondantes de la Loi de 1929 sur la vie de l'enfant (préservation) et sur l'Offences against the Person Act de 1861. La règle de droit découlant de l'affaire Bourne semble être applicable en Nouvelle-Zélande.[17,74] Dans un commentaire portant sur la législation actuelle, Brown a fait remarquer que « nul ne pourrait prétendre qu'elle ait pour effet de réduire le nombre des avortements illégaux » dans ce pays.[17]

RÉFÉRENCES

Bibliographie

1. Abortion Law Reform Association (1968) *A guide to the Abortion Act 1967*, London, Abortion Law Reform Association
2. Addison, P. H. (1968) *Lancet*, **2**, 503
3. Akinla, O. (1969) *Spontaneous and induced abortion in Africa*, Document de travail OMS non publié HR/SG/AB 69.4
4. Akinla, O. (1970) *Abortion in Africa*. In : Hall, R. E., ed., *Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, vol. I, pp. 291-301.
5. American Medical Association, Committee on Human Reproduction (1967) *J. Amer. med. Ass.*, **201**, 134
6. Australian Medical Association (1969) *Annual report, 1968*, *Med. J. Aust. Suppl.*, 1969, **1**, 46
7. Australian Medical Association (1970) *Annual report, 1969*, *Med. J. Aust. Suppl.*, 1970, **1**, 53
8. Avendaño, O. (1970) *Wld med. J.*, **17**, 82
9. Awan, A. K. (1969) *Induced abortions*, Document de travail OMS non publié HR/SG/AB 69.3
10. Bachi, R. (1970) *Abortion in Israel*. In : Hall, R. E., ed., *Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, vol. I, pp. 274-283
11. Blacque-Belair, M. & Blacque-Belair, A. (1966) *La contraception. Problème médical et humain*, Paris, Librairie Maloine, p. 108
12. Borell, U. & Engström, L. (1966) *Wld Med. J.*, 13, 72
13. Bose, A. K. (1970) *J. Indian med. Ass.*, 54, 334
14. Brotzmecker, L. & Brotzmecker, R. (1967) *Abortion in the German-speaking countries of Europe*. In : Smith, D. T., ed., *Abortion and the law*, Cleveland, The Press of Western Reserve University, pp. 206-223
15. Bretherton, R. C. (1969) *Med. J. Aust.*, **2**, 860
16. British Medical Association, Committee on Therapeutic Abortion (1968) *Brit. med. J.*, **1**, 171
17. Brown, L. W. (1960) *N. Z. med. J.*, **59**, 93
18. *Canad. med. Ass. J.*, 1970, **103**, 201
19. *Canad. med. Ass. J.*, 1970, **103**, 298
20. Chandrasekhar, S. (1970) *Abortion in India*. In : Hall, R. E., ed., *Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, vol. I, pp. 245-250
21. David, H. P. (1970) *Family planning and abortion in the socialist countries of Central and Eastern Europe*, New York, The Population Council, p. 46
22. *Ibid.*, p. 58
23. *Ibid.*, p. 69
24. *Ibid.*, p. 83
25. *Ibid.*, p. 244
26. Desmedt, A. (1953) *L'avortement et le contrôle des naissances. Aspect médico-social et légal*, Lausanne, Librairie Payot, p. 51
27. Diggory, P. (1969) *Lancet*, **1**, 873
28. Diggory, P., Peel, J. & Potts, M. (1970) *Lancet*, **1**, 287
29. Field, M. G. (1956) *New Engl. J. Med.*, 255, 421
30. Fox, L. P. (1967) *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **98**, 645
31. af Geijerstam, G. (1969) *The situation of abortion in Scandinavia*, Document de travail OMS non publié HR/SG/AB 69.10
32. af Geijerstam, G., ed. (1969) *An annotated bibliography of induced abortion*, Ann Arbor, Mich., University of Michigan
33. af Geijerstam, G. (1970) *Abortion in Scandinavia*. In : Hall, R. E., ed., *Abortion in a changing World*, New York and London, Columbia University Press, vol. I, pp. 315-324
34. George, B. J., jr. (1967) *Current abortion Laws : proposals and movement for reform*. In : Smith, D. T., ed., *Abortion and the law*, Cleveland, The Press of Western Reserve University, pp. 1-36
35. Godber, G. E. (1969) *Lancet*, **2**, 312
36. Goldmark, C., jr. (1970) *Wld med. J.*, **17**, 74
37. Government of India, Ministry of Health and Family Planning (1967) *Report of the Committee on Legalization of Abortion*
38. *Ibid.*, p. 136
39. Grünfeld, B. & Strøm, A. (1970) *Wld med. J.*, **17**, 87
40. Hall, R. E., ed. (1970) *Abortion in a changing world. Vols. I & II*, New York and London, Columbia University Press
41. Hankinson, R. K. B. et al., eds. (1967) *Proceedings of the Eighth International Conference of the International Planned Parenthood Federation, Santiago, Chile, 9-15 April 1967*
42. Harmon, H. (1969) *Rev. Soc. med. Sci.*, 6, N° 2, 19
43. Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille (1966) *La régulation des naissances*, Paris, La Documentation française, p. 58
44. *Ibid.*, p. 58
45. *Ibid.*, p. 59
46. Hirsa, H. (1967) *Die Abortsituation in Europa und in ausserreuropäischen Ländern*, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, p. 56
47. *Ibid.*, p. 93
48. *Ibid.*, p. 99
49. *Ibid.*, p. 163
50. *Ibid.*, p. 192
51. Hreuchler, I. (1969) *Spontaneous and induced abortions in Eastern Europe*, Document de travail OMS non publié HR/SG/AB 69.5
52. Hoffmeyer, H. (1967) *Medical aspects of the Danish legislation on abortion*. In : Smith, D. T., ed., *Abortion and the law*, Cleveland, The Press of Western Reserve University, pp. 179-205
53. Hubinont, P. O. & Polderman, J. (1970) *Abortion in Western Europe*. In : Hall, R. E., ed., *Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, vol. I, pp. 325-337
54. Indian Medical Association (1970) *Wld med. J.*, **17**, 92
55. Ingerslev, M. (1967) *Med. Sci. Law*, **7**, 77
56. Ingram, J. M. (1969) *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **105**, 35
57. Katz, B. (1968) *J. Sex Res.*, **4**, 36
58. Klinger, A. (1967) **Conséquences démographiques de la législation relative à l'avortement dans certains pays socialistes d'Europe**. In : ***Actes du Congrès mondial de la Population*, Belgrade, 30 août-10 septembre 1965, New York, Nations Unies, Vol. II, pp. 94-97**

105. Thompson, H., Coutts, D. L. & Berris, B. (1970) *J. Amer. med. Ass.*, **213**, 991

106. Tietze, C. (1967) *Amer. J. publ. Hlth*, **57**, 1923

107. Tietze, C. (1969) *Legal abortion in industrialized countries*. In: Sadik, N. et al., eds., *Population control: implications, trends and prospects. Proceedings of the Pakistan International Family Planning Conference at Dacca, January 28-February 4 1969*, Islamabad, Pakistan Family Planning Council, pp. 213-234

108. Tietze, C. (1970) *Abortion laws and abortion practices in Europe*. In: Sobrero, A. J. & Hicker, C., eds., *Advances in Planned Parenthood. Vol. V*, Amsterdam and New York, Excerpta Medica Foundation, pp. 194-212

109. Tietze, C. and Lewit, S. (1969) *Sci. Amer.*, **220**, N° 1, 21

110. Vasilev, D. (1969) *Santé publ. (Bucur.)*, **10**, 3

111. Virl, B. (1970) *The sequelae of nonhospital abortions*. In: Hall, R. E., ed., *Abortion in a changing world*, New York and London, Columbia University Press, vol. I, pp. 226-237

112. Waring, G. (1969) *Canad. med. Ass. J.*, **100**, 870

113. Winton, R. (1970) *Wld med. J.*, **17**, 88

114. Zill, H. L. (1969) *J. crim. Law, Criminol. & Police Sci.*, **60**, 3

Législation

Algérie

Ordonnance No 66-156 du 8 juin 1966 portant Code pénal (articles 304 à 313) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1967, **18**, 517)

Allemagne orientale

Loi du 27 septembre 1950 sur la protection des mères et des enfants et les droits de la femme (article 11) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1952, **4**, 3)

Instruction du 15 mars 1965 pour l'application de l'article 11 de la Loi du 27 septembre 1950 sur la protection des mères et des enfants et les droits de la femme, modifiée le 5 juin 1965

Australie

Australie méridionale

Loi N° 109 de 1969 (approuvée le 8 janvier 1970) portant modification de la Loi de 1935-1966 codifiant la législation pénale (article 82A)

Nouvelle-Galles du Sud

Loi du 31 octobre 1900 sur les délits criminels (articles 82 et 83)

Argentine

Loi N° 17.567 du 6 décembre 1967 introduisant des modifications au Code pénal (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1969, **20**, 197)

Brésil

Décret-Loi N° 2848 du 7 déc. 1940 portant Code pénal (article 128)

Bulgarie

Instruction (de 1956) du Ministre de la Santé publique et de la Prévoyance sociale portant réglementation de l'interruption de la grossesse (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1957, **8**, 635)

Décret N° 61 du 28 décembre 1967 visant à encourager la natalité

Bulgarie *(suite)*

Instruction N° 188 (de 1968) du Ministre de la Santé publique et de la Prévoyance sociale portant réglementation de l'interruption artificielle de la grossesse et de la lutte contre l'avortement criminel (voir *ibid.*, 1968, **19**, 610)

Décret N° 220 du 16 mars 1968 portant publication du Code pénal (voir p. 590)

Cambodge

Ordonnance royale N° 103 du 23 juillet 1934 promulguant le Code pénal (article 459)

Cameroun

Loi N° 67-LF-1 du 12 juin 1967 portant institution du Code pénal (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1969, **20**, 397)

Canada

Loi du 26 juin 1954 concernant le droit criminel (Code criminel), modifiée par la Loi de 1968-1969 modifiant le droit pénal (article 237)

Colombie

Décret N° 2300 du 14 septembre 1936 portant adoption du texte définitif du nouveau Code pénal (article 359)

Décret N° 2831 du 23 septembre 1954 portant promulgation du Code de déontologie médicale (article 10) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1955, **6**, 655)

Côte d'Ivoire

Loi N° 62-249 du 31 juillet 1962 instituant un Code de déontologie médicale (article 38) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, **1965**, **16**, 315)

Chili

Décret N° 725 du 11 décembre 1967 portant publication du Code sanitaire (article 119) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1969, **20**, 74)

Corée (République de)

Code pénal du 3 octobre 1953 (articles 269 et 270)

Costa Rica

Code pénal du 21 août 1941 (article 199)

Cuba

Code de Défense sociale, entré en vigueur le 10 octobre 1938 (article 443)

Danemark

Loi N° 163 du 18 mai 1937 sur les mesures à prendre en cas de grossesse, etc., modifiée par la Loi du 31 mars 1938 (voir *Bull. Off. int. Hyg. publ.*, 1939, **31**, 403)

Loi N° 177 du 23 juin 1956 sur les mesures à prendre en cas de grossesse (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1957, **8**, 423)

Loi N° 120 du 24 mars 1970 sur l'interruption de la grossesse, etc. (voir p. 632)

Espagne

Loi du 24 janvier 1941 pour la protection de la natalité contre l'avortement et la propagande anticonceptionnelle (voir *Bull. Off. int. Hyg. publ.*, 1945, **27**, 101)

Décret du 23 décembre 1944 approuvant et promulguant le Code pénal, texte refondu de 1944 (articles 411 à 417)

Equateur

Code pénal d'Equateur du 22 mars 1938 (article 423)

Etats-Unis d'Amérique *

Alaska

Loi relative aux avortements (adoptée en 1970)

* En plus des États cités, les États de Delaware (1969), Caroline du Sud (1970) et Virginie (1970) ont également adopté de nouvelles lois sur l'avortement.

Etats-Unis d'Amérique *(Suite)*

Arkansas

Loi portant définition de l'avortement (adoptée en mars 1969)

Californie

Code pénal (article 274)

Loi de 1967 sur l'avortement thérapeutique (articles 25.950-25.954 du Code de Santé et Sécurité) (entrée en vigueur le 8 novembre 1967)

Caroline du Nord

Loi sur l'avortement adoptée le 9 mai 1967

Colorado

Loi relative à l'avortement (entrée le 25 avril 1967)

Georgie

Loi sur l'avortement adoptée le 27 février 1968

Hawaii

Loi relative à l'avortement et modifiant le chapitre 768 des Statuts revisés d'Hawaii (entrée en vigueur le 11 mars 1970)

Kansas

Loi sur l'avortement **(adoptée en mars 1969)**

Maryland

Loi sur l'avortement (adoptée en avril 1969)

Nouveau-Mexique

Loi relative à l'avortement, etc. (adoptée en mars 1969)

New York

Loi modifiant la loi pénale, en ce qui concerne les avortements licites exécutés par les médecins dans l'exercice de la médecine (entrée en vigueur le 1er juillet 1970)

Oregon

Loi relative à l'avortement; introduisant de nouvelles dispositions; modifiant les articles 463-110, 677-188 et 677-190 et abrogeant l'article 163-000 des Statuts revisés de l'Oregon; et fixant des sanctions (adoptée en mai 1969)

Washington

Loi relative à l'avortement; ajoutant trois nouveaux articles au chapitre 249 des Lois de 1909 et au chapitre 902 des Statuts revisés de Washington; et prévoyant que cette loi soit soumise à un vote du peuple (approuvée par le Sénat en date du 30 janvier 1970 et par la Chambre des Représentants en date du 4 février 1970)

Ethiopie

Code pénal de l'Empire d'Ethiopie du 23 juillet 1957 (articles 528 à 536)

Finlande

Loi N° 82 du 17 février 1950 sur l'interruption de la grossesse (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1951, 2, 564)

Loi N° 239 du 24 mars 1970 sur l'interruption de la grossesse

Ordonnance N° 359 du 29 mai 1970 sur l'interruption de la grossesse

France

Loi du 12 février 1810 portant Code pénal, ultérieurement modifiée

Décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises, modifié (voir *Bull. Off. int. Hyg. publ.*, 1941, 33, 260)

Décret N° 53-1001 du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1954, 5, 662), ultérieurement revisé (articles L.161-1 et L.645 à L.647)

Décret N° 55-1591 du 28 novembre 1955 portant Code de Déontologie médicale et remplaçant le Règlement d'administration publique No 47-1169 en date du 27 juin 1947 (article 38) (voir *ibid.*, 1956, 7, 674)

Honduras

Décret N° 94 du 25 juin 1964 portant Loi organique de l'Ordre des Médecins du Honduras (articles 105 à 107) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1965, 16, 334)

Hongrie

Arrêté N° 1047/1956 du Conseil des Ministres, en date du 3 juin 1956, sur la réglementation de l'interruption de la grossesse et la répression de l'avortement (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1958, 9, 553)

Ordonnance N° 2/1956 du Ministère de la Santé, du 24 juin 1956, sur la réglementation de l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*, 554)

Inde

Code pénal de l'Inde (Loi XLV du 6 octobre 1860) (article 312)

Islande

Loi N° 38 du 28 janvier 1935 portant dispositions relatives à la prévention de la grossesse et à l'interruption thérapeutique de la grossesse

Japon

Loi N° 156 du 13 juillet 1948 de protection eugénique, mise à jour au 21 avril 1960 (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1965, 16, 722)

Maroc

Décret royal N° 181-66 du 1er juillet 1967 portant loi modifiant l'article 453 du Code pénal, complétant l'article 455 du même code et abrogeant le Dahir du 10 juillet 1939 (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1968, 19, 203)

Mexique

Code pénal du Mexique du 13 août 1931 (articles 333 et 334)

Norvège

Loi N° 2 du 11 novembre 1960 sur l'interruption de la grossesse dans certains cas, modifiée par la Loi N° 1 du 21 juin 1963 (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1965, 16, 146)

Décret royal du 20 décembre 1963 portant application de la Loi de 1960 sur l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*, 149)

Nouvelle-Zélande

Loi du 4 août 1908 sur les délits criminels (articles 220 à 223)

Pakistan

Code pénal du Pakistan (Loi XLV du 6 octobre 1860), 4e édition (1960) (article 312)

Paraguay

Code pénal du Paraguay du 18 juin 1914 (article 352)

Pérou

Décret-Loi N° 17.505 du 18 mars 1969 portant promulgation du Code sanitaire (articles 19 à 23) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1970, 21, 146)

Pologne

Loi du 28 octobre 1950 sur la profession de médecin (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1953, 4, 624)

Loi du 27 avril 1956 sur les conditions dans lesquelles l'interruption de grossesse est admissible (voir *ibid.*, 1958, 9, 345)

Ordonnance N° 68 du Ministre de la Santé, en date du 11 mai 1956, relative à l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*, 347)

Ordonnance du 19 décembre 1959 du Ministre de la Santé relative à l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*, 1962, 13, 160), modifiée par l'Ordonnance du 13 janvier 1962 (voir *ibid.*, 1963, 14, 465)

Pologne *(Suite)*

Instruction N° 5/59 du 19 décembre 1959 du Ministre de la Santé relative à l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*, 1964, **15**, 858)

Instruction N° 52/59 du 19 décembre 1959 du Ministre de la Santé relative à l'exécution, sous forme ambulatoire, des interventions d'interruption de la grossesse (voir *ibid.*)

Portugal

Décret-Loi N° 40 651 du 21 juin 1956 portant nouveau statut de l'Ordre des Médecins institué par le Décret-Loi N° 29.171 et abrogation du Décret N° 38.213 et du Décret-Loi N° 29.171 portant statut de l'Ordre des Médecins (article 79) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1957, **8**, 718)

République dominicaine

Loi N° 1690 du 19 avril 1948 sur l'avortement

Roumanie

Décret N° 463 du 30 septembre 1957 sur l'interruption de la grossesse

Décret N° 770 du 29 septembre 1966 du Conseil d'Etat portant réglementation de l'interruption de la grossesse (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1967, **18**, 840)

Décret N° 771 du 29 septembre 1966 du Conseil d'Etat portant modification du Code pénal (voir *ibid.*, 841)

Instruction N° 819 du 19 octobre 1966 du Ministre de la Santé et de la Prévoyance sociale portant application du Décret N° 770 de 1966 relatif à la réglementation de l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*)

Loi N° 15 du 21 juin 1968 portant Code pénal (articles 185 à 188) (voir *ibid.*, 1969, **20**, 289)

Royaume-Uni

Loi du 6 août 1861 sur les atteintes à la personne humaine [Offences against the Person Act] (articles 58 et 59)

Loi du 10 mai 1929 sur la vie de l'enfant (préservation)

Loi du 27 octobre 1967 sur l'avortement (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1968, **19**, 891)

Règlement du 15 mars 1968 sur l'avortement (voir *ibid.*, 1969, **20**, 843), modifié par le Règlement du 30 avril 1969

Sénégal

Loi N° 65-60 du 21 juillet 1965 portant Code pénal (crimes et délits) (article 305)

Décret N° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de Déontologie médicale (article 35) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1967, **18**, 871)

Singapour

Loi N° 25 du 31 décembre 1969 sur l'avortement

Règlement du 14 mars 1970 sur l'avortement

Suède

Loi N° 318 du 17 juin 1938 sur l'interruption de la grossesse (voir *Bull. Off. int. Hyg. publ.*, 1939, **31**, 423), modifiée par les Lois N° 392 du 12 juin 1942, N° 210 du 17 mai 1946, N° 213 du 5 juin 1963 (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1966, **17**, 154) et N° 172 du 20 mars 1964 (voir *ibid.*)

Arrêté royal N° 571 du 9 septembre 1938 pour l'application de la Loi N° 318 du 17 juin 1938 sur l'interruption de la grossesse (voir *Bull. Off. int. Hyg. publ.*, 1939, **31**, 423), modifié par l'Arrêté royal N° 354 du 10 mai 1963 (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1966, **17**, 154)

Suisse

Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (entré en vigueur le 1er janvier 1942) (article 120)

Canton de Genève

Règlement d'exécution, du 12 décembre 1953, de l'article 33 de la Loi d'application du Code pénal suisse, du 7 décembre 1940 (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1955, **6**, 753), modifié par le Règlement du 26 janvier 1960

Canton de Vaud

Arrêté du 12 novembre 1954 sur l'interruption non punissable de la grossesse, modifié par l'Arrêté du 4 janvier 1966 (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1968, **19**, 224)

Syrie

Décret législatif N° 96 du 22 septembre 1952 réglementant l'exercice de la profession de médecin (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1954, **5**, 168)

Tchécoslovaquie

Loi pénale N° 86 du 12 juillet 1950 (article 218)

Loi N° 68 du 19 décembre 1957 relative à l'interruption artificielle de la grossesse (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1959, **10**, 403)

Ordonnance gouvernementale N° 126 du 21 décembre 1962 portant création de commissions d'interruption de la grossesse en exécution de la Loi sur l'interruption artificielle de la grossesse (voir *ibid.*, 1964, **15**, 1791), modifiée notamment par le Décret gouvernemental N° 54 du 6 juillet 1966 (voir *ibid.*, 1968, **19**, 230)

Instruction N° 28 du 17 décembre 1966 du Ministre de la Santé fixant la procédure à suivre pour l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*, 231)

Thaïlande

Loi du 13 novembre 1956 promulguant le Code pénal (articles 301 à 305)

Tunisie

Loi N° 65-24 du 1er juillet 1965 relative à l'avortement (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1966, **17**, 417)

Turquie

Loi du 13 janvier 1960 sur la déontologie médicale (article 22) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1965, **16**, 408)

Loi N° 557 du 1er avril 1965 sur la planification familiale (voir *ibid.*, 1966, **17**, 1009)

Décision N° 6/8305 en date du 12 juin 1967 portant règlement relatif à l'interruption de la grossesse et à la pratique de la stérilisation (voir *ibid.*, 1968, **19**, 448)

Uruguay

Code pénal de la République orientale de l'Uruguay, modifié par la Loi N° 9763 du 24 janvier 1938 (article 328)

URSS

Décret N° 471 du 18 novembre 1920 des Commissariats du Peuple à la Santé et à la Justice sur la protection de la santé des femmes

Décret du Comité central exécutif et du Conseil des Commissaires du Peuple du 27 juin 1936 sur l'interdiction de l'avortement, etc.

Décret du Présidium du Soviet suprême de l'URSS du 23 novembre 1955 portant révision à l'interdiction de l'avortement

Instruction du 28 décembre 1955 sur l'exécution des interventions d'interruption artificielle de la grossesse

Venezuela

Décret du 22 juin 1964 portant Code pénal (article 435)

599

Yougoslavie

Décret du 11 janvier 1952 sur l'interruption licite de la grossesse (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1953, 4, 472)

Décret du 16 février 1960 sur les conditions et les formalités d'autorisation de l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*, 1961, 12, 627)

Instruction N° 06-1164 du Secrétaire à la Santé publique près le Conseil exécutif fédéral, en date du 28 octobre 1960, portant exécution du Décret sur les conditions et les formalités d'autorisation de l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*, 630)

Décret du 26 avril 1969 portant promulgation de la Loi générale sur l'interruption de la grossesse (voir *ibid.*, 1969, 20, 601)

LOIS ET RÈGLEMENTS SANITAIRES